

TRATAMIENTO DE PSICOSIS POR MEDIO DE LA TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO

RUBÉN ARDILA

Universidad Nacional de Colombia.

May (1968) en un libro que ha causado impacto en el mundo de la psicopatología describió el proyecto llevado a cabo en el Hospital Estatatal de Camarillo (Camarillo, California) entre 1959 y 1962, en el cual se comparó la efectividad de cinco métodos de tratamiento de esquizofrenia: (1) Drogas atarácicas; (2) Psicoterapia individual; (3) La combinación de drogas atarácicas y psicoterapia individual; (4) El electrochoque; (5) El cuidado general sin ningún tipo de tratamiento. Los resultados fueron dramáticos: las drogas (grupo 1) y las drogas más psicoterapia (3) fueron el tratamiento más efectivo para la esquizofrenia; no pudieron hallarse diferencias entre el grupo 1 y el 3, por lo cual el autor insistió en que la psicoterapia no añade nada al tratamiento de drogas. El porcentaje de curaciones fue tan bajo, que la impresión que se lleva el lector es que la esquizofrenia es prácticamente incurable, con o sin psicoterapia. Es importante notar que no se utilizó la terapia del comportamiento (TC) en este proyecto de investigación; parecería que ninguno de los métodos fuera efectivo, y sería hora de probar algo diferente.

Por otra parte, Ayllon y Azrin (1968) al hablar de un hospital mental en el

cual intentaron por vez primera aplicar los principios del aprendizaje al tratamiento de pacientes incurables, nos dicen que "parecería como si todo tipo de explicación ya se hubiera propuesto, aplicado y encontrado que no es suficiente, incluyendo la psicoterapia, la dinámica de grupo, la terapia de juego, la terapia vocacional, la terapia de drogas, etc. Uno se siente impulsado a hacer algo para ayudar a este gran segmento de la humanidad... Pero cómo utilizar la terapia que reside en 'hablar' de sus problemas, si la mayor parte de estos pacientes no escuchan, ni mucho menos responden a ningún tipo de conversación..." (p. 1).

La alternativa fue la TC, que en esencia reside en la aplicación de los principios del aprendizaje al tratamiento de problemas psicopatológicos. Las psicosis, en cuyo tratamiento habían fracasado los métodos tradicionales de terapia, se mostraron especialmente accesibles al tratamiento con TC.

Ante todo, ¿qué es esquizofrenia? Hay muchas teorías, muchas clasificaciones y muchas discusiones en torno a problemas de clasificación. Uno de los enfoques experimentales más aceptados es el de Eysenck, quien halló una dimensión de psicoticismo, con base en su estudio de

personas normales, esquizofrénicos y maniaco-depresivos. La dimensión de psicoticismo mostraría una distribución continua de lo normal a lo patológico, y sería ortogonal a la dimensión de neuroticismo (Yates, 1970). Tales estudios se basaron en el análisis de criterio (*criterion analysis*) que Eysenck utilizó en la mayor parte de sus investigaciones. El psicoticismo parecería ser una dimensión general, con diferentes matices. Por otra parte se supone que la esquizofrenia posee una base biológica (Mirsky, 1969).

El esquizofrénico presenta rasgos anormales a diversos niveles:

1º A nivel de recepción: alteraciones del sistema de percepción.

2º A nivel de procesamiento de información, o sea de la organización de los estímulos.

3º A nivel cortical: se mezcla el aprendizaje previo y las estructuras asociativas, lo cual conduce a las alteraciones de pensamiento tan características de la esquizofrenia.

4º A nivel de ejecución: se altera la respuesta.

Se ha considerado tradicionalmente que los problemas esquizofrénicos residen al tercer nivel, cortical, pero parece que el tercer nivel no se altera en sí mismo sino que es incapaz de funcionar porque hay serios trastornos en los dos primeros niveles. Una gran cantidad de investigaciones sobre aprendizaje y motivación en los esquizofrénicos nos han demostrado que son capaces de aprender, pero tal vez con más lentitud que los no esquizofrénicos (Franks, 1960). Los esquizofrénicos presentan menos actividad abierta que los no esquizofrénicos, cuando usamos los métodos habituales sobre nivel de actividad y reactividad; sin embargo poseen mayor excitación (*arousal*) que los no esquizofrénicos (Lang y Buss, 1965).

En la aplicación de la TC a la esquizofrenia se ha tenido que resolver una serie de problemas técnicos muy difíciles, entre los cuales merecen citarse:

A) La conveniencia de utilizar premios o castigos.

B) La conveniencia de utilizar la dimensión física o social de premios y castigos.

C) Si los premios y/o castigos deben ser específicos o generales (alabanzas, por ejemplo).

Con el fin de responder a estas preguntas se planearon numerosos experimentos y hoy tenemos la respuesta a varias de ellas. Hoy sabemos que los esquizofrénicos aprenden una nueva respuesta cuando el refuerzo positivo es contingente sobre la emisión de una respuesta no emitida antes. O sea que aprenden a responder al refuerzo positivo. En estos casos, claro está, se trató de refuerzos no verbales porque la comunicación verbal entre psicólogo y paciente es imposible en estos niveles. Se observó la importancia de los programas de refuerzo; un programa de razón fija (RF) 25 es mejor que un RF de 1; esto se encuentra en completo acuerdo con lo que se sabía antes sobre la influencia del refuerzo intermitente en el condicionamiento operante.

En algunos casos se ha tratado de dar refuerzo verbal por el comportamiento socialmente aceptado; es más efectivo ese refuerzo verbal si se combina con premios físicos, por ejemplo cigarrillos. Por otra parte la estimulación nociva funciona también; se somete al paciente a un ruido de cierta intensidad que se termina si el enfermo da la respuesta correcta. El S puede *escapar* de la estimulación nociva (recibirla y dar la respuesta que la termina), o puede *evitarla* (dar la respuesta antes de que se presente la estimulación nociva. Parece que el refuerzo negativo es más específico que el refuerzo positivo para cambiar el comportamiento de los esquizofrénicos, siempre que se les dé información sobre las respuestas correctas que se buscan y las incorrectas que se quiere evitar.

Veamos ahora en detalle los principales trabajos que se han realizado sobre

el tratamiento de esquizofrénicos por TC. Se ha observado que buena parte del comportamiento de los esquizofrénicos institucionalizados es consecuencia de programas de refuerzo inadecuado e incontrolado que dan los ayudantes y personal del hospital, con lo cual se notó que hay que cambiar también la conducta de estos últimos.

RECUPERACION DEL LENGUAJE

Isaacs et al. (1960) trabajó con dos pacientes esquizofrénicos que no habían hablado durante 14 años. El problema básico en este y en otros casos de recuperación del lenguaje es que debe presentarse algún comportamiento con el fin de reforzarlo, y el lenguaje estaba completamente ausente. Entonces se decidió usar el método de reforzar aproximaciones sucesivas partiendo de algo no verbal. Se reforzó por medio de alimentos, en este caso caramelos, y se fue descubriendo paso a paso, por ensayo y error cuál refuerzo evocaba una respuesta. Al comienzo se notó que el caramelo producía la respuesta de seguirlo con los ojos. Se estableció esta respuesta y de ahí en adelante se trató de establecer otra, más elevada en la escala. Cada movimiento sucesivo se aproximaba más y más a los movimientos requeridos para producir el lenguaje. Luego de reforzar estos movimientos se reforzó el sonido de cualquier clase, y después sonidos con sentido.

Es importante notar que al tratar y hacer producir cierto comportamiento verbal reaparecieron espontáneamente ciertos comportamientos no tratados directamente. Parece que los esquizofrénicos catatónicos sufren de una gran inhibición masiva y al recuperar una conducta la inhibición desaparece gradualmente.

Sherman (1960) estudió el efecto de tres técnicas: moldeamiento, refuerzo de conductas no verbales que se generalizan a conductas verbales, y "fading". Trabajó con tres pacientes que habían estado

hospitalizados y no habían pronunciado ni una sola palabra en periodos de tiempo que iban de 16 a 43 años. Un paciente adquirió 30 palabras en 122 sesiones y las retuvo permanentemente. El segundo aprendió a decir frases que constaban de 5 y 6 palabras. El tercero aprendió a nombrar cosas y a usar frases simples. Sin embargo estas conductas no se generalizaron fuera de la situación experimental, aunque sí se presentó recuperación espontánea de otras respuestas verbales.

En todos los casos es preciso comenzar reforzando conductas no verbales si se trata de pacientes que al principio no producen nada parecido a lenguaje. Los programas de refuerzo pueden usarse con mucho éxito; en vez de dar 100% vs. 0% de refuerzo es preferible usar refuerzo parcial, que produce mayor resistencia a la extinción. Se observó, por otra parte, que darles sonidos a los pacientes para que imiten no es efectivo al comienzo pero sí más adelante, cuando tienen ya cierto comportamiento verbal.

Wilson y Walters (1966) trabajaron con 12 pacientes que no poseían ningún comportamiento verbal. Se presentaron diapositivas y luego se les preguntó sobre ellas y se les dió refuerzo verbal por decir algo. El refuerzo fue efectivo, pero el comportamiento verbal no se generalizó a otras situaciones.

CONTROL DEL LENGUAJE PSICOTICO

Muchos esquizofrénicos poseen cierto lenguaje que se denomina "lenguaje psicótico", en oposición al lenguaje normal. Las enfermeras y demás personal auxiliar mantienen sin quererlo ese lenguaje psicótico. Al tratar de hallar líneas de base para el lenguaje psicótico en comparación con el normal, Ayllon y Haughton (1964) encontraron que ambos tipos de lenguaje ocurren con igual frecuencia; se da atención al lenguaje psicótico y en esta forma se refuerza (generalmente el refuerzo lo da el

cuidador, al pronunciar un sonido que indica que entendió lo que dijo el paciente). Puede manipularse variando las contingencias del refuerzo.

CONTROL DEL COMPORTAMIENTO PARANOIDE

Es difícil saber qué le pasa exactamente a un esquizofrénico paranoide, con el fin de señalar la conducta a cambiar. En muchos casos sufren de dolores (que se suponen imaginarios) en una parte determinada del cuerpo. La TC reside en desensibilización progresiva de esa región, relajación, y en esta forma desaparece el dolor imaginario. Es importante que se logre también una reestructuración cognoscitiva.

Wickramasekera (1967) trató una paciente que sufría de alucinaciones auditivas y de ideas "delusivas"; se creía acusada de hacer avances sexuales a diferentes personas, entre otras a su hijo de 6 años, y tenía además resistencias a tener relaciones sexuales con su esposo. Se le pidió que llevara en un libro una descripción detallada de su comportamiento hacia el hijo y el esposo. Se logró un acercamiento progresivo a ambos, desensibilizándola del miedo que tenía de seducir a su hijo.

Kennedy (1964) utilizó refuerzo verbal por comportamiento y verbalizaciones no paranoides, contrapuesto con reprobaciones verbales severas por comportamiento o verbalizaciones paranoides.

CONTROL DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL

Estos estudios se llevaron a cabo con una finalidad práctica. Sirvieron para demostrar que el comportamiento en los patios del hospital se mantiene por refuerzo que dan los ayudantes sin quererlo. Puede variarse por medio de técnicas muy simples. Ayllon (1965), y Gelfand y sus colaboradores (1967) to-

maron muestras de tiempo, del comportamiento de 6 esquizofrénicos durante 55 horas. Por otra parte categorizaron el comportamiento de las enfermeras, los asistentes y de los otros pacientes, en varios grupos: atención positiva, atención negativa e ignorar al paciente. Se midió qué parte del comportamiento *apropiado* se correlacionaba con cada una de estas categorías de conducta y se notó que el 61% del comportamiento apropiado se premiaba, el 5% se castigaba, y el 34% se ignoraba. Por su parte el comportamiento *inapropiado* 26% se premiaba, 8% se castigaba y 66% se ignoraba.

Ayllon (1963) trabajó con una esquizofrénica crónica que tenía tres tipos de conducta inapropiada: 1. Robaba comida, 2. Escondía toallas y 3. Pesaba demasiado. El robar comida se eliminó privándola de comida cada vez que robaba; fue efectivo en 2 semanas, y se la siguió durante un año, sin observarse que apareciera el mismo síntoma ni que hubiera sustitución de síntomas. El esconder toallas se eliminó por saciedad, dándole demasiadas. El exceso de peso (pesaba 125 kilos) se eliminó dándole comida únicamente si lograba satisfacer ciertos criterios de peso. El tratamiento duró 14 semanas en total, los 3 tipos de conducta desaparecieron del todo, y los parientes de la enferma estuvieron tan satisfechos con ella que la sacaron el fin de semana de paseo después de no haberlo durante 9 años.

Muchos otros estudios se han llevado a cabo para mostrar los efectos del tratamiento en pacientes individuales. Existen también estudios de *grupo* a gran escala, con el fin de lograr el ambiente controlado y mejor estructurado del hospital. Las economías de FICHAS han tenido mucho éxito; en ellas cada paciente debe trabajar para lograr fichas que cambian por alimento, vestidos, etc. Se trata de empezar por conductas simples y volverlas complejas, en forma tal que se permita el regreso del paciente a la sociedad. Los estudios más completos

los llevó a cabo Ayllon en el Hospital Estatal de Santa Ana (Illinois), y se hicieron pronto otras investigaciones en diferentes partes del mundo.

Es digno de mención el trabajo de Ayllon y Haughton (1962) que se ha convertido ya en un "clásico". Se trató de controlar el comportamiento de comer en 32 esquizofrénicas que no llegaban a tiempo al comedor y tenían serios problemas de alimentación. Se definió que deberían llegar en un periodo de 30 minutos, y de lo contrario no comían; este periodo se redujo después a 5 minutos. Se mejoró el comportamiento en todas las pacientes, incluyendo las que tenían problemas de alimentación. Más adelante se definió que tenían que depositar un centavo durante estos 5 minutos para poder entrar al comedor; luego tenían que cooperar, operando entre dos una palanca, para así poder obtener la moneda de un centavo que depositaban antes de entrar al comedor. Todas las enfermas aprendieron a hacerlo. Durante el período en el cual no se dió alimentos por llegar tarde, ninguna sufrió daño alguno. Hay que señalar que el comportamiento de comer de los esquizofrénicos sólo puede moldearse por medio de comida, ya que las órdenes verbales carecen de todo efecto. Estos experimentos tuvieron un enorme éxito, y tienen muchas implicaciones prácticas.

Se han llevado a cabo muchas otras investigaciones, que no es necesario resumir aquí. El comportamiento social puede reforzarse en psicóticos, y se con-

trola variando las contingencias de refuerzo. Hay que traer la conducta bajo el control de las contingencias normales de refuerzo. *El paso a la vida real*, fuera del hospital, siempre es difícil. Hay que entrenar también a los familiares para que refuercen la conducta adecuada del paciente.

TC Y OTROS ENFOQUES

King y sus colaboradores (1960) estudiaron cuatro grupos de 12 esquizofrénicos cada uno; todos eran crónicos, y se igualaron en cuanto a severidad y tiempo de hospitalización. Se les dieron diferentes tratamientos: (1) Terapia operante interpersonal. (2) Terapia verbal, primero individual y luego de grupo. (3) Terapia de juego. (4) No se dió terapia, fue el grupo de control. A todos los de los grupos experimentales se les trató tres veces por semana, durante 3½ meses.

La operante interpersonal fue la más efectiva de todas; se comenzó dando fichas por solución de problemas, y luego por cooperación. La terapia de juego fue la segunda, y la verbal ocupó el último lugar. La mejoría se midió en forma exacta, con medidas precisas de recuperación, socialización y vocalización. Se siguió a los pacientes durante 6 meses, y los resultados persistieron. Parecería que la TC sólidamente fundamentada en investigaciones de laboratorio, fuera la solución a los innumerables problemas planteados por la psicosis.

REFERENCIAS

- AYLLON, T. Some behavioral problems associated with eating in chronic schizophrenic patients. En L. P. Ullman & L. Krasner (Eds.), *Cases studies in behavior modification*. New York: Holt, 1965, 73-77.
- AYLLON, T. & AZRIN, N. *The token economy*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.
- AYLLON, T. & HAUGHTON, E. Control of behavior of schizophrenic patients by food. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 1962, 5, 343-352.
- AYLLON, T. & HAUGHTON, E. Modification of symptomatic verbal behavior of mental patients. *Behavior Research and Therapy*, 1964, 2, 87-97.
- FRANKS, C. M. Conditioning and abnormal behavior. En H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*. London: Pitman, 1960, 457-487.

- KING, G. F., ARMITAGE, S. & TILTON, J. *A Therapeutic approach to schizophrenics of extreme pathology*. *Journal of Abnormal & Social Psychology*, 1960, 61, 276-286.
- LANG, P. J. & BUSS, A. H. Psychological deficit in schizophrenia. II. Interference and activation. *Journal of Abnormal Psychology*, 1965, 70, 77-106.
- MAY, P. R. A. *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. New York: Science House, 1968.
- MIRSKY, A. F. Neuropsychological bases of schizophrenia. *Annual Review of Psychology*, 1969, 20, 321-348.
- YATES, A. J. *Behavior therapy*. New York: Wiley, 1970.