

“Cómo un trabajo de verano cambió mi vida”

Teodoro Ayllon Ph.D.

El tiempo lo es todo o casi todo. En mi caso (en 1958) me encontraba buscando un trabajo de verano como psicólogo de posgrado para poder volver a la escuela y terminar mi programa doctoral en la Universidad de Houston. Lo siguiente que ocurrió es que me encontré a mí mismo trabajando en un hospital psiquiátrico, observando pacientes en diferentes salas y situaciones. No me tomó mucho tiempo darme cuenta de la naturaleza repetitiva del comportamiento diario de los pacientes, un hecho que no era sorprendente para el personal del hospital. Lo que fue a la vez intrigante y contrario a las enseñanzas sobre los impulsos o necesidades básicas, fue el descubrimiento de que había pacientes que persistían en su negativa a comer.

El caso de “dame de comer en la boca o no comeré”

Mary (de 42 años) se negaba a comer. Había tenido un problema de alimentación desde su ingreso al hospital siete meses antes. Cuando se le preguntó por qué no comía, se quejó de que la comida estaba envenenada; otras veces dijo ser diabética y que no podía comer lo que le daban. El personal del hospital pasó mucho tiempo tratando de razonar con ella y convencerla de comer, pero se mantuvo firme ante cualquier petición. Ella se negaba a comer. Como el personal no pudo convencerla de que la comida no estaba envenenada y que tampoco era diabética, encontraron una solución práctica para asegurarse de que Mary estuviera bien nutrida: ¡Le daban de comer con cuchara en la boca todas sus comidas! Esta rutina diaria fue exitosa ya que permitió al personal cumplir con los estándares hospitalarios de cuidado al paciente. El problema era que después de unos cuantos meses de ser alimentada de esta manera, esporádicamente se rehusaba a abrir la boca para alimentarse o ser alimentada. En otras palabras, era



complicado saber de manera confiable cuando volvería a comer. En el pasado, el personal de enfermería había usado una sonda de alimentación, pero sin éxito apreciable.

Mary era una persona retraída, tímida, reservada en sí misma, y rara vez participaba en las actividades de la sala del hospital, ni parecía preocupada por abandonar el hospital, ni siquiera para alguna visita. En palabras de la jefa de enfermeras, “Ella no se preocupa por nada excepto por mantener su ropa limpia y bonita”, así que decidí probarlo. De hecho, Mary era bastante exigente con su ropa, la cual lavaba y planchaba con esmero, y guardaba ordenadamente en su buró. Fue este contexto el que me llevó a diseñar un tratamiento de intervención que pudiera motivar a Mary a alimentarse por sí misma.

¿Cuál fue el tratamiento?

Debido a que Mary permitía que el personal del hospital la alimentara en la boca como si fuera una bebé, sugerí que continuaran haciéndolo, pero de una manera menos eficiente, lo que provocaba que dos o tres gotas de comida cayeran accidentalmente sobre su vestido. El personal no debía anunciar su nueva rutina de exagerar en sus “accidentes”. Al hacerlo de esta manera, Mary quedó a salvo de cualquier tipo de ansiedad por anticipación de la nueva situación. Para disipar la incomodidad del personal con esta manera de proceder, señalé que cuando se alimenta con cuchara a un bebé, incluso las madres cariñosas no pueden evitar los derrames de alimento. La idea era mantener las cosas “al natural” o tan cerca de la realidad como fuera posible. Adivinen que ocurrió cuando algunas gotas de comida cayeron sobre el vestido de Mary durante los primeros dos días de tratamiento. Mary parecía molesta, vaciló por un minuto, pero permaneció sentada en la mesa hasta que el personal continuó



alimentándola hasta el terminar la comida. Entonces, sin decir una palabra, se levantó, salió del comedor y se dirigió al baño para lavar su vestido, secarlo, plancharlo, doblarlo y guardarlo en su cómoda. Luego de algunas comidas, se observó que Mary repetía la misma reacción ante los derrames de alimento.

Me preocupé en este momento porque pensé que Mary encontraría rápidamente una manera de alimentarse, pero no lo hizo. Por el contrario, parecía hacer frente a la molesta e inconveniente rutina de comida a pesar de que ello exigía mucho trabajo de su parte para mantener limpia su ropa. Hasta ese momento parecía que Mary se estaba adaptando a esta situación, o que posiblemente su estado mental estaba empeorando. Cualquiera de esas situaciones podía hacer que fuera más difícil ayudarla a comer normalmente. Estaba preocupado. Después de todo, yo nunca había trabajado con este tipo de problemas. La pregunta era ¿Cuánto tiempo podría el personal continuar con estos derramamientos “accidentales”? Dicho de otra manera, ¿Debía suspenderse el tratamiento? Les diré lo que pasó, pero primero tienen que conocer el contexto dentro del cual operaba la psicología en ese tiempo.

Yo estaba en el colegio de posgrado en la Universidad de Houston y acababa de completar los habituales cursos básicos en teorías psicológicas, historia de la psicología, etc. y francamente estaba bastante desencantado con la psicología en general. Para aliviar la desilusión tomé un curso sobre Jean Paul Sartre y existencialismo en el departamento de filosofía. Realmente disfruté el curso y al excelente profesor que lo dirigió. El siguiente semestre tomé el curso obligatorio sobre teorías de aprendizaje impartido por Jack Michael. Encontré su estilo de enseñanza bastante diferente. Era muy estructurado, comenzando y deteniendo sus conferencias en el momento preciso. Usaba un temporizador de los que se encuentran en los laboratorios de investigación. Entraba a la clase y detenía su conferencia tan pronto como se agotaba el tiempo con



un ruidoso timbre. Me intimidaba un poco su estilo, además del hecho de que no parecía interesado en discutir sobre el tipo de psicología al que yo había estado expuesto. Estableció interesantes puntos para introducir una forma alternativa de abordar los problemas, pero no insistiría en que él tenía la razón; más bien, abandonaría la discusión o la especulación con “esa es una pregunta empírica.” También enfatizaba la teoría del aprendizaje de Skinner. Enseñaba esta nueva, inusual y bastante técnica, teoría del aprendizaje refiriéndose constantemente a la investigación animal como la base de los principios del aprendizaje. La investigación de laboratorio incluía ratas o pichones, pero la metodología operante discrepaba en gran medida del habitual abordaje experimental de la época. Es cierto, la literatura relevante para estudiantes del área aplicada de la psicología incluía títulos como manipulación experimental de la conducta verbal; reforzamiento de declaraciones de opinión; reforzadores sociales como condiciones de estímulo, y similares. Típicamente, la conducta estudiada era la conducta verbal. En general, los sujetos de estos estudios eran estudiantes universitarios. Para los estudiantes con intereses clínicos, la teoría del aprendizaje de Skinner parecía demasiado académica y tangencial a sus intereses; aun así, lo que surgió de estos estudios fue que los adultos son reforzados por la atención y aprobación social, incluso cuando esto parecía trivial.

Personalmente, encontré esta teoría bastante simple e ingenua en lo que respecta a su relevancia clínica. Después de todo, yo había pasado un año y medio trabajando con esquizofrénicos, pacientes con retardo mental, e incluso con criminales enfermos mentales alojados en una sala de seguridad de un hospital psiquiátrico. En resumen, no creía que se pudiera ayudar a los enfermos mentales empleando este enfoque. Aun así, lo que encontré más estimulante es que el enfoque permitía verificar si la teoría funcionaba mediante la observación de una unidad de conducta observable antes y después de la introducción de algún evento conocido. Como estudiante, me gustó esa



idea en lugar de simplemente confiar en la sabiduría clínica de los gurús -Freud y los sospechosos habituales- o en las complejas teorías del aprendizaje que involucraban investigación biológica o aproximaciones matemático-deductivos. Los complejos modelos estadísticos que enfatizan grandes muestras de individuos tampoco me ayudaron porque no podía comprender cómo se podía emplear un tratamiento que era estadísticamente significativo, pero poco viable como una práctica herramienta clínica (Podría decirse que tenía problemas con las teorías psicológicas).

Me considero afortunado porque como parte de sus esfuerzos para dar a los estudiantes la experiencia de la investigación con el enfoque operante, Jack Michael me pidió observar a un niño de cinco o seis años comportarse a través de un espejo unidireccional. El niño se encontraba en un pequeño cubículo tirando de un émbolo para obtener algunas baratijas entregadas a través de un dispensador. Realmente no reparé mucho en todo eso. Luego, se volvió hacia mí y me preguntó si podía hacer que el niño tocara la pared y entonces entregarle una baratija presionando un interruptor. Esperé hasta que su mano estuviera cerca de tocar la pared y presioné el interruptor que entregaba la baratija. Jack continuó pidiéndome que dirigiera gradualmente la mano del niño en una dirección particular, y luego que “moldeara” el toque de la mano en la pared hacia una altura mayor. De alguna manera, noté que el niño tocaba la pared gradualmente como si le hubiera “pedido” que lo hiciera. Pensé que era raro, pero estaba impresionado. En ese momento no entendí completamente las implicaciones de la técnica. Todavía no pensaba que fuera particularmente más interesante que un pequeño truco. Es irónico que, con el tiempo, basaría mi orientación en las enseñanzas de Jack Michael. Estoy en deuda con él. Realmente me salvó de tener una vida profesional insatisfactoria.



En la primavera de 1958, mi amigo de la Universidad de Kansas, Bob Sommer se encontraba trabajando como investigador en Canadá. Me dijo que yo podía conseguir un trabajo de verano en el mismo hospital psiquiátrico donde él trabajaba, a saber, el Hospital de Saskatchewan. Me han preguntado muchas veces por qué alguien en la administración de un hospital psiquiátrico haría caso de un estudiante universitario partidario de una teoría psicológica que era en gran medida controvertida en el ámbito académico. Se los diré. Sucedió de esta manera.

El día que llegué a Weyburn, donde se encontraba el hospital, Bob estaba invitado a cenar en casa del Dr. Humphrey Osmond, Super intendente del hospital, quien gentilmente extendió la invitación para incluirme. Luego de charlar con mi amigo Bob, me enteré de que el Dr. Osmond era un psiquiatra formado en Gran Bretaña que apoyaba la investigación en el hospital. Durante la cena, me las arreglé para describir la investigación de Ogden Lindsley en el Metropolitan State Hospital en Massachusetts. Lindsley empleó metodología operante en el estudio del comportamiento psicótico. Ciertamente, dicha investigación se limitó en gran medida al laboratorio de investigación humana. Específicamente, un paciente psicótico fue llevado a una pequeña habitación donde una especie de máquina expendedora le entregaba varias recompensas contingentes con el tirar de un émbolo. Esta respuesta, el tirar del émbolo, fue registrada automáticamente y estudiada bajo distintas condiciones. Los datos de Lindsley sugirieron que el sujeto respondió de una manera bastante organizada cuando sus acciones dieron como resultado algún tipo de recompensa. Pensé que podríamos explorar la utilidad de tal enfoque con pacientes que eran altamente resistentes a los tratamientos convencionales. El Dr. Osmond estaba sumamente entusiasmado y al final de la cena me dio lo que equivalía a un cheque en blanco para peinar el hospital en busca de pacientes que pudieran beneficiarse de un tratamiento conductual.



Al día siguiente recorrí las salas del hospital en busca de pacientes cuyo comportamiento fuera altamente perturbador y desafiara los esfuerzos realizados por el personal de hospital para desarrollar y mantener un comportamiento socialmente aceptable. La mayoría de las veces, el personal y yo coincidíamos en la selección de los pacientes. Sabía que era imposible saber realmente qué estaba mal con un determinado paciente. Por lo tanto, me limité a buscar pacientes cuyos patrones de comportamiento fueran a la vez observables y persistentes. En resumen, este comportamiento permitía al observador contarlos o medirlos de alguna manera. Encontré pacientes que cumplían con estas características. Lo que realmente fue un descubrimiento para mí fue que, de hecho, pude observar directamente el patrón estereotipado de comportamiento de los pacientes en el contexto de su interacción con el personal del hospital. Es decir, noté que había algo en esa interacción que parecía afectar lo que estaba ocurriendo. En realidad, cuando se producía el comportamiento preocupante, el personal intentaba corregirlo hablando con el paciente, y si esto no funcionaba, adoptaban un papel más activo para prevenir la aparición de dicha conducta. Debido a ello, me enfoqué en lo que el personal hacía justo antes y justo después de que se producía el comportamiento del paciente.

¿Recuerdan a Mary? Ella se negaba a comer y dependía del personal del hospital para alimentarla. Mi sugerencia de derrames de comida “accidentales” provocó inicialmente que Mary se levantara de la mesa y llevara su ropa al baño para lavarla, secarla y guardarla. Repitió el mismo patrón de respuesta ante los derrames en las comidas siguientes. Algunas comidas después, mientras me debatía en cómo mejorar el tratamiento o si debía interrumpirlo, Mary reaccionó a los derrames de comida de una manera que no se había visto antes. Interrumpió al personal cuando le daban de comer y les preguntó enojada “Idiotas ¿no pueden hacerlo mejor que eso?” a lo que el personal respondió “Disculpa, pero no es fácil alimentar en la boca a un adulto”. Luego,



Mary tomó la cuchara, arrebatándosela al personal, y comenzó a alimentarse por sí misma. En el doceavo día de tratamiento, ella tomó sus alimentos sola por primera vez. Poco después de eso, se sentó en la mesa y comenzó a comer sin ayuda. Para entonces el personal ya estaba entrenado para reforzar la autoalimentación sentándose a su lado y manteniendo una ligera conversación sobre cualquier tema que no fuera comida. ¡Luego de un mes ella pedía doble ración de comida! Dos meses después de la introducción del tratamiento conductual, la familia de Mary la visitó en el hospital y la llevó al centro de la ciudad para comer. Al regresar al hospital, su esposo le dijo a la jefa de enfermeras que no había visto a Mary comer tan bien en todas sus visitas previas al hospital. Inmediatamente hizo los arreglos para que Mary volviera a su hogar. El día de su partida, Mary pesaba 54 kgs, una ganancia de 9 kg sobre su peso previo al tratamiento de 45 kg. Huelga decir que yo estaba encantado con este gran cambio en la vida de Mary en el hospital. Esa experiencia me dio confianza para buscar problemas del personal relacionados con la comida.

El caso del “servicio a la habitación de John”

Ese verano aprendí mucho de otro paciente cuyo comportamiento fue más difícil de enfrentar para el personal del hospital. John insistía en quedarse en la cama y se convirtió en un paciente muy exigente y verbalmente abusivo con quien se encargaba de llevarle la comida al cuarto. Durante los últimos años, a menos que el personal le sirviera la comida en una bandeja especial que el mismo había comprado, se negaba a comer.

Con base en su entrenamiento psiquiátrico, el personal del hospital trató de emplear la lógica, el razonamiento y el “aceptar y no juzgar” en un esfuerzo por persuadir a John de tomar sus alimentos en el comedor. Cuando el personal del hospital psiquiátrico no



cumplía con sus exigencias, John se tornaba furibundo y verbalmente agresivo al grado que en algunas ocasiones arrojó lo que tenía al alcance de la mano al personal, incluyendo un plato de comida mientras gritaba que odiaba la comida que le habían dado. Con el tiempo, el personal del hospital simplemente se ajustó a sus demandas. Los archivos del pabellón indicaban que John había sido ingreso en la unidad médica, pero su problema médico se había resuelto años atrás. Cuando llegó el momento de transferirlo, causó tanto alboroto que decidieron esperar hasta que mejorara. De alguna forma John había permanecido en una habitación individual durante aproximadamente 10 años negándose a ser transferido; pasaba el tiempo en cama disfrutando su privacidad y el servicio a la habitación.

¿Cuál fue el tratamiento?

Mi plan terapéutico consistió en rediseñar la reacción del personal hacia las demandas de John, de tal manera que gradualmente lo motivaran a comer en el comedor con el resto de los pacientes. Con esta finalidad, el personal del hospital fue entrenado para continuar con el “servicio a la habitación” excepto por un importante detalle: el personal debía colocar su bandeja sobre la mesa de noche junto a él y no sobre la cama; también se les ordenó que abandonaran la habitación tan pronto como entregaran la comida. Esto permitió al personal mover gradualmente la mesa de noche hacia la puerta y fuera de la habitación en cada entrega de comida. Las primeras comidas servidas en la mesa de noche provocaron algunos comentarios furiosos y agresivos de parte de John; levantó la voz y ordenó que le sirvieran la comida como se suponía que debían hacerlo. Como el personal del hospital salía de la habitación tan pronto como colocaban la bandeja sobre la mesa, él básicamente gritaba y discutía sin una audiencia que reaccionara a su lenguaje abusivo. Después de esperar por un breve periodo, John salía de la cama, tomaba la bandeja consigo y la colocaba para poder comer en la cama. Algunas



comidas después, al tiempo que la mesa de noche (con la comida) continuaba moviéndose hacia la puerta, se observó a John salir de la cama murmurando, caminar hacia la puerta para recoger la bandeja de comida (a unos 2 metros y medio de distancia) y caminar de vuelta a la cama para disfrutar su comida. Gradualmente, la mesa de noche con la bandeja de comida llegó a la puerta del pasillo (a unos 4 metros y medio de su cama) y John se levantaba de la cama, caminaba hacia la mesa de noche, tomaba la bandeja, regresaba a la cama y comía. Ya no exigía ni protestaba como lo hacía antes de esta intervención. Simplemente se ajustó a la nueva rutina. Días más tarde, cuando se dirigía hacia la puerta para recoger su bandeja de comida, el personal le informó que su bandeja lo estaba esperando en el comedor. John no se enojó, y caminó hacia el comedor. Desde ese momento en adelante tomó sus comidas con el resto de los pacientes. Semanas más tarde, también cooperó con su traslado de la unidad médica a un pabellón regular.

Para ese entonces, llegué a observar literalmente los efectos terapéuticos del rediseño de las interacciones sociales naturales que a menudo facilitan o refuerzan ciertas conductas que se convierten en problemas tanto para el individuo como para quienes cuidan de él. También descubrí que los trabajadores del hospital son las personas más indicadas para alentar a los pacientes a iniciar o disuadir ciertas acciones. Después de todo, pasan más tiempo con ellos y los observan a través de una gran variedad de situaciones. En ese sentido, actúan como ingenieros del comportamiento facultados para producir cambios en la conducta de los pacientes.

Lo que fue nuevo para mí fue la genuina reacción positiva del personal ante los cambios observables en el comportamiento en estos pacientes difíciles. Algunos miembros del personal que conocían a dichos pacientes, pero que ahora trabajaban en salas



diferentes, me detenían en el pasillo o en la cafetería para confirmar los detalles de lo que habían escuchado de otros miembros del personal del hospital.

Con base en mi trabajo de verano, y armado con mi reluciente Ph.D. en psicología clínica de la Universidad de Houston, me ofrecieron un trabajo de ensueño: dirigir una unidad de investigación con 40 pacientes como investigador principal de “aplicaciones clínicas del condicionamiento operante” bajo una subvención de investigación de dos años (1959-1961) patrocinada por la Commonwealth y el hospital de Saskatchewan.

Aquel fue un magnífico momento para aprender cómo se comportan los enfermos mentales cuando el entorno social, a través de bien intencionados esfuerzos, aumenta o mantiene ciertos comportamientos sintomáticos. Permítanme describir un par de estos estudios.

El caso de “buscando amor en lugares equivocados”

Serena era una paciente esquizofrénica de 47 años que había estado hospitalizada durante nueve años. Durante ese tiempo ella presentó un problema práctico al personal del hospital. Específicamente, acaparaba una gran cantidad de toallas y las mantenía cuidadosamente apiladas sobre la cómoda de su habitación. Conseguía esto asaltando el armario de toallas del pabellón. Con el tiempo, el personal comenzó a cerrar el armario, pero de alguna manera ella seguía entrando en él. En otras ocasiones, irrumpía en las habitaciones de otros pacientes en busca de toallas. El personal del hospital había probado varias maneras de desalentar este acaparamiento, pero todo fue en vano. Muchos de los miembros del personal compartían la idea de que el acaparamiento reflejaba una profunda necesidad psicológica de amor. Finalmente, idearon una rutina para mantener su acumulación al mínimo: quitaban las toallas de su



habitación dos veces por semana, pero ella protestaba y se molestaba cuando esto ocurría. Y la acumulación de toallas continuó. Debido a que remover las toallas no funcionó, el personal estuvo listo para probar algo que no había intentado antes. Me pregunté si el valor de las toallas cambiaría si estuvieran más al alcance. Después de todo, las personas que disfrutan de comer mucho pavo el día de acción de gracias pierden el interés en comerlo si continúan sirviéndoselos en muchas comidas continuas.

¿Cuál fue el tratamiento?

Me pregunté qué pasaría si en lugar de quitarle las toallas, el personal se las entregara en su habitación. Ciertamente no lo sabía. El personal comenzó a entregarlas a Serena en paquetes de tres a cinco toallas varias veces al día. Cuando tuvo alrededor de 100 toallas muy bien apiladas en su cómoda, era la imagen de la felicidad. Serena daba la bienvenida al personal cuando entraban en la habitación llevando más toallas y les agradecía profusamente. De vez en cuando, se le observaba acariciando sus mejillas con las toallas. Esto continuó hasta que la cantidad de toallas apiladas ascendió a 400. Algunas veces señalaba al personal dónde quería que las guardaran; en su buró, en una mesa, en una silla. Pero todo estaba ordenado. Para cuando tuvo 400 toallas en la habitación, esta se volvió caótica. Ya no estaban bien arregladas, sino que estaban desparramadas sobre el suelo o sobre su cama; no podía acostarse en la cama debido a la cantidad de toallas almacenadas en ella. Aun así, las toallas seguían siendo entregadas y ella comenzó a gritarle al personal “dejen de traer más toallas” Como el personal seguía instrucciones de continuar con su labor sin discutir ni argumentar, ella llegó a tener 650 toallas. Gradualmente Serena se ocupó activamente de sacarlas de su habitación. Cuando vio que las toallas permanecían fuera de la habitación y que no le entregaban más, aumentó el número de toallas que arrojó fuera de su cuarto. Al final



de 10 semanas, ya no almacenaba toallas. En cierto sentido, el valor de las toallas pareció cambiar una vez que tuvo 650 toallas en su cuarto. En 10 semanas de tratamiento conductual pasó de 20 a 30 toallas al día a sólo dos por día. El trasfondo de ese caso fue que tuve que hablar con la gente de mantenimiento para que me dejaran las toallas durante un periodo de tiempo que parecía extenderse y, desde luego, yo no tenía ni idea de cuanto tardaría Serena en renunciar a su acaparamiento. Cuando alcanzamos la cuenta de 500 toallas en su habitación, yo realmente tenía que parecer seguro sobre el programa terapéutico. Afortunadamente, para aquel momento había sido capaz de demostrar que el enfoque había ayudado en muchos casos difíciles y me dieron una mayor libertad de acción para hacer mi trabajo.

El caso de “Tiempo y espacio alterados en la enfermedad mental”

Me percaté que a menudo el personal del hospital se ocupaba en acompañar y asistir a pacientes que eran demasiado incoherentes o mentalmente perturbados como para poder ocuparse de alimentarse por sí mismos. El tratamiento típico para tales pacientes consistía en recordatorios, persuasión y finalmente acompañarlos al comedor para que tomaran sus alimentos. Algunos de estos pacientes habían sido alimentados en la boca por el personal, por medio de sondas alimentarias o recibían terapia de electroshocks cuando persistían en su negativa para comer. Como este tipo de asistencia no funcionaba, se suspendió a petición mía.

¿Cuál fue el tratamiento?

Sin ningún aviso especial, cuando se anunciaba que era la hora de comer, se abría la puerta del comedor y se daba a los pacientes la responsabilidad de tomar sus alimentos sin ayuda o coacción. Al cabo de 30 minutos, la puerta del comedor se cerraba. La



eliminación de toda asistencia a la hora de comer resultó en pacientes cada vez más conscientes y responsables en lo relacionado con tomar sus alimentos. La pregunta era si los pacientes podrían aprender a ajustar sus idas al comedor si el acceso al mismo se reducía de 30 a 20 minutos. La respuesta fue un rotundo ¡Sí! Debido a que la mayoría de los pacientes mantuvieron un comportamiento de alimentación estable, el tiempo se redujo gradualmente a 15 minutos y finalmente a 5. Los pacientes aprendieron a cumplir con los diferentes criterios de tiempo sin ningún tipo de ayuda, lo que sugiere su capacidad de adaptación y afrontamiento ante los cambios graduales en sus condiciones inmediatas de vida.

Posteriormente, en un esfuerzo por explorar el alcance de las habilidades de aprendizaje de los pacientes, dos nuevos criterios, uno a la vez, fueron agregados. En el primero, a los pacientes se les dio una moneda de un centavo justo antes de cada comida y se les instruyó a “depositar la moneda en el bote de recolección, por favor” El bote de recolección se colocó en la puerta del comedor, y para entrar en el comedor era necesario depositar la moneda en él. Los pacientes aprendieron esta respuesta motora al tiempo que se mantuvieron dentro del límite de 5 minutos para acceder al comedor. Inicialmente algunos pacientes preguntaron cómo adquirir las monedas a pesar de que les habían dado monedas en sus habitaciones momentos antes. A estos pacientes se les pidió que volvieran a sus habitaciones para obtener sus monedas. En una ocasión, un paciente ayudó a otro “prestándole” una moneda. Estos rudimentarios esfuerzos sociales fueron explorados más a fondo en el estudio posterior.

El siguiente criterio condujo a que la adquisición de las monedas dependiera de una respuesta social cooperativa entre dos pacientes. Para este propósito una mesa con un botón en cada extremo y una luz roja y un timbre en medio, se instalaba al lado de la puerta del comedor antes de la hora de la comida. Cuando los dos botones se



presionaban simultáneamente, la luz y el timbre se activaban. Sin embargo, cuando sólo se presionaba uno de los botones la luz y el timbre permanecían apagados. Una persona no podía presionar ambos botones al mismo tiempo porque estaban separados 8.5 metros entre sí. Cuando dos pacientes presionaban los botones al mismo tiempo, se encendían la luz y el timbre y el personal del hospital entregaba una moneda a cada “compañero”. Los pacientes aprendieron la respuesta social cooperativa necesaria para obtener la moneda que, una vez depositada en el bote de recolección, permitía la entrada al comedor mientras se encontraban dentro del límite de tiempo de 5 minutos. Los pacientes que previamente habían requerido de arreglos especiales para asegurar que tomaran sus alimentos no presentaron un problema especial cuando el criterio de tiempo para acceder al comedor fue reducido de 30 a 5 minutos, o incluso cuando el acceso al comedor requería una moneda obtenida a través de una respuesta cooperativa.

Estos resultados indicaron que el criterio de tiempo no condujo a confusión o aumento del comportamiento psicótico como lo temía el personal del hospital. En cuando a las monedas, ninguno de los pacientes se las tragó. Tampoco las tiraron ni las desecharon por el inodoro requiriéndose reparaciones de plomería. En general, los pacientes se ajustaron a los cambios en su entorno que requerían una mayor actividad cognitiva y física que la que habían realizado previamente.

Lo que fue sorprendente para mí y para el personal del hospital fue que los pacientes que anteriormente permanecían inactivos y prácticamente mudos se volvieron enérgicos y comunicativos para superar la reiterada dificultad de obtener acceso a su refuerzo habitual. En esos momentos, los pacientes parecían recurrir a las habilidades verbales que todavía poseían para reevaluar su situación.



Algunas conclusiones de mis primeras aplicaciones

Mis casi tres años de experiencia en aplicaciones conductuales en un hospital psiquiátrico canadiense me enseñaron cosas que fueron críticas para mi futura carrera profesional:

1. Aprendí mucho acerca de la organización de un hospital dirigiendo el tratamiento terapéutico de una unidad compuesta por 40 pacientes. También aprendí a escuchar las preocupaciones del personal y hablar con ellos en un lenguaje que minimizaba las nociones abstractas y enfatizaba acciones que podían ser supervisadas o monitoreadas.
2. Sin planificación alguna, descubrí por mí mismo que las características de la interacción paciente-personal involucraban lo que el personal hacía o decía antes y después de las acciones del paciente.
3. Cualquier cosa que haga un paciente, a menudo afectará a los miembros del personal cuya reacción a su vez, aumentará, disminuirá o mantendrá el patrón de comportamiento del paciente.
4. Pedir al personal que brinde información relacionada con los gustos de los pacientes ayuda a incrementar la disposición del paciente para comportarse.
5. Las recompensas simbólicas (como las monedas) que pueden intercambiarse por artículos de interés para el paciente son útiles.



6. No todo el comportamiento de los pacientes en un hospital psiquiátrico está directamente relacionado con su padecimiento mental. Cualquier conducta idiosincrática o inusual puede ser rápidamente reforzada e incrementarse si se convierte en el foco de atención del personal.

Cómo llegué a trabajar con Nate Azrin

Como mi subvención de investigación estaba llegando a su fin, Israel (Izzy) Goldiamond me instó a reunirme con Nate Azrin. Poco después acepté la oferta de trabajo de Nate para realizar investigación clínica en el Hospital Estatal de Anna en Carbondale, Illinois. Yo era el único que, por formación y experiencia clínica, estaba listo para establecer un pabellón de investigación de líneas conductuales con énfasis en la aplicación del condicionamiento operante en el comportamiento de pacientes con enfermedades mentales internados en un hospital psiquiátrico. Eso fue en la primavera de 1961.

Nate era reconocido como un investigador cuidadoso y creativo que trabajaba en la vanguardia del análisis experimental del comportamiento. Fue el director/administrador de un programa de investigación de la conducta de organismos inferiores (ratones, ratas, palomas, serpientes, monos y otras especies) bajo una variedad de condiciones ambientales. Uno de los intereses principales de Nate y sus asociados consistía en identificar las características funcionales de castigar eventos y cómo estas características podían cambiar y pasar de castigar a señalar condiciones reforzantes. La investigación se apoyó por completo en equipo electrónico para definir las características de los eventos que precedían y seguían a patrones de conducta similarmente definidos y debidamente registrados. Hasta que trabajamos juntos, Nate no había realizado trabajos clínicos en el hospital. Yo, por otro lado, nunca había realizado ninguna investigación con animales.



Debido a que el personal del Laboratorio de Investigación Conductual se estaba divirtiendo haciendo investigación con animales, pensé que también yo lo disfrutaría mientras esperaba los cambios que se realizarían a una unidad que sería la de investigación clínica. Un par de semanas después, Nate me vio trabajando con una paloma, y al escuchar mi explicación, se tomó un minuto y con mirada perpleja, sacudió la cabeza, tomó un sorbo de su siempre presente taza de café, y me preguntó por qué quería hacer eso. El simplemente no parecía entender. Finalmente, y con calma me dijo algo así como “Ted, todos aquí son buenos haciendo investigación básica, pero tú eres el único aquí que es bueno con las cosas aplicadas.” Las palabras de Nate me tranquilizaron. Devolví la paloma y nunca miré hacia atrás. Simplemente dejé de hacer algo para lo que no estaba realmente preparado.

Mientras esperaba que el pabellón de investigación estuviera listo, tuve tiempo para repasar los datos que había recogido en Saskatchewan. Mi rutina consistía en mostrar a Nate borradores de mi trabajo para sus comentarios y sugerencias. Por lo general, cuando leía un borrador determinado, Nate se detenía para hacer preguntas sobre la metodología y también sobre los detalles de los procedimientos que involucraban el trabajo del personal del hospital, así como de la reacción de los pacientes a dichos procedimientos. Así fue como Nate se familiarizó con los detalles de mi trabajo clínico en Canadá. Como nos reuníamos casi todos los días durante aproximadamente una hora, la sofisticación metodológica y la experiencia editorial de Nate fueron fundamentales para ayudarme a revisar y volver a escribir trabajos para enviarlos a revistas especializadas. Fue durante este periodo que me enseñó cómo mostrar datos en un estilo más atractivo y visualmente convincente. Además, me enseñó a que escribir un documento orientado a los datos funcionaba mucho mejor si comenzaba escribiendo primero los resultados, luego la metodología y por último la introducción y la discusión.



Yo había estado escribiendo laboriosamente de la manera exactamente opuesta a la que él me sugirió.

En nuestras discusiones, Nate me hizo consciente de que mi trabajo se había centrado en el comportamiento problemático y que sería útil centrarse en el comportamiento apropiado para reforzar. Y eso fue lo que decidimos hacer. El problema es que el comportamiento apropiado no es fácil de definir en un lugar como un hospital psiquiátrico. Es más fácil estar de acuerdo sobre lo que hacen los pacientes que es inapropiado o inusual. Nos llevó algo de tiempo, pero finalmente nos dimos cuenta de que las actividades relacionadas con el trabajo del personal en el pabellón representaban el comportamiento normal que estábamos buscando. Ahora nuestra colaboración estaba clara: contribuí con la experiencia de las aplicaciones clínicas y Nate contribuyó con el rigor metodológico de nuestra investigación. Y entonces lanzamos la economía de fichas.

Definiendo el comportamiento normal en el hospital psiquiátrico

El autocuidado era un problema con el que el personal tenía que trabajar diariamente. Los pacientes no se ocupaban de su higiene incluyendo el cepillarse los dientes, bañarse y vestirse. Por ejemplo, muchas de las pacientes se paseaban desnudas por la unidad y era necesario que los asistentes las vistieran. Otros necesitaban asistencia constante para asegurar que se bañaran. Parecía que los comportamientos apropiados relacionados con la higiene (e.g. bañarse, y vestirse) eran un punto de partida para reforzar el comportamiento normal. Cuando las pacientes fueron reforzadas por usar ropa, incluyendo ropa interior y sujetadores, hubo algunos casos en que se cumplieron los requisitos formales, pero no exactamente. Por ejemplo, había pacientes que llevaban el sujetador encima del vestido. Otra que usaba el vestido al revés. Otra más



que llevaba su ropa interior en una caja de zapatos para mostrar al personal que cumplía con el requisito para conseguir una ficha. Días más tarde la mayoría de las pacientes aprendieron la “moda” requerida para conseguir reforzamiento.

Si bien eso funcionó bien, esta clase de comportamientos eran limitados. Nos tomó algo de tiempo darnos cuenta de que, en el contexto de un hospital psiquiátrico, el comportamiento normal es aquel que exhibe el personal del hospital en el curso de su trabajo diario. Organizamos reforzadores simbólicos (fichas) para los pacientes que ayudaban en las actividades de oficina, en la lavandería del hospital, y en la realización de tareas domésticas como la limpieza, lavar platos y cosas por el estilo.

En primer lugar, tuvimos que descubrir cómo medir el comportamiento normal cuando el paciente exhibía dos o más conductas en una sola “toma” Por ejemplo, un paciente hablaba con Jesucristo mientras realizaba una tarea doméstica asignada. Otra paciente estaba afanada en alguna tarea doméstica que comenzaba y se detenía en una especie de proceder entrecortado sin terminar nunca la tarea sin motivo aparente. De mi investigación previa en Canadá, estaba claro que los pacientes con enfermedades mentales podían aprender a cumplir con requisitos temporales estrictos para obtener reforzamiento. La solución a la que llegamos fue reforzar la finalización de una tarea determinada dentro de un límite de tiempo determinado. Efectivamente, los pacientes ahora aprendieron a realizar muchos de los trabajos domésticos dentro de los límites de tiempo establecidos. Las observaciones periódicas indicaron que, en su mayoría, los pacientes aprendieron a realizar muchos de los trabajos domésticos de manera oportuna cuando ganaban fichas por ello.

Algunas interesantes interacciones tuvieron lugar entre los pacientes y el personal cuando se dijo a los pacientes que continuarían recibiendo fichas durante un periodo



de vacaciones en el que no tendrían que trabajar a menos que quisieran hacerlo. Los primeros días, los pacientes acudieron a la estación de enfermeras como de costumbre para su asignación de labores. Algunos preguntaron si había un pago extra si trabajaban, pero se les dijo que no lo habría. “¿Quieres decir que no me darán fichas adicionales por trabajar? No lo haré entonces. Puede que esté loco, pero no soy estúpido.” Algunos simplemente se marcharon sin decir una palabra y regresaron a sus habitaciones. A medida que pasaron los días algunos pacientes no se levantaban por la mañana y decidían quedarse en cama. Cuando el personal vino para anunciar a los pacientes que iban a obtener sus fichas durante las vacaciones, algunos pacientes se limitaron a señalar su mesa de noche y dijeron “Sólo pon mi dinero (fichas) allí.” Lo que alarmó al personal fue la posibilidad de que los pacientes esperaran a que simplemente se les pagara sin tener que volver a trabajar. Sin embargo, cuando se reestablecieron las contingencias del trabajo remunerado, tomó solo un día para que los pacientes volvieran a trabajar. Recuerdo mirar las bitácoras, los datos mostrando el número de horas que los pacientes trabajaban cada día y cayendo en la cuenta de que esa era la primera vez que los efectos del refuerzo no-contingente se habían establecido en esta escala con una población que se consideraba mentalmente indispuesta para lidiar con la realidad. Al final de cuentas, esto no era una teoría. El comportamiento era susceptible de ser modificado, y las consecuencias ambientales eran la clave para comprender la naturaleza del cambio conductual.

Nate y yo estábamos más interesados en desarrollar técnicas que fortalecieran al medio ambiente como una importante fuente de motivación para los pacientes. Además, se desarrollaron técnicas específicas para enseñar nuevas habilidades a los pacientes, así como para exhibir dichas habilidades en entornos o contextos novedosos que fueran distintos de aquellos en los que las habilidades habían sido establecidas. Cabe señalar que las habilidades enseñadas a los pacientes correspondían a las que habían sido



realizadas previa o normalmente realizadas por el personal del hospital. A su vez, los deberes del personal involucraban principalmente funciones de supervisión, es decir, supervisar el desempeño de un paciente y producir el intercambio de fichas. En efecto, una vez que identificamos el comportamiento o la habilidad era posible enseñarla y recompensarla con fichas, las cuales podían intercambiarse por una amplia gama de elementos de interés para el individuo.

Mi esposa Maurie y yo tomamos un crucero a fines de la década de 1990 y estábamos corriendo algunas vueltas en la cubierta del barco antes de darnos cuenta de que algunos corredores se detenían cada vuelta en el mismo lugar y hablaban con un miembro del personal del barco para luego reanudar su marcha. Después de un rato alcanzamos a uno de ellos y le preguntamos por qué paraban y comenzaban de nuevo, y nos informó que los corredores obtendrían una ficha por cada dos o tres vueltas y que por ellas obtendrían un descuento en las compras realizadas en la tienda del barco. Pero esperen, aún hay más.

Sorprendentemente, desde hace muchos años, un creciente número de empresas refuerza el patrocinio de un consumidor simplemente otorgando una ficha, un vale, un boleto o algo similar que puede cambiarse por una reducción en el precio de un artículo o servicio. Por ejemplo, Delta Airlines introdujo el sistema de millas de vuelo otorgadas por millas voladas, lo que permite al viajero canjearlas para reducir el costo de los boletos de avión o para comprar ciertos bienes y servicios. Sistemas motivacionales similares se han utilizado en entornos educativos, en programas de rehabilitación para enfermos mentales, con retraso en el desarrollo, así como en el manejo de prisioneros. De hecho, apenas hay una población que no se haya visto afectada positivamente por la introducción de tales sistemas.



Lo que inició todo eso sobre bases científicas fue el libro *The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation*, de Teodoro Ayllon, y Nathan Azrin, publicado por Appleton-Century-Crofts en 1968.

Traducción libre de Edson Escalante de Ayllon, T. (2017) *Present at the Creation of Applied Behavior Analysis or How a Summer Job Changed My Life*. En Cambridge Center for Behavioral Studies (Ed.) *Behavioral Science: Tales of Inspiration, Discovery, and Service - Omnibus Edition* (pp-105-116). USA: Cambridge Center for Behavioral Studies.

