14. 870125
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APLICACION DEL MODELO CONDUCTUAL PARA DECREMENTAR LA CONDUCTA MUTISTA EN UN PACIENTE ESQUIZOFRENICO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

ESPERANZA LOPEZ GARCIA

GUADALAJARA, JAL. ENERO 1989

UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"APLICACION DEL MODELO CONDUCTUAL PARA DECREMENTAR LA CONDUCTA MUTISTA EN UN PACIENTE ESQUIZOFRENICO"

I N D I C E

PAGINA

C A P I T U L O I:

1. I N T R O D U C C I O N - - - - - - - - - - - - - - 2

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA - - - - - - - - - - - -- 4

1.2 O B J E T I V O - - - - - - - - - - - - - - - - - - 5

1.3 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO - - - - - - - - - - - - - - 6

1.4 LIMITANTES DE LA INVESTIGACION - - - - - - - - - -- 7

1.5 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS - - - - - - - - - -- 8

C A P I T U L O II:

E S Q U I Z O F R E N I A

2.1 I N T R O D U C C I O N - - - - - - - - - - - - - 10

2.2 SINTOMAS CARACTERISTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA -- 10

2.3 A P O R T A C I O N E S - - - - - - - - - - - - - , 13

2.4 ESTUDIOS SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA 18

C A P I T U L O III:

M A R C O D E R E F E R E N C I A

3.1 ESTABLECIMIENTO DE HIPOTESIS - - - - - - - - - - 24

PAGINA

3.2 METODO UTILIZADO: EL MODELO CONCEPTUAL - - - - - 24
3.3 VENTAJAS Y OBJECIONES DEL MODELO CONDUCTUAL - -- 26

C A P I T U L O IV:
M E T O D O L O G I A
4.1 M U E S T R A - - - - - - - - - - - - - - - - - - -- 32
4.2 H I P O T E S I S - - - - - - - - - - - - - - - -- 35
4.3 I N S T R U M E N T O - - - - - - - - - - - - - -- 36
4.4 DEFINICION DE LAS CONDUCTAS - - - - - - - - - -- 39
4.5 P R O C E D I M I E N T O - - - - - - - - - - - -- 39
4.6 DATOS Y SU ANALISIS - - - - - - - - - - - - - -- 55

C A P I T U L O V:
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS
5.1 C O N C L U S I O N E S - - - - - - - - - - - - - 64
5.2 S U G E R E N C I A S - - - - - - - - - - - - - - 67

VI B I B L I O G R A F I A - - - - - - - - - - - - - 69

C A P I T U L O I

I N T R O D U C C I O N

1o. I N T R O D U C C I O N

La esquizofrenia es el más investigado y menos comprendido de todos los trastornos psicóticos. Antes del siglo -- XIX sólo se describieron elementos de aquello que conocemos como esquizofrenia; pero fue hasta la obra de Kraepelin acerca de los trastornos principales que surgió una entidad nosológica distinta. En seguida de él destaca Bleuler quien le da el nombre por fin de esquizofrenia y establece un nuevo - conjunto de principios para diagnosticar el trastorno.

Pese a los esfuerzos de muchos teóricos, investigadores y clínicos desde los tiempos de Bleuler, la descripción del trastorno por éste y su nosología, siguen dominando. La teoría de la personalidad de Sullivan ha sido una de las más -- destacadas, desarrollada por un clínico cuyas experiencias e interés básico se centraron en la esquizofrenia. Algunas de las teorías de Freud, parecen destacar, pero no se basan, -- con todo, en el contacto real de pacientes esquizofrénicos. Los procedimientos de tratamiento orgánico, utilizados de modo más general con los esquizofrénicos que los métodos psicológicos, presentan poca base para comprender el trastorno, - aun en los casos en que proporcionan alivio sintomático. En cambio, los métodos basados en principios operantes parecen ser más prometedores y se están aplicando actualmente con -- cierta extensión.

Varios son los síntomas que conforman esta enfermedad - mental llamada esquizofrenia; entre ellos se pueden mencio- nar los trastornos de la conducta y de la afectividad. Lo - más característico de la conducta del esquizofrénico es su - apartamiento de los demás. Tanto los trastornos del pensa- miento como los de la afectividad, llevan al enfermo a tener un !comportamiento peculiar.

Existe alteración de la percepción, de la conciencia, - de la orientación y memoria, y del lenguaje.

Dentro del lenguaje se distinguen diversas alteraciones, pero la más importante para la realización de la presente in- vestigación, es el mutismo que es considerado como una inhi- bición del lenguaje hablado, en la que se conserva la inte - gridad orgánica de los centros del lenguaje y de los órganos de expresión. Puede tener las siguientes formas:

a) MUTISMO DE LOS TIMIDOS: Que es pasajero y se presen- ta en los momentos de stress; el enfermo no necesariamente - es un neurótico.

b) MUTISMO VOLUNTARIO: El sujeto no habla para evitar comprometerse o creer que se pudiera comprometer (mutismo de los simuladores o paranoides).

c) MUTISMO DE LOS ESTADOS ESRUPUROSOS: Se observa en - los enfermos con depresión y en los catatónicos.

d) MUTISMO HISTERICO: Se manifiesta por afonía, el enfermo no puede emitir palabras, pero puede toser. Es reversible, tiene un valor simbólico y el paciente resulta favorecido con el mutismo.

Las formas de mutismo anteriormente señaladas, es necesario distinguirlas de la mudez verbal pura, en la que el enfermo no puede hablar, pero entiende lo que oye y lee correctamente, teniendo incluso capacidad para escribir.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La historia de los métodos de tratamiento de las enfermedades mentales es larga y compleja. Generalmente estos -- tratamientos han estado íntimamente ligados a las teorías de las causas de estos trastornos, y al principio de la historia predominaba la idea que la enfermedad mental era causada por demonios.

Las técnicas contemporáneas de readaptación se basan en el tipo de la enfermedad que se trate, el paciente en particular y otros factores. El tratamiento de los trastornos mentales por las técnicas psicológicas, recibe el nombre de psi

coterapia. Actualmente existen tres métodos principales de psicoterapia, el psicoanálisis, la terapéutica centrada en el cliente, y la terapéutica por medio de la modificación de la conducta.

La terapéutica de la conducta se deriva de la teoría moderna del aprendizaje; considera a la conducta anormal, como aprendida e intenta aplicar principios del aprendizaje para modificar esta conducta. Se emplean tres métodos principales: 1) el contracondicionamiento, 2) el recondicionamiento positivo, y 3) la extinción experimental, (entre otros).

La terapéutica de la conducta utiliza métodos o técnicas derivados del condicionamiento operante y del condicionamiento clásico. La estrategia básica de la terapéutica conductual es alentar y premiar los ejemplos de conducta afirmativa que recíprocamente inhiben la ansiedad. Por lo tanto, esto último se aplicará a un sujeto que se le ha diagnosticado esquizofrenia catatónica y presenta algunas conductas mutistas.

1.2 O B J E T I V O .

El objetivo principal de esta investigación es lograr que el paciente psicótico alterne con la gente que le rodea y pueda superar su mutismo; por medio de la técnica de reforzamiento de el modelo conductual.

1.3 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

El mutismo es una inhibición del lenguaje hablado, en - la que se conserva integridad orgánica de los centros del -- lenguaje y de los órganos de la expresión; puede durar días, horas o años, en la forma crónica de la esquizofrenia catatónica; muchos enfermos hablan con monosílabos y responden en forma breve, tratando de disminuir el contacto con el médico, ya que falta el deseo de comunicación de emociones o de efectuar un contacto social con sus semejantes y en cambio - existe una "auto-expresión", o manifestación de sus sentimientos y pensamientos.

Existen diversas formas de mutismo, y es necesario distinguirlas de la mudez verbal pura (que no se presenta en la afasia motora), en la que el enfermo no puede hablar, pero - entiende lo que oye y lee correctamente siendo incluso capaz de escribir.

De acuerdo a lo anterior la investigación se va a llevar a cabo pensando, que de poder lograr una disminución del mutismo del paciente, éste pueda reintegrarse a un ambiente que le ayude a adaptarse con menos dificultad en el medio en que se encuentra.

1.4 LIMITANTES DE LA INVESTIGACION.

La investigación está reducida en su población a un solo sujeto, que se encuentra hospitalizado en el "Instituto Mexicano de Psiquiatría y Psicología", Dr. Salomón Baída Nazif"; y tiene como diagnóstico diferencial, esquizofrenia catatónica, por tanto no se podrá generalizar con otros pacientes.

En cuanto a la terapia conductual utilizada, "los elogios, la aprobación y el contacto físico no son reforzantes para cualquier persona"; y "puede ocurrir que los individuos que han sido expuestos al reforzamiento ejecutarán las conductas deseables sólo cuando se les ofrezca una recompensa". (4)

Una última variable, demasiado importante para la investigación y que no estaba prevista, por tanto no se pudo controlar, y es que al paciente se le comenzó a disminuir progresivamente los medicamentos, llegando hasta la eliminación completa del tratamiento farmacológico; creando en el paciente un incremento de las conductas mutista y de aislamiento, además de agresividad y excitación; insensibilizándolo a -- cualquier forma de reforzamiento.

1.5 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS:

ESQUIZOFRENIA: Psicosis caracterizada por peculiaridades afectivas, de la personalidad, del pensamiento y de la conducta. Apatía, ausencias de la realidad, fantasía excesiva y en algunos casos delirios y alucinaciones. (3).

PSICOSIS: Trastorno psicológico grave que generalmente requiere hospitalización de la persona. (3)

MUTISMO: Inhibición del lenguaje hablado en la que se conserva la integridad orgánica de los centros del lenguaje y de los órganos de expresión; puede durar horas, días o años, en las formas crónica de la esquizofrenia catatónica. (3)

DECREMENTO: Hacerse menos progresivamente en tamaño, cantidad, intensidad o importancia. (4)

MODELO CONDUCTUAL: Consiste en suscitar un nuevo tipo de conducta recompensando cada respuesta deseada y no recompensando la conducta indeseable. (4)

C A P I T U L O II

R E V I S I O N D E L I T E R A T U R A

2o. E S Q U I Z O F R E N I A

2.1 I N T R O D U C C I O N .

Existen diversos puntos de vista sobre la enfermedad - mental llamada esquizofrenia; esta enfermedad es la más in - vestigada y la menos comprendida de la psicosis. Varios -- psiquiatras del siglo XIX describieron aspectos de la esquizofrenia, entre ellos podemos mencionar a Kraepelin quien designó el trastorno como DEMENTIA PRAECOX y destacó su curso progresivamente declinante; enseguida de él interviene Eugen Bleuler que le da el nombre de esquizofrenia y establece un nuevo conjunto de principios para diagnosticar el tratamiento.

Bleuler tiene como tesis principal que los pacientes - diagnosticados como DEMENTIA PRAECOX podrían tener un pronóstico bueno o malo; por consiguiente buscaba rasgos que distinguieran los distintos tipos de pacientes agrupados bajo - esta entidad diagnóstica, puesto que creía que el resultado se relacionaba con la manifestación específica del trastorno.

2.2 SINTOMAS CARACTERISTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA.

Es en 1911, cuando Bleuler describe el carácter preciso del trastorno esquizofrénico tal como se manifiesta en todas

sus subcategorías. Distingue entre los síntomas fundamentales, presentes hasta cierto grado en todos los casos, y síntomas accesorios cuya presencia era variable e inconsistente y que no pueden estar confinados a la esquizofrenia. Los síntomas fundamentales son básicos en el esquizofrénico, y pueden ser, la asociación que es un trastorno en la continuidad del pensamiento; la efectividad, indicada como una falta de interés emocional en las cosas y la gente que anteriormente habían sido importantes; y la ambivalencia, que aunque es adornar mecanismos psíquicos u objetos con rasgos positivos o negativos simultáneamente; menciona además las funciones completas, como son el autismo que es un desprendimiento con respecto a la realidad y sugiere que aunque el paciente esquizofrénico muestre poco interés en el mundo externo, registra un número considerable de acontecimientos en su mente que puede reproducir detalles insignificantes de lo que tuvo lugar, pese a que en el momento hubiera estado aparentemente absorbido totalmente en sí mismo; analiza además, que el paciente esquizofrénico, aunque presenta un deterioro en la voluntad, no puede resistir ni atenuar impulsos estimulados interna o externamente, y siguen cualquier capricho que pueda surgir, ya sea porque no tiene en cuenta las consecuencias o, porque aunque conscientes de éstas son indiferentes a ellas; al mencionar la demencia del esquizofrénico como otra característica más de este tipo de pacientes Bleuler hace la diferenciación entre la conducta al parecer demente de los

esquizofrénicos y la que era causada por deterioro del cerebro, ya que mientras un deficiente mental es incapaz de formar conexiones complicadas entre ideas y asociaciones, y el paciente organicamente perjudicado ha perdido la capacidad - de hacerlo, el esquizofrénico podrá o no hacerlo, según sean las circunstancias concretas, es decir, que mientras las tareas designadas al paciente no le impliquen amenazas, sus facultades intelectuales podrán operar a su nivel anterior de eficacia. Y como último síntoma fundamental Bleuler menciona la esquizofrenia benigna que es cuando el paciente puede conducirse a una vida fundamentalmente normal y pueden trabajar eficazmente en una diversidad de funciones, que van desde las usuales a las altamente complicadas aunque es probable que obtengan mejores resultados en las primeras. (5) (Melvin, 1983).

En cuanto a los síntomas accesorios, que son los que hacen manifiesta la psicosis, pueden o no estar presentes ya - sea durante el curso del trastorno esquizofrénico o solamente durante determinados períodos. Los más corrientes son -- las alucinaciones, que es el hecho de experimentar sensaciones en ausencia de los estímulos externos; las ilusiones, -- que son percepciones erróneas de estímulos reales; y por último las ideas delirantes, o sea, interpretaciones erróneas de acontecimientos reales que reflejan los deseos y los temores del paciente, y son en su mayoría de tipo persecutorio. (5) (Melvin, 1983).

Tomando en cuenta la aportación de Bleuler al campo de la Psiquiatría y de acuerdo a su punto de vista sobre el paciente esquizofrénico, se puede mencionar que este tipo de pacientes tienen una perfecta visión de la realidad en que se encuentran pues aunque ellos muestren poco interés al mundo externo, perfectamente saben lo que está ocurriendo a su alrededor y pueden de acuerdo a sus deberes y necesidades actuar y desenvolverse de modo que para ellos sea satisfactorio y no les produzca temor o les haga sentirse amenazados, ya que esto los llevaría a formular ideas, a veces peligrosas, pero muy bien elaboradas para encerrarse nuevamente en ese mundo que ellos se crearon y que sólo ellos conocen pero que les hace sentirse seguros. Es por esto que se debe tomar en cuenta la aportación de Bleuler como primordial en el tratamiento del esquizofrénico, para así evitar causar más sufrimiento en el paciente que lo orilla a un mayor aislamiento de su mundo real.

2.3 APORTACIONES.

De la misma manera se pueden mencionar otros puntos de vista u otras afirmaciones de diferentes autores acerca de la esquizofrenia; Freud, por ejemplo, exponía en un artículo sobre el narcisismo algunas ideas acerca de las causas básicas de la esquizofrenia. Describía de qué modo la persona orgánicamente enferma retrae la líbido del mundo externo, a

causa de su dolor y molestias, y se hace más narcisista y menos capaz, que cuando está bien, de querer objetos externos.

Freud creía que en comparación de el esquizofrénico con el neurótico, éste último se desvía la líbido hacia objetos contenidos internamente en la imaginación, en tanto que el esquizofrénico renuncia a los objetos por completo. (5) (Melvin, 1983).

Por su parte Sullivan creía que la conducta trastornada difería más bien en grado que en su carácter de la conducta normal. Los trastornos de la conducta los ve como formas inadecuadas o inapropiadas de tratar con los demás, que se producen en ocasión de un gran esfuerzo para controlar la ansiedad. Por lo tanto, para poder comprender el trastorno de la conducta, es necesario comprender de qué modo se produce la angustia y, qué conductas se utilizan para controlarlas.

La ansiedad es muy trastornadora y el individuo trata de evitar la ansiedad, casi de modo reflejo. Cuando una ansiedad intensa se produce con demasiada frecuencia o cuando el individuo es sistemáticamente incapaz de evitarla, o cuando la ansiedad va acompañada de respuestas indispensables para la satisfacción de una necesidad fisiológica, están dadas las condiciones para el desarrollo de un trastorno de conducta.

Cuando se producen trastornos behaviorales graves, éstos reflejan exageraciones de patrones de evitación utilizados en la vida. En este "estilo" establecido el que decide fundamentalmente la clase de trastorno que resulta. Así, -- por ejemplo, la persona queha confiado profundamente en la disociación, se inclinará acaso hacia la esquizofrenia. (5) (Melvin, 1983).

En cuanto al punto de vista de R.D. Laing, sobre el esquizofrénico, ve a la persona que designamos como esquizofrénicas como una persona a la que en algún momento se le pone una etiqueta y se le impile así el papel del esquizofrénico. (5)

Esto quiere decir, que el trato que se le da al paciente esquizofrénico, lo induce a que tenga comportamientos extraños y sea clasificado como anormal. Laing cree que si se le dejara solo, el llamado esquizofrénico acabaría encontrando el camino de regreso a la vida fuera de sí.

Es muy importante no dejar de mencionar que también --- existen aportaciones al tema como un enfoque de tipo conductual, ya que es el modelo principal que se está aplicando en la presente tesis.

B.F. Skinner, considerado el padre del condicionamiento

operante, piensa que la conducta en el hombre como en los -- animales, se aprende gracias a refuerzos repetidos. El re - fuerzo se define funcionalmente como todo estímulo que va -- acompañado de una emisión aumentada de la conducta que lo -- precedió. Para Skinner, toda conducta resulta del aprendiza je, esto es, de la adquisición de una relación funcional en- tre un estímulo y una respuesta.

Las respuestas a la mayoría de los estímulos sociales - son respuestas operantes, esto es, respuestas conformadas -- por las reacciones que hacen a ellos los demás.

Para efectuar una respuesta social "apropiada" o "co -- rrecta" el individuo ha de estar en condiciones de prestar - atención a un estímulo y obtener información del mismo, ha - cerle una respuesta y verse reforzado en ella. La conducta anormal se ve como una conducta que es inesperada, esto es,- una conducta que parece ser en respuesta a datos que la mayo ría de la gente consideraría como idiosincráticos o trivia - les. (5) (Nelvin, 1983).

Según Ullman y Krasner, las conductas desiguales de mo- do característico como esquizofrénicos resultan, del hecho - de que el paciente atiende a un conjunto de datos distintos de aquel que la mayoría de la gente. La atención a los estí mulos sociales, a los que la gente normal responde por regla

general, se ha extinguido. (5) (Melvin, 1983).

Dentro del mismo enfoque conductual Sarnoff Mednick ha supuesto que la esquizofrenia es un trastorno aprendido del pensar, que tiene lugar en las personas que no pueden controlar su ansiedad eficazmente. (5) (Melvin, 1983).

Mednick discurre que el sujeto con una ansiedad alta - tiene mayor facilidad para generalizar facilmente estímulos concretos provocadores de ansiedad a otros similares, lo que conduce a un ciclo en el que un número cada vez mayor de cosas de los alrededores se hacen nocivos, en tanto que él, se hace cada vez más ansioso.

Así pues, al revisar varios puntos de vista de diversos autores sobre esquizofrenia, se puede deducir que la mayoría de ellos mencionan al paciente esquizofrénico como un sujeto que intenta escapar de su mundo real, al sentirse amenazado por los objetos externos que le provocan un grado de ansiedad difícilmente de superar y lo llevan a actuar de una forma "inadecuada" o "incorrecta", de acuerdo a lo que se espera comunmente en la mayoría de la gente que se supone es normal. Otras aportan teorías acerca de que la esquizofrenía - es una enfermedad aprendida y que el individuo normal debe - estar en condiciones de prestar atención a los estímulos para poder responder correctamente a ellos, de lo contrario sería

una conducta inesperada y difícil de adoptar.

Se deben de reafirmar estas teorías, al tomar en cuenta que todo ser viviente tiende a protegerse ante cualquier --- evento que pueda dañarlo, independientemente de la manera como se actúa; es decir, la manera de comportarse no siempre - será general en todos los seres humanos, ya que cada uno podrá actuar de acuerdo a su tipo de personalidad o a la cultura en que se desenvuelva; sin considerar por esto, que es -- una forma "incorrecta" o "anormal" de comportamiento.

2.4 ESTUDIOS SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA.

Pero aunque bastante se habla sobre esta enfermedad aún no se encuentran las causas de la esquizofrenia, por tanto - no existe un tratamiento adecuado a la misma. Se han realizado estudios bioquímicos y psicosociales para conocer la -- etiología de la esquizofrenia, y aunque los dos son muy importantes, nos enfocaremos a los psicosociales (ambiente), - ya que son los que encajan en el enfoque conductual, del que trata la presente tesis. Durante las pasadas décadas numerosos estudios se han efectuado tratando de demostrar que la - esquizofrenia es causada por la falta de satisfacción emocional en el niño o por los traumas emocionales de éste. Así,- dicen que los factores ambientales predisponen al sujeto a -

graves trastornos de la personalidad. El contacto diario con padres neuróticos y excéntricos hace que el sujeto se desadapte por la lucha sin éxito en contra de las tendencias ambientales y por sus dificultades internas. Como resultado, desarrolla actitudes e identificaciones que refrenan o distorsionan el desarrollo de la personalidad. Las causas de la esquizofrenia deben ser buscadas en las experiencias interpersonales de la niñez y en las experiencias ambientales de los años posteriores. Esta hipótesis considera a la esquizofrenia no como una identidad patológica, sino como una "solucion esquizofrénica a un problema psicológico". (3)

1.- ESTUDIO DE BATESON.

Se basa en la teoría de la comunicación de Russelli; supone que la falta de un patrón aprendido en la infancia, con ausencia de comunicación, podría ser la causa de la esquizofrenia. Según Bateson, el pensamiento racional y la conducta, dependen de la capacidad "aprendida", de distinguir claramente el significado de una situación; de filtrar lo importante de lo no importante; no es una capacidad innata, es aprendida según los padres elaboran su vida. Si el ambiente paterno-materno, es confuso, cambiante, desorientador, es decir, "doble-ciego" para el niño, la comunicación se lleva a cabo en esta forma. El niño nunca aprende a ordenar su pensamiento y su conducta, y por lo tanto la esquizofrenia es -

el resultado. Los sentimientos ambivalentes de los padres - pueden ser comunicados al hijo, el cual es sorprendido en -- una posición de desesperanza, que haga lo que haga será castigado y por lo tanto, el único camino a seguir que le queda es no hacer nada, comportarse en una forma ambigua, indiferente, semejante en todo a la del enfermo que padece esquizofrenia simple. Por tanto, los trastornos característicos -- del pensamiento, afectivos y de conducta, son aprendidos por el niño al vivir en un ambiente con demandas de "doble-ciego", es decir, caótico. (3) (Melvin, 1979).

2.- ESTUDIO DE LIDZ.

Lidz, estudia una triada de relaciones: ambos padres entre sí, cada uno de ellos y el hijo. Considera a toda la familia como patológica, en la cual, el esquizofrénico juega - un "role" o papel selectivo. Pone especial énfasis en la estructura familiar edad-sexo. Se piensa que cuando existen - alteraciones, el niño presenta distorsiones en su identidad. Las partes centrales de la teoría son el "skew"; o sea, que una familia normal depende, fundamentalmente, de tener figuras paterna y materna adecuada, y si uno de ellos representa mal el papel que le corresponde como padre y madre y la -- otra es dominante se establece un desnivel; la otra parte es el "schim" que se refiere a la relación interpersonal de --

frialdad y odio, o bien con el conflicto o con retraimiento neutral. Una especia de "divorcio emocional" que es de consecuencias adversas. (3) (Melvin, 1979).

3.- ESTUDIOS DE WYNNE Y SYNGER.

Ellos realizaron estudios controlados con 35 familias de pacientes jóvenes adultos, en los cuales trataban de demostrar que el tipo de trastorno del pensamiento, son funciones del modelo de conducta de la familia y particularmente, de la forma de enfocar la atención y la comunicación; y pudieron demostrar que las familias de los esquizofrénicos tienden a formar modelos de organización del pensamiento y comunicación, similares a los trastornos de estas modalidades encontrados en los enfermos. Ellos concluyen diciendo que es probable que exista una interacción entre los factores genéticos, que predisponen a este tipo de trastorno y los factores aprendidos que exacerban dicha predisposición. Siendo el niño doblemente desafortunado, ya que nace con ciertas alteraciones genéticas y es criado en un ambiente en el que los medios de comunicación son vagamente cambiados sin modulación apropiada y no claramente definidos, lo que provoca una debilidad de dicho ambiente y acelera el derrumbamiento psicótico. (3) (Melvin, 1979).

Aunque el papel del ambiente como factor causal de la esquizofrenia ha sido ampliamente rebatido, algunos estudios llevados a cabo en Inglaterra y en los Estados Unidos han puesto claramente de manifiesto, que los factores ambientales tienen un papel de gran importancia en el curso de la enfermedad.

C A P I T U L O III

M A R C O D E R E F E R E N C I A

3.1 ESTABLECIMIENTO DE HIPOTESIS.

El planteamiento hipotético más adecuado para el cumplimiento de esta investigación, es el observar una disminución en las conductas de aislamiento y mutismo en un paciente esquizofrénico, después de un tiempo de reforzar las conductas de hablar y acercarse a las personas. Pero tomando en cuenta que el acercamiento sea para platicar, aunque sea sólo -- por breves momentos y no únicamente para pedir algo, (alimentos y cigarros).

Al elaborar dicha hipótesis se pensó que es muy importante utilizar un registro de línea base de las conductas de no hablar y de aislamiento, para así poder tener una pauta a seguir sobre la conducta del paciente hacia las demás personas; y poder al mismo tiempo implantar un programa de reforzamiento adecuado.

3.2 METODO UTILIZADO: EL MODELO CONDUCTUAL.

"Para desarrollar los programas de modificación de conducta, es importante entender los tipos de eventos, antecedentes y consecuentes que influyen en la misma. En la mayoría de las aplicaciones de los principios del condicionamiento operante, se hace énfasis en las consecuencias que siguen a la conducta. Para que una consecuencia altere una conduc-

ta. Para que una consecuencia altere una conducta en particular, debe ser dependiente o contingente de la ocurrencia de tal conducta. El cambio conductual sucede cuando ciertas consecuencias son contingentes de la ejecución. Una consecuencia es contingente sólo cuando se da después de que se ha realizado la conducta-objetivo, y no está disponible en otras situaciones. Cuando una consecuencia no es contingente a la conducta, significa que aquella se dió independientemente de lo que hacía el individuo. Una contingencia se refiere a la relación entre una conducta y los eventos que la siguen. Es importante la noción de una contingencia, porque las técnicas de la modificación conductual alteran la conducta por medio de la alteración de las contingencias que controlan (o fallan en controlar) la conducta". (4) (Kazdin, 1978).

Si un evento subsiguiente a una conducta hace que la frecuencia de ésta aumente, el evento es un reforzador positivo. Un aumento en la frecuencia o en la probabilidad de la conducta precedente es la característica que define a un reforzador positivo. (4) (Kazdin, 1978). Y como la finalidad de la presente investigación es observar un cambio en la conducta mutista y el aislamiento de un paciente esquizofrénico, se toma en cuenta todo lo anterior como pauta para modificar esas conductas, haciendo que el paciente reciba un evento, inmediatamente después de que emita las conductas de

hablar y acercarse a las personas, para que sea gratificante el convivir con otras personas, más que el aislarse de ellas.

Es importante no dejar de mencionar que al elegir el reforzamiento positivo como principio elemental de la modificación de conducta, se tomó en cuenta que a este tipo de pacientes internos les motiva grandemente a participar en actividades o eventos grupales, el hecho de recibir atención o algún objeto que puedan utilizar en sí mismos, que pueden ser regalos o comida.

3.3 VENTAJAS Y OBJECIONES DEL MODELO CONDUCTUAL.

Aunque el modelo conductual es un modelo rápido, económico y fácil de aplicar, frecuentemente se expresan varios conceptos erróneos y objeciones acerca de la aplicación de los principios operantes. Los individuos interesados en el cambio conductual a menudo han discutido el posible uso inadecuado de las técnicas conductuales y de los efectos colaterales, potencialmente adversos, que pueden resultar aun cuando se están utilizando las técnicas apropiadamente. Se discutirán varias de las objeciones y conceptos erróneos más comunes y que a su vez, pueden ser considerados como limitaciones en el curso de la modificación de conducta.

Una preocupación frecuente al usar reforzadores, espe-

cialmente reforzadores tangibles como dulces, juguetes, fichas y otros, es que no hay cambio "real" en la conducta de la persona reforzada. Sólo se está "comprando" o "sobornando" a la persona para que realice una conducta en particular. Pero al definir explícitamente la definición de "soborno", veremos que éste consiste en el uso ilícito de recompensas, regalos o favores que pervierten el juicio o corrompen la conducta de alguien. En el reforzamiento, como se emplea comunmente, se dan eventos por las conductas que generalmente se acuerdan en beneficio del paciente, de la sociedad o de ambos. Las conductas alteradas con reforzamiento incluyen habilidades sociales y académicas, conductas de aseo, habla apropiada o conductas psicóticas. Raramente se consideran a estas conductas como corruptas, ilegales o contrarias a la sociedad.

Una segunda objeción es que los individuos que han sido expuestos al reforzamiento ejecutarán las conductas deseables solo cuando se les ofrezca una recompensa. Los individuos van a aprender que hay algunas conductas que se refuerzan y sólo efectuarán ciertas conductas cuando se les refuerce. Unas personas pueden no dar una conducta deseable a menos que se le dé un reforzador. Esto puede desarrollar una "dependencia" de los reforzadores, que se manifiesta en dos formas:

1) Hay pacientes que requieren de reforzadores especiales (dulces, privilegios extras) para desempeñar una conducta deseable y 2) no se sostendrán las conductas una vez que se retiren los reforzadores. (4) (Kazdin, 1978).

Por lo tanto deberá tenerse mucho cuidado al administrar el reforzador para evitar la dependencia a éste; es importante implantar un programa de reforzamiento continuo, es decir, reforzar cada vez que se presente la conducta deseada, y en seguida cambiar a un programa de reforzamiento intermitente que consiste en reforzar solamente alguna de las veces que se presente la conducta deseada, para evitar que se vuelva una dependencia.

Y como tercera objeción, hay que considerar que el reforzamiento social, que incluye elogios, la aprobación y el contacto físico, no son reforzantes para cualquier persona. Debido a que el valor reforzante del elogio y de la atención tiene que ser aprendido, uno puede esperar encontrarse a individuos que no respondan a eventos que normalmente son socialmente reforzantes. De hecho, para algunos individuos los elogios pueden ser aversivos, ya que los eventos sociales (elogios, aprobación y contacto físico) se emplean en la vida cotidiana. (4) (Kazdin, 1978).

La efectividad de un reforzador depende de su tamaño, - cantidad, tipo o calidad. "Una goma de mascar puede acrecentar la frecuencia con que Tomás, que tiene diez años de edad, irá a la tienda, pero probablemente no hará que el Sr. Pérez acuda con mayor frecuencia a dicha tienda". (9) (Sundel, -- 1987).

Es por esto que se debe de cuidar el tipo de reforzamiento más adecuado a cada paciente, que le llame más la -- atención y que le pueda servir en ese momento, porque se debe de tener en cuenta que existen factores que influyen en - la efectividad del reforzador; como son la privación y la saciedad. "El término de privación se refiere a aquella condición en que el individuo no ha sido expuesto a un reforzador durante un período determinado. La saciedad se refiere a -- aquella condición en que un reforzador ha estado al alcance continuamente, de modo que ha permitido su efecto reforzante". (9) (Kazdin, 1987). En general, un reforzador se vuelve en máximo grado efectivo para acrecentar la fuerza de una respuesta cuando existe un nivel alto de privación y por el contrario el reforzador es mínimamente efectivo para acrecentar la fuerza de una respuesta cuando el individuo está - satisfecho con respecto al reforzador.

Todos estos puntos deben tomarse en cuenta y tenerlos presentes durante todo el tiempo que dure la modificación de

conducta, ya que de esto dependerá en gran parte lograr el - objetivo planteado.

C A P I T U L O IV

M E T O D O L O G I A

4.1 M U E S T R A .

En la realización de la presente investigación se eli - gió un solo sujeto que se encuentra hospitalizado en el "Instituto Mexicano de Psiquiatría y Psicología, Dr. Salomón Baí da Nazif", diagnosticado como esquizofrénico de tipo catatónico, con la siguiente:

HISTORIA CLINICA

NOMGRE: J.S.A.V.

EDAD: 31 años.

SEXO: Masculino.

EDO. CIVIL: Soltero.

ESCOLARIDAD: 1o. de preparatoria.

OCUPACION: Ninguna.

LUGAR DE NAC.: Badiraguato, Sin.

FECHA DE NAC.: 2-XI-1957

FECHA DE INGRESO: 12-VIII-1987

RESIDENCIA: Tijuana, B.C.

RELIGION: Católica.

REFERIDO POR: Un hermano.

MOTIVO DE CONSULTA: El paciente lo desconoce.

La madre refiere: "por problemas de conducta", "desde - los 16 años el paciente comenzó a aislarse, no hablaba, casi no dormía y no comía; así paso hasta los 19 años que fue --

cuando lo llevaron a un hospital psiquiátrico".

Paciente muy agresivo, se ríe y habla solo, lo han tenido que encerrar en un cuarto con rejas, sólo tienen contacto con él cuando le sirven la comida. A pesar del tratamiento sus síntomas están empeorando, el paciente tiene un funcionamiento deficiente en las áreas social, familiar y laboral.

HISTORIA LONGITUDINAL:

Paciente que ocupa el décimo lugar en familia compuesta por 10 miembros.

En la etapa prenatal, la madre menciona tener dificultades con su esposo por ser muy "mujeriego", su situación fué crítica durante el embarazo.

Etapa perinatal, embarazo normal que duró 9 meses, parto normal, atendido por una partera.

Desarrollo psicomotor, refiere la madre que caminó a -- los dos años y habló rápido.

El ambiente familiar fue muy tenso, discusiones y peleas enfrente de los hijos. Personalidad premórbida, muy -- enérgico, alegre e inquieto, los padres casi no tenían contacto con los hijos.

Escolaridad, inició la primaria a los 6 años y siempre obtuvo buenas calificaciones, sus relaciones interpersonales buenas, tenía muchos conocidos, era obediente.

La secundaria la inicia a los 12 años, sus calificaciones bajaron y sólo le interesaba verse bien; cursó los dos primeros años con calificaciones regulares, muy sociable. Al entrar a tercer año a los 14 ó 15 años, comienza a faltar a la escuela, se junta con amigos drogadictos o alcohólicos; sale de la secundaria debiendo materias. Desde entonces comienza a aislarse y refiere que no le gustan las fiestas, se aisla y presenta conductas raras, tales como hablar solo, gritar desesperado, aislarse e hincarse continuamente diciendo: "Todos somos pecadores".

Cuando el paciente tenía 16 años la familia se va a vivir a Tijuana B.C., y ahí estuvo ayudando a sus padres en una ferretería; hasta los 19 años cuando es internado por primera vez en un hospital psiquiátrico. No ha vuelto a trabajar y es dependiente para su aliño personal.

No ha tenido accidentes graves, y no existen antecedentes patológicos familiares.

SINTOMAS PREDOMINANTES: Perseveración, estereotipias, alucinaciones visuales y auditivas, mutismo, aislamiento,

desorientación espacio-temporal, escaces de ideas, explicaciones ilógicas, conductas acting-out, masturbación frecuente, aplanamiento afectivo, rasgos obseviso.

EVALUACION: Al ingresar a este hospital se le aplicaron las siguientes pruebas: WAIS, BENDER y MACHOVER, además de la entrevista.

Se le implantó un tratamiento psicofarmacológico y terapia ocupacional por espacio de un año; después de ese tiempo sólo se mantuvo con psicofármacos, pues cada vez su estado psicótico se agudiza más siendo ese el motivo por el que no se puede trabajar con psicoterapia individual ni grupal; pensando que tal vez el modelo conductual pudiera ayudarlo a integrarse a su medio ambiente.

Ese es el motivo por el que nació la inquietud de realizar la presente investigación.

4.2 H I P O T E S I S .

Teniendo como única hipótesis el planteamiento siguiente: Existirá una disminución en las conductas de aislamiento y mutismo en el paciente, después de un tiempo de reforzar las conductas de hablar y acercarse a las personas.

4.3 I N S T R U M E N T O .

Para el cumplimiento de dicha hipótesis, se elaboró una línea base donde se registraron las conductas de hablar, platicar y acercarse a las personas, y tener un conocimiento -- cuantificable de dichas conductas para así mismo elaborar el programa de reforzamiento adecuado.

Se llama programa de reforzamiento a la regla que denota cuántas respuestas o cuáles respuestas específicas serán reforzadas. Siempre se administran los reforzadores de --- acuerdo a algún programa. En el más simple se refuerza una respuesta cada vez que ocurra. A este programa se le conoce como Reforzamiento Continuo. Por otro lado, se puede dar el reforzamiento después de algunas respuestas y no de todas. A esto se le conoce como Reforzamiento Intermitente. (4) (Kazdin, 1987).

En la presente investigación se utilizó el programa de reforzamiento continuo, porque una conducta desarrollada con reforzamiento continuo tiene una tasa más alta de ejecución durante la adquisición o fase de reforzamiento que si se desarrolla con el reforzamiento intermitente. "O sea, mientras se esté desarrollando una conducta se debe usar un programa de reforzamiento continuo o "generoso". (4) (Kazdin, 1987). La ventaja del reforzamiento continuo, es que la ejecución -

tiene un alto nivel mientras que se está reforzando la conducta.

Para poder implantar un programa de reforzamiento se debe evaluar la conducta-objetivo; cuando se ha definido la conducta en términos precisos, se puede iniciar la evaluación.

La evaluación de la conducta es esencial por dos razones por lo menos. En primer lugar, la evaluación determina la amplitud con la que se efectúa la conducta-objetivo. La evaluación refleja la frecuencia de ocurrencia de la conducta anterior al programa. Se conoce a la tasa de la conducta previa al programa como Línea Base o tasa operante. En segundo lugar, es preciso que la evaluación refleje el cambio conductual después de que se ha iniciado el programa.

En la línea base se demuestra el efecto de la contingencia al mostrar que el cambio conductual está asociado con la introducción de la contingencia en diferentes momentos. (4) Uno de los tres tipos de los diseños de líneas base múltiple se usa generalmente dependiendo de que los datos se hayan acoplado a través de diversas conductas, individuos o situaciones.

En el caso de la presente investigación se utilizó la - línea base múltiple a través de las conductas, en esta ver - sión del diseño se reúnen los datos a través de dos o más -- conductas de un individuo determinado o de un grupo de individuos. "Después de que cada línea base ha alcanzado una ta sa estable se lleva a cabo la condición experimental para sólo una de las conductas mientras que las condiciones de lí - nea base se continúan en la(s) otra(s) conducta(s). Se espe ra que la conducta inicial sujeta a la condición experimen - tal cambie mientras que las otras conductas permanezcan en sus niveles de línea base. Cuando las tasas llegan a ser es tables para todas las conductas, se incluye a la segunda con ducta en la contingencia. Este procedimiento se continúa -- hasta que todas las conductas para las cuales se reunieron - datos de línea base se han incluido en la contingencia. -- Idealmente, cada conducta cambia sólo hasta que se le ha in- cluido en la contingencia experimental y no antes. El dise- ño de línea base múltiple a través de varias conductas es -- útil cuando un individuo tiene un número de conductas que se planea cambiar". (4) (Kazdin, 1987).

La selección de reforzadores poderosos es una tarea --- principal para usar efectivamente el reforzamiento. Los re- forzadores difieren en su potencia y en su facilidad para -- ser administrados en un escenario de tratamiento, (4) más -

adelante se explicará el porqué se eligieron los reforzadores positivo, social y economía de fichas.

4.4 DEFINICION DE LAS CONDUCTAS.

Un aspecto que es muy importante (como ya se mencionó anteriormente), y que no debe pasar desapercibido en este tipo de programas, es la definición de la(s) conducta(s) que se están evaluando y en las que se aplicará el programa de reforzamiento y son las siguientes:

HABLAR: Cuando el sujeto camina en dirección de algunas personas pero sólo para pedir un cigarro o algo de comer.

PLATICAR: El sujeto se dirige hacia una persona y sostiene una conversación, o intercambio de palabras, por un tiempo no mayor a un minuto.

ACERCARSE: Cuando el sujeto se dirige a un grupo de personas y permanece a un lado o en medio de ellos pero no menciona palabra, ni dirige la mirada.

4.5 P R O C E D I M I E N T O .

Para poder establecer un programa de reforzamiento encaminado a un cambio conductual, es necesario elaborar un pri-

mer registro de la conducta objetivo, tal y como está ocu-- riendo en su medio ambiente; esto con el fin de conocer con qué tanta frecuencia se presenta la conducta, y poder esta - blecer después de la fase de reforzamiento, si hubo un cam - bio significativo o no, es decir, un aumento o disminución - en la frecuencia de la conducta. El segundo registro se re- fiere, a observar cómo ocurre la conducta en el momento que se le aplica el reforzamiento; y como tercera y última etapa se obtiene el seguimiento, que es la fase donde se registra la conducta objetivó, pero ya sin reforzamiento, y sirve pa- ra saber si el cambio conductual, en caso de que exista, se mantiene sin utilizar el reforzamiento.

En la presente investigación se realizaron durante la - fase de observación, diez sesiones con duración de dos horas cada una, en las que se efectúo un registro de evento, que - se refiere a observar con qué frecuencia ocurre la conducta objetivo, después de definirla exactamente; al cuantificar - las conductas se hizo un breve resumen de lo acontecido en - cada sesión. (Obsérvense gráficas).

SESION 1:

El sujeto entra en la cafetería para pedir un refresco, se dirige a la telefonista y le pide un cigarro; durante ---

otro lapso solo se limita a caminar de un lado a otro en un mismo sitio. Recorre gran parte del jardín pero sin tomar - en cuenta a las personas con quienes se cruza. Se mantiene por largo rato parado sin ninguna expresión y sin mirar a un lugar determinado.

SESION 2:

Pide un cigarro y se limita a fumarlo en un rincón, después se acerca a unas personas y platica con ellas un momento muy breve. Luego solamente pide cigarros o refrescos y - continúa en su rutinario caminar.

SESION 3:

Al llegar se le saludó y respondió muy bien; en seguida se acerca a pedir una gelatina, se retira y después regresa a platicar con otra paciente.

SESION 4:

Se encerró en su habitación a escuchar música, luego - platica un rato con la enfermera y con el doctor. Hoy ha -- platicado más con las personas.

SESION 5:

Sigue con las mismas conductas, caminar de un lado a -- otro, ocasionalmente se dirige hacia donde hay gente y la mayoría de las veces para pedir algo.

SESION 6:

Hoy se acercó para pedir fruta, comenta muy poco con -- otras personas que se encuentran en la mesa, principalmente habla con el observador.

SESION 7:

Este día se acercó para pedir una toronja, se sentó por un momento y luego se fue sin decir nada; después volvió a - pasar cerca, sin tomar en cuenta a los presentes.

SESION 8:

Al llegar lo estaban curando del brazo, se acerca después a pedir la comida que le trajo el observador y se retira. Regresa sólo para despedirse.

SESION 9:

Hoy ha platicado muy poco, se sienta cerca de el observador pero habla en voz baja y no contesta las preguntas que se le hacen.

SESION 10:

Este día ha estado aislado, solo se acercó al observador por breves momentos pero no conversó, enseguida se aleja para pedir cigarros y ya no regresa. Permanece en su cuartó.

Despues de las sesiones de observación, se comenzó la fase de reforzamiento, con sesiones de 4 horas diarias. En las tres primeras sesiones se utiliza el reforzamiento social, con las frases "gracias por platicar con nosotoros", "que bueno que veniste, nos gusta tu compañía"; ante el cual se muestra indiferente.

Se eligió el reforzamiento social porque presenta ciertas ventajas, entre ellas se encuentra primeramente el que se administren fácilmente por los ayudantes, padres y profesores; se puede dar rápidamente una afirmación verbal o una sonrisa. (4). "Una segunda consideración es que el elogio no necesita interrumpir la conducta reforzada. Se puede elogiar a una persona o darle una palmadita en la espalda, mien

tras está ocupada en una conducta apropiada; puede continuar la ejecución de la conducta-objetivo. En tercer lugar, el elogio es un reforzador condicionado generalizado puesto que se le ha apareado con muchos eventos reforzantes. (4) (Kazdin, 1987).

En la cuarta sesión de reforzamiento se le aumenta el reforzamiento positivo, es decir, se le reforzó con unas golosinas o cigarro acompañado de palabras afectuosas y palmaditas en el hombro; pero solo tomaba la golosina y se retiraba. "Al elegir el reforzamiento positivo, se tomó en cuenta que a los pacientes psicóticos internos les motiva grandemente a participar en actividades o eventos grupales, el hecho de recibir atención o algún objeto que puedan utilizar en sí mismos, que pueden ser regalos o comida". (4) (Kazdin, 1987).

Luego de esta sesión se le comenzó a disminuir el medicamento, (variable que no se puede controlar), y comienza a tener conducta mutista y agresiva, además de que presenta irritabilidad para con el observador y no dirige la mirada. Ha pasado tiempo sin dirigir palabra al observador; en la sesión 27 saluda con efusividad y platica durante algunos minutos, cruza por una etapa de buen humor y acude nuevamente a platicar, se acerca a los demás internos, pero sigue mostrándose indiferente al reforzamiento; es decir, no demuestra

ninguna expresión facial o física y se retira de el lugar en que se encuentra, cuando se le ofrece el cigarro o alimento aunado a las frases "que bueno que veniste", "gracias por -- acompañarnos".

En las siguientes sesiones vuelve a la conducta mutista para con el observador y se niega a contestar el saludo.

Se cambia nuevamente y por tercera vez el tipo de reforzador, ahora se elaboró un programa de economía de fichas, - que se define como un sistema de reforzamiento en el cual se ganan fichas por una variedad de conductas y con las cuales se adquieren diversos reforzadores de apoyo. La economía de fichas representa un sistema análogo a la economía nacional, donde el dinero sirve como un medio de cambio y se puede ga - nar y gastar en forma diferentes. (4) "Las fichas ofrecen - ventajas superiores a los de otros reforzadores. Primera, - las fichas son reforzadores patentes y a menudo pueden mantener la conducta en un nivel más alto que otros reforzadores condicionados, tales como los elogios, la aprobación y la retroalimentación". (4)

"Una segunda ventaja de las fichas es que evitan la demora entre la respuesta-objetivo y el reforzamiento de apoyo. Si un reforzador (por ejemplo, una actividad) no puede entregarse inmediatamente después de una conducta deseable, se --

dan inmediatamente fichas que sirven para adquirir un reforzador de apoyo más tarde. En tercer lugar, puesto que las fichas están respaldadas por una variedad de reforzadores, están menos sujetas a la saciedad que otros reforzadores. (4) (Kazdin, 1987).

Las fichas se repartieron al personal del hospital (médicos, enfermeras y telefonista), ya que con el observador no intercambia palabras; la enfermera le explica el porqué de las fichas y qué premios se puede ganar, pero él menciona que "no le importa" y dice: "a mí para qué me sirven?" "no las quiero" (obsérvense las gráficas).

RESUMEN DE LAS SESIONES:

SESION 11:

Se le llamó para que saludara a unas personas, se le tuvo que insistir para que acudiera, y platicó un poco con ellas a insistencia del observador, al poco rato se volvió a acercar a platicar.

SESION 12:

Se le continúa estimulando para que platique y poder reforzarlo, pero sólo se logró una vez. Se muestra indiferente al reforzamiento.

SESION 13:

No ha querido platicar.

SESION 14:

Esta se realizó después de varios días de no verlo y se muestra indiferente al reforzamiento, solo contestó al saludo a una persona que acompañaba al observador y se retiró.

SESION 15:

Se muestra irritado y no quiere hablar con nadie, se presentaron dos personas desconocidas para él, se limitó a saludarlas. Indiferencia al reforzamiento. Se altera al dirigirse a él y grita que no quiere que lo sigan.

SESIONES 16 a 25:

Durante estas dos semanas no dirige la palabra al observador. NOTA: se le está disminuyendo la dosis de medicamentos.

SESION 26:

Estuvo dormido, no salió de su habitación.

SESION 27:

Hoy se encuentra diferente, saludó con efusividad al observador y platicó con él, después de dos semanas de evitarlo.

SESION 28:

Hoy sigue de buen humor y continúa platicando, pero solo que se acerquen a él.

SESION 29:

Se le invitó al cuarto de terapia ocupacional, pero no asiste. Acude en tres ocasiones durante breves momentos; -- otros pacientes hablan con él, pero no contesta. Se reforzó la conducta de asistir al cuarto de terapia ocupacional.

SESION 30:

Hoy vuelve a hablar con el observador y se le refuerza con golosinas que él mismo pide.

SESIONES 31 a 36:

Se encuentra mutista y no habla con nadie, se muestra -

irritado, no quiere comer y se resiste a bañarse. (Suspen-- sión de medicamentos).

SESION 37:

Se le reinicia el tratamiento de medicamentos, pero el paciente continúa sin hablar con nadie, aunque ya come y se baña. No dirige la palabra al observador.

SESIONES 38 a 40:

No quiere hablar con el observador y no contesta el saludo, se limita a pedir cigarros y su comida.

SESION 41:

Se retira el reforzamiento social y positivo que se estaba usando y se implanta un programa de economía de fichas y se distribuyen entre el personal del hospital, para que refuerzen al paciente únicamente cuando platique con ellos, - no se reforzará si pide algo. No habla con el observador ni responde al saludo.

SESION 42:

Hoy solo se dirige al observador para hacerle una groso

ría. No ha querido hablar. El médico plática con él para - que sepa de las fichas.

Toda la sesión ha gritado y mira fijamente al observa - dor pero sin dirigirle la palabra. Sigue con lapsos de excitación y grita, pero no plática con nadie. En el turno de - la tarde plática y busca la compañía de la enfermera encargada, pero no recibe las fichas, contesta: "¿a mí para qué me sirven?".

Se comporta como enamorado de la enfermera quien lo rechazó y se muestra enojado.

SESION 43:

Hoy ya se encuentra tranquilo, ya no grita, pero sigue sin platicar con nadie. No ha habido oportunidad de entre - garle fichas porque no platica ni con el personal del hospital.

SESIONES 44 A 47:

Sigue sin hablar, excepto para pedir cigarros, ahora - ya ni con el médico, ni telefonista; solo sigue en buen rapport con la enfermera del turno vespertino. Aún se niega a recibir las fichas, pues "no le sirven para nada".

SESION 48:

Hoy agredió físicamente a la enfermera con la que platicaba porque ella no quiso acceder a sus deseos, se enojó y ya no habla ni con ella.

SESION 49:

Sigue enojado y solo habla para pedir cigarros, no contesta ni el saludo. Se percibe ansioso e irritado porque le están disminuyendo el número de cigarros al día.

SESION 50:

Sólo platica con el personal administrativo pero no recibe el reforzamiento, sigue sin dirigir la palabra, solo para pedir cigarros.

Como tercera y última etapa se registra la fase de seguimiento en sesiones de 4 horas diarias; y se observa que no existe aumento en las conductas que se pretendía cambiaran; aún más se aprecia una notable disminución en las conductas de platicar y acercarse a las personas. (Observar gráficas y resumen).

SESION 51:

Hoy sigue sin dirigir la palabra, solo pide cigarros y se retira al jardín.

SESION 52:

No platica con nadie, aunque ya no se muestra agresivo, solo pide cigarros pero no contesta el saludo.

SESION 53:

Hoy ya contestó el saludo y se acerca para pedir cigarros, contesta a lo que se le pregunta. Pero luego se retira y se limita a pedir cigarros.

SESION 54:

Este día mejoró mucho su actitud, se acercó cuatro veces al lugar donde se encontraba reunido el observador con otras personas y se puso a platicar, aunque ya luego se marchaba sin depspedirse.

SESION 55:

Esta es la última sesión de seguimiento y de la investi

gación; ahora el paciente se ha mostrado amable y conversador, aunque no ha querido bañarse y elude el tema, ya contesta lo que se le pregunta.

De acuerdo a lo registrado en las gráficas se puede apreciar que durante la fase de observación, el paciente esquizofrénico mantenía una conducta, que se puede decir "social", más o menos buena; platicaba con algunas personas y frecuentemente se le podía ver acercarse a la gente. Este "acercamiento" se puede decir que es bueno, si se recuerda que el paciente esquizofrénico (en su mayoría), tiende al aislamiento y al mutismo.

En la fase de reforzamiento, el paciente evita a toda costa el platicar y el acercarse a las personas; al principio se pensó que podría deberse a la ineficacia del tipo de reforzamiento utilizado, se decide cambiarlo pero se sigue observando que no existe ningún aumento significativo, aunque se cambia por tercera vez el tipo de reforzamiento. Dentro de esta misma fase se presenta una variable que no es posible controlar, la disminución progresiva de medicamentos llegando hasta la eliminación completa del tratamiento farmacológico; creando en el paciente un incremento de las conductas mutista y de aislamiento, además de agresividad y excitación; insensibilizándolo a cualquier forma de reforzamiento.

Esta variable que no se había pensado pudiera presentarse fue determinante en la investigación, pues no se llegó al objetivo propuesto, que era lograr que el paciente psicótico alternara con la gente que le rodea y que pudiera superar -- aunque fuera en mínimo grado su mutismo. Concluyendo así, - que es muy importante el aspecto psicofarmacológico en el -- tratamiento de un paciente psicótico.

Y como tercera y última etapa, se registra la fase de - seguimiento en la que se puede observar que el paciente incrementa las conductas de platicar y acercarse a las personas.

Este incremento se puede deber a dos causas: primera, - que se le reestableció el tratamiento psicofarmacológico y - éste le ayuda a disminuir los síntomas psicóticos permitiéndole tener un mejor contacto con la gente que le rodea; y segunda, el paciente dejó de sentirse "acosado" por el observador para que platicara o se acercara a la gente, pues a los días de que terminó la fase de reforzamiento, él mismo poco a poco fue acercándose al observador aunque ya no con la frecuencia de antes que se empezara el tratamiento conductual - o el reforzamiento.

4.6 D A T O S Y S U A N A L I S I S

A continuación se presentan los registros de evento y las gráficas de cada una de - las fases registradas, para mayor ilustración.

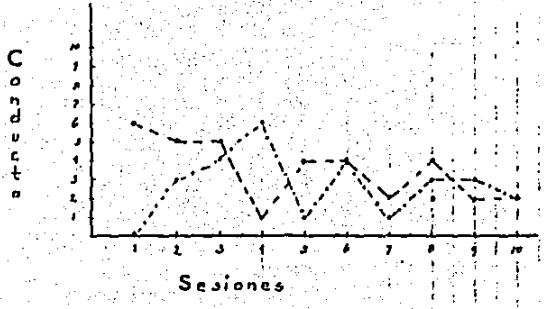
REGISTRO DE EVENTO

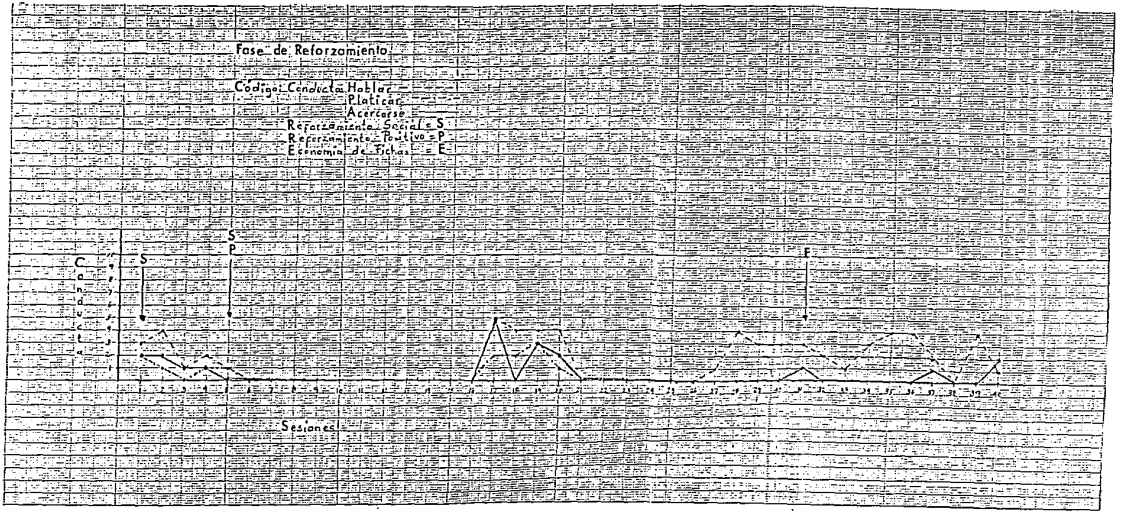
Nombre: J.S.A.V.
Conductas: acercarse ⊕
hablar ⊖
platicar ⊕

fecha	hr. inic.	hr. fin.	clave de la conducta	resultado de la cta.
19 - Jul - '88	12:26 a.m.	12:30 p.m.	✓✓✓✓✓+✓+.+	✓=6 +=3 ↓=0
20 - Jul - '88	11:15 a.m.	1:45 p.m.	✓↓✓+++✓✓+↓✓+	✓=5 +=3 ↓=3
21 - Jul. - '88	12:20 a.m.	2:20 p.m.	↓✓+✓↓+✓✓+++	✓=5 +=4 ↓=4
22 - Jul. - '88	11:30 a.m.	2:00 p.m.	↓↓+++↓+✓+✓	✓=7 +=5 ↓=6
26 - Jul. - '88	11:11 a.m.	1:30 p.m.	+✓↓✓✓++✓	✓=4 +=3 ↓=1
27 - Jul. - '88	12:10 a.m.	2:15 p.m.	+✓✓↓+✓+↓+✓↓	✓=4 +=4 ↓=4
29 - Jul. - '88	10:55 a.m.	1:00 p.m.	+↓+✓✓+	✓=2 +=3 ↓=1
1 - Ago. - '88	5:00 p.m.	7:00 p.m.	+✓+↓✓↓↓✓++✓	✓=4 +=3 ↓=3
3 - Ago. - '88	11:30 a.m.	2:25 p.m.	↓✓+✓↓++	✓=2 +=2 ↓=3
4 - Ago. - '88	12:00 a.m.	2:00 p.m.	✓+✓	✓=2 +=1 ↓=0

Fase de Observación

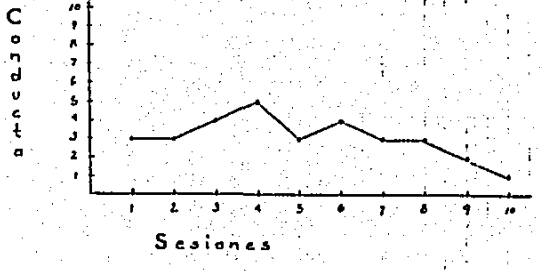
Código: Conducta Hablar - - - -
Conducta Platicar ----




Fase de Reforzamiento
Código: Conducta Hablar
Platicar
Acercarse
Reforzamiento Social = S
Reforzamiento Positivo = P
Economía de Ficha = E
S
P
S
F
Conducta
Sesiones

Fase de Observación

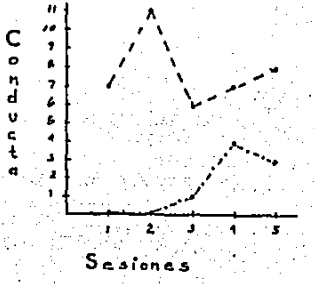
Código: Conducta Acercarse ——



Fase de Seguimiento

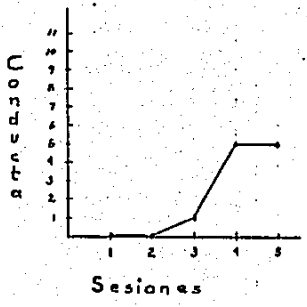
Código: Conducta Hablar - - - -

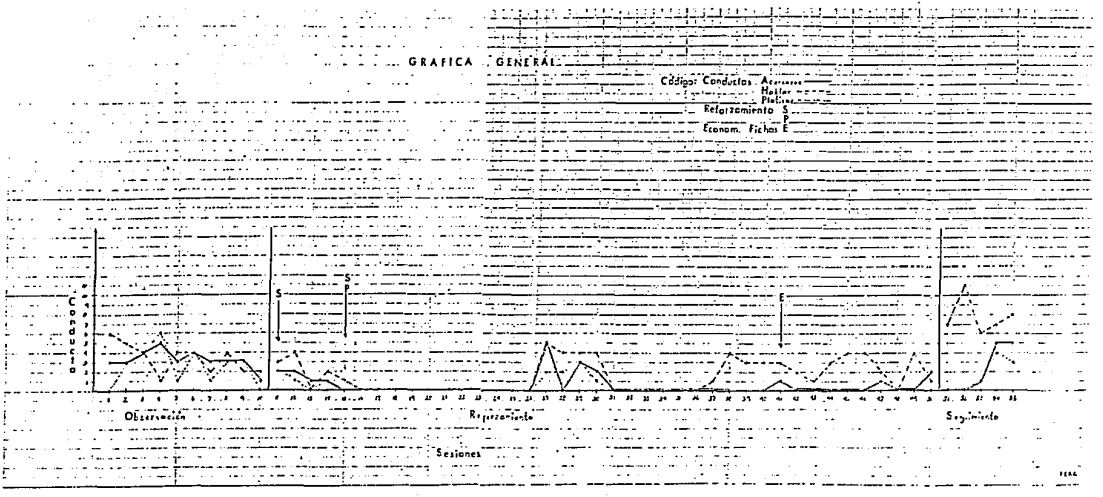
Conducta Platicar -·-·-·-



Fase de Seguimiento

Código: Conducta Acercarse




GRAFICA GENERAL
Código: Conductas Atenciones
Hablar
Pinchar
Reforzamiento S
Econom. Fichas E
Conducta
S
S
P
E
Observación
Reforzamiento
Seguimiento
Sesiones

C A P I T U L O V

C O N C L U S I O N E S
Y
S U G E R E N C I A S

5.1 C O N C L U S I O N E S .

Los procedimientos que se emplean para el tratamiento - psicológico, rehabilitación, educación u orientación, dependen en gran parte de la visión de la "naturaleza humana" a - la que uno se adhiera. Las estrategias del tratamiento vienen directamente de presuposiciones y concepciones de la conducta normal o anormal, del desarrollo de la personalidad y de la motivación humana. Dada la conducta de un individuo - en particular que ha sido referido para un tratamiento o que reside en un ambiente institucional, se pueden dar bastantes y diferentes interpretaciones, interferencias y suposiciones sobre los eventos del pasado o del presente que explican la conducta y lo que se necesita hacer para efectuar el cambio terapéutico.

La presente investigación se llevó a cabo pensando en - realizar un cambio conductual en un paciente psicótico internado en una institución psiquiátrica, con el fin de decrementar una conducta que lo ha orillado a un aislamiento de la - gente que lo rodea.

Como conclusiones finales de esta investigación y tomando en cuenta los datos obtenidos se puede establecer que:

El objetivo principal de la investigación era lograr --

que el paciente psicótico alternara con la gente que le ro - dea y pudiera superar aunque fuera en mínimo grado su mutismo, por medio del modelo conductual. No se pudo llegar al - término de dicho objetivo, pero esto no quiere decir que el modelo conductual no es eficaz, sino que a pesar de sus limitaciones, que como cualquier modelo presenta, se debió tener más en cuenta que de hecho es difícil trabajar con pacientes psicóticos, y aún más con esquizofrénicos que como ya se mencionó antes (Cap. II), estos pacientes se dan perfectamente cuenta de lo que esta ocurriendo a su alrededor pero presentan barreras como el aislamiento y el mutismo que "lo protegen" de su realidad; y surgen las interrogantes: ¿"Desprotegería al paciente de su defensa contra el mundo amenazante, la modificación de dichas conductas o Se dió perfectamente - cuenta de lo que se pretendía hacer con él y decidió no seguir el juego?, ésta última interrogante se plantea, porque el paciente nunca tuvo antecedentes de lo que se intentaba - comprobar y tal vez pudo percibirlo como una constante forma de molestarlo.

En cuanto a la hipótesis planteada; no existe una disminución de las conductas de aislamiento y mutismo en el paciente, después de un tiempo de reforzar las conductas de hablar y acercarse a las personas. Suponiendo que el cambio - no se dió por la eliminación del tratamiento psicofarmacológico al que estaba sujeto el paciente; creando en él un au -

mento en las conductas mutista y de aislamiento, además de - una marcada agresividad e irritabilidad que le impedía alternar con la gente que le rodea, y solo se dirigía a ellos para pedir cigarros, mostrándose enojado si se le negaba algo. Esta misma situación lo orilló a negarse a recibir las fichas para intercambiarlas por alimentos o cigarros; además - que siempre se mostró indiferente al reforzamiento social.

Así mismo, se puede concluir que en el tratamiento de - pacientes psicóticos, se debe tomar en cuenta que las conductas "anormales" o "incorrectas" que presentan son una defensa para librarse del mundo amenazante a su estructura de personalidad; y si se trata de eliminarles estas conductas --- "anormales", se estaría quitándoles la defensa que tienen -- contra el mundo dejándolos desprotegidos e indefensos para - sobrellevar su conflicto emocional.

Y como última conclusión, puede apreciarse (ver gráfica general) que al paciente esquizofrénico en cuestión, le interesa "relacionarse" con las personas que le rodean, sólo para satisfacer sus necesidades primarias, como son el hambre y las ganas de fumar; sosteniendo un breve intercambio de palabras con las personas, tan a menudo como desea satisfacer sus antojos.

5.2 S U G E R E N C I A S .

Los resultados del presente trabajo dejan una puerta abierta para que se continúe el estudio sobre el paciente esquizofrénico y pueda en un momento determinado ayudarlos a sobre llevar su enfermedad.

¿Sería posible aunar un modelo conductual para modificar esas conductas, con un modelo psicoanalista para resolverle su conflictiva emocional; y no sólo verlo de una forma mecánica?; es decir, no pensar sólo en eliminar conductas -- "raras", sino estar conscientes que detrás de ellas existe un conflicto muy importante que es el causante de esas conductas llamadas "anormales".

¿Puede ser que la receptividad a los estímulos externos esté disminuida en este tipo de pacientes, y eso les impide responder adecuadamente a su medio ambiente?

Es importante mencionar que el modelo conductual debe utilizarse de una manera muy cuidadosa, ya que aunque es fácil y económico de aplicarse, el sujeto debe tener un mínimo conocimiento sobre la forma de trabajar para el cambio conductual, pues debe haber cooperación de parte del sujeto -- afectado, para que sea más rápido y efectivo dicho cambio.

B I B L I O G R A F I A

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1.- BLOOMFIELD, H.H. "ASSERTIVE TRAINING IN AN OUTPATIENT - UP OF CHRONIC SCHIZOPHERENICS. A PRELIMINARY REPORT" Behavior therapy, 1973, 4, 277-281 pp.

2.- CAMERON, Norman. "DESARROLLO Y PSICOPATOLOGIA DE LA -- PERSONALIDAD". Trillas, México. 1982, 562-574 pp.

3.- CASO, Muñoz Agustín. "FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA". Limusa, México. 1979, 715-716 pp.

4.- KAZDIN, Alan E. "MODIFICACION DE LA CONDUCTA Y SUS APLICACIONES PRACTICAS". Manual Moderno. México. 1978. 74-138 pp.

5.- MELVIN, Zax y Cowen. "PSICOPATOLOGIA". Interamericana. México. 1983. 103 pp.

6.- PICHOT, Pierre. "MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE - LOS TRASTORNOS MENTALES". Masson. México. 1984. 191-203 pp.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

7.- STUMPHAUSER, J.S. "MODIFICATION OF DELAY CHOICES IN -- INSTITUTIONALIZED YOUTHFUL OFFENDERS THROUGH SOCIAL -- REINFORCEMENT". Psychonomic science. 1970. 18. 222-223 pp.

8.- STUMPHAUZER, J.S. "TERAPIA CONDUCTUAL". Trillas. México. 1983. 80 y 91 pp.

9.- SUNDEL, Martín. "MODIFICACION DE LA CONDUCTA HUMANA: - INTRODUCCION SISTEMATICA A LOS CONCEPTOS Y APLICACIO--- NES". Limusa. México. 1987. 293 pp.

10.- WHITTAKER, J.O. "PSICOLOGIA". Interamericana. México. - 1981. 598, 602-608 pp.