



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ IZTACALA ”



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

**EVALUACION DE LA INTERACCION SOCIAL EN
PACIENTES PSIQUIATRICOS**

CC1
31921
E5
1985-2

T E S I S

Q U E P R E S E N T A

LETICIA MARIA DEL CARMEN GONZALEZ SAPIEN

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

SAN JUAN IZTACALA, EDO. DE MEXICO

1985

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

A MIS ASESORES:

Mtro. GUILLERMO HINOJOSA

Ps. MAGNOLIA DOMINGUEZ T.

Ps. ANA LUISA GONZALEZ-CELIS

POR SU INAPRECIABLE ATENCION
PACIENCIA Y APORTACIONES AL
PRESENTE

A MIS PADRES:

POR LA ENSEÑANZA DE VALORES

COMO LA DIGNIDAD ; ESFUERZO

Y GRAN COMPRESION, QUE INFLUYERON

EN MI FORMACION Y QUE TODAVIA GUIAN

MI EXISTIR

I n d i c e  1000539

INTRODUCCION	1
PARTE I	
MARCO DE REFERENCIA	
Evaluación Psiquiátrica	3
Evaluación Conductual	10
PARTE II	
ANTECEDENTES A LA ELABORACION DEL INSTRUMENTO	
DE EVALUACION	26
Revisión de Registros utilizados	29
Aspectos de Validez y Confiabilidad	31
PARTE III	
DESARROLLO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION A -	
TRAVES DEL SEÑALAMIENTO DE FORMAS Y CORREC -	
CIONES SUCESIVAS	41
PARTE IV	
RESULTADOS DE LA APLICACION A UN GRUPO PILOTO	
Descripción de Resultados y	
Tablas	73
- CONCLUSIONES	105
- BIBLIOGRAFIA	108

INTRODUCCION

En años recientes la psicología conductual en éste país, se ha integrado poco a poco en algunas instituciones (centros de salud de la S.S.A.) aunque de manera aislada y con una mínima expansión .

Con la mira de extender la orientación conductual, se ha trabajado sobre el control de conducta, en particular con pacientes esquizofrénicos, pero no se ha diseñado una evaluación conductual con el fin de diagnóstico, por la existencia de esta necesidad se consideró que un trabajo así sería propicio .

El objetivo de la investigación fue proponer una evaluación conductual por medio de un sistema de registro que permitiera localizar comportamientos trastornados .

El tema de evaluación en psicología tiene importancia por que es parte de la metodología, ya que todo evento debe de ser evaluado para ser significativo en forma positiva o negativa, la justificación de este trabajo, se encontró en la información sobre las características de la evaluación de pacientes psiquiátricos que se hace en las dependencias de S.S.A. como lo son los hospitales campestres, donde la especialidad encargada de evaluar, diagnosticar y dar tratamiento al individuo es la psiquiatría .

En cada institución de salud mental, se hace una selección de pruebas tradicionales dentro de una cantidad amplia, según el problema a lo que este dedicada (adultos, niños; problemas de conducta social, académica, etc.) y a pesar de que se ha reconocido que la naturaleza de los problemas de salud mental son en gran proporción de origen medio -

ambien, la evaluación entonces se hace por medio de tests para la detección de problemas y el empleo de fármacos para el tratamiento de ellos.

En cuanto al diagnóstico se refiere, se tiene la utilización de diversos sistemas de clasificación como los propuestos por el ramo psiquiátrico y por el ramo psicológico conductual, entre los cuales no existe ningún acuerdo, debido a que su formación profesional tiene enfoques diferentes, más es importante que se de la unidad de criterios entre ramos, de tal forma que se amplien las conceptualizaciones y se gestione la adecuada asignación y remisión del paciente .

La estructura del trabajo se perfiló así: en la primera parte se mencionan puntos que son un marco de referencia e información al tema, en la segunda parte se hace mención del método y desarrollo del registro utilizado, en un grupo de pacientes piloto y la tercera parte consta de los resultados del instrumento evaluativo .

I MARCO DE REFERENCIA .

La evaluación psiquiátrica ha tomado como justificación - conceptual un punto de vista particular, la naturaleza de la enfermedad y su curación, con base en un modelo médico-general. En este trabajo se trata de contrastar este modelo y su proceso con el marco de referencia conductual, a fin de considerar la evaluación de la patología.

En el modelo médico la etiología, el diagnóstico y el pronóstico se interrelacionan claramente y están conectados - con la teoría de enfermedad. Supone que el conocimiento de los principales factores causales y las manifestaciones - constituyen, una base firme para que se tomen las decisiones sobre el tratamiento y pueda predecir el curso futuro de la enfermedad, (Kanfer y Phillips 1970; Nathan, 1972).

En el campo de la medicina es tradicional hablar de diagnóstico y tratamiento de la patología, entendiendo que el diagnóstico de la enfermedad es el preludio para el tratamiento. Es indicado por Garfield (1974) que si el diagnóstico está fundamentalmente vinculado con la práctica médica y el objetivo principal es identificar ciertos tipos de - disfunción particular, con determinada etiología estará - significado el entendimiento de que una enfermedad, se relaciona con diferentes aspectos sintomáticos, integrando un - todo significativo que tenga sentido (síndrome).

Sandler y Davidson (1973), hacen referencia al igual que -

Nathan (1972), que el modelo de entidad nosológica-clasificación de desórdenes- goza de una larga historia, y que fué con la aportación de Kraepelin (1856-1936) que se desarrolló un sistema de clasificación de las enfermedades mentales, con base en la conducta manifiesta, así el sistema se ha afirmado de tal forma que existe la clasificación psiquiátrica standard. Lo anterior refleja que la psicopatología se encuentra relacionada con la patología cerebral y que los síndromes de anormalidad se agrupan con regularidad, para ellos a entidades específicas, como son las etiquetaciones psiquiátricas.

La nosología contemporánea se clasifica en tres categorías principales, las enfermedades orgánicas (causadas por lesión cerebral), la deficiencia mental (especialmente si está presente desde el nacimiento y sin relación orgánica demostrable) y enfermedades psicogenéticas (adquiridos no orgánicamente). Cada una de estas categorías centrales quedan divididas en subclasificaciones y estas a su vez se subdividen en otras, tal que cada categoría tiene aproximadamente unas veinte clasificaciones, y tres manifestaciones según su presencia (siempre, ocasional o irregular): definitiva, mayor o menor. Se refleja una falta de concepción uniforme, en la cual se basen las categorías de clasificación tradicional, por que el lenguaje de diagnóstico generalmente ha mostrado una mezcla indiferenciada de varias teorías de la personalidad, donde supuestas comunales sintomáticas comparten, una supuesta etiología y su pronóstico, .El Diagnostic and Statistical --

Manual (1952) de la American Psychiatric Association; basó sus teorías en una combinación de mecanismos de defensa y factores etiológicos, que suponían cambios estructurales -- como principales causas de la perturbación del comporta -- miento. La insatisfacción con éste enfoque de clasificación dió lugar a la revisión de la nomenclatura psiquiátrica -- en 1968 , pero los pequeños cambios en el esquema no han -- alterado en esencia su enfoque conceptual, (Kanfer y Phi -- llips, 1970) .

Kanfer y Col. (1970) hacen referencia a que la formulación de la evaluación psiquiátrica con respecto a la etiología, pronóstico y resultados tienen un conocimiento claro y fértil, consistente en un análisis psicométrico, que sirve lo mismo que los análisis de laboratorio a un estudio médico; se basa en la aplicación de unas pruebas al paciente, que señalan determinantes como el nivel de inteligencia, escolaridad, aptitud vocacional, etc.

El psicometrista está adiestrado para evaluar y tabular las medidas de las acciones abiertas, para el máximo provecho. Otros estudiosos de la salud mental, pueden ser entrenados para realizar pruebas psicológicas, aunque los profesionales opinan que sus aplicaciones no siempre se hacen de manera congruente con las normas establecidas, así el psicólogo -- clínico en su papel de evaluador ha utilizado una serie de técnicas (cuestionarios y pruebas proyectivas), que tienden a proporcionar rótulos de diagnóstico. (Nathan, 1972)

Golfred y Davison (1976), revisan la existencia de algunos tests, los cuales son una aproximación a las características fundamentales de la personalidad, incluyen a los más usuales:

Rorschach, Thematic Apperception test, Draw-A-Person, and Minnesota Multiphasic Personality Inventory (mencionadas también en Hersen, 1976) .

Golfried y Kent (1972) apuntan tres diferentes conceptualizaciones para la elaboración de tests:

- La concepción de la personalidad consiste en inferir variables discretas y cuantificables denominadas rasgos, estados, procesos o motivos que ejercen efectos generalizados y permanentes en el comportamiento, tienen un gran peso las predisposiciones personales, en la descripción y predicción .

- La selección de los items o reactivos de un test, tiene consistencia en la conducta existente, independientemente de las variables situacionales, que son tomadas en un énfasis pequeño, o su importancia suele ser poco apta .

- La interpretación de las respuestas del test, se fundamenta en la referencia a, la distinción entre signo y muestra.

Signo: respuesta construida como manifestación indirecta, de alguna característica de la personalidad.

Muestra: respuesta , que es subclase de alguna manifestación-acción.

Otra forma de evaluación psiquiátrica es la entrevista, que se diferencia de otros tipos de entrevista, por la concepción que se da a la conducta desviada, que es guiada a un modelo de diagnóstico, derivado de un sistema clasificatorio, que etiqueta a los pacientes .

Las objeciones encontradas en la evaluación psiquiátrica, por los psicólogos conductistas son causadas por no tener un propósito específico y presentar dificultades metodológicas, como el no ser confiable, ni válida, ya que en una segunda evaluación se han encontrado cuestiones como: clasificación errónea,

diagnóstico doble, solapamiento de categorías, fallas de --
confiabilidad (falta de acuerdo entre categorías y/o subcategorías,
definiciones inespecíficas, incongruencia entre sintoma
logía y comportamiento), etc .

Los objetivos de diagnóstico son difíciles de establecer debi
do a los cambios impredecibles en la conducta de un paciente,
durante la evolución natural de su enfermedad, tales cambios -
contribuyen a tener una confiabilidad baja, porque producen en
cierto momento que el diagnóstico sea inadecuado o erróneo .
(Cimminero, Calhoun y Adams, 1977) .

Se hizo una revisión de las investigaciones que muestran que
existen dificultades con la confiabilidad o la validez psi-
quiátrica , son mencionadas en su generalidad en Cimminero y
Col. 1977), Pfeifer, Eisenstein y Bobbs (1967) reportaron que un
alto porcentaje de pacientes externos habían sido juzgados -
competentes, aún con una categoría en los expedientes; Zubin-
(1967) examinó la clasificación psiquiátrica sobre tiempo y
acuerdo con resultado de un 60% en amplias clasificaciones -
de desórden y un 50% en las categorías específicas, la causa
fue el solapamiento de conductas resultando definiciones
inadecuadas ; Rosenhan (1973) mencionó que el diagnóstico en
conjunto con las observaciones pueden dar alternativas razona
bles para el mejoramiento del sistema clasificatorio y el me-
canismo de tratamiento .

La evidencia de que los tests carecen de utilidad clínica,
de validez predictiva o aún de confiabilidad se amplía por -
las investigaciones, por ello se presenta un alejamiento gra
dual de los intentos de evaluar los rasgos de la personali -
dad y un acercamiento hacia la utilización de la observación
directa.

Se ha dado el caso de que algunos pacientes han recibido casualmente la misma clasificación aún cuando muestran diferencias en la frecuencia e intensidad de los síntomas. Cuando la evaluación se hace con mas detalle , el resultado es que el paciente es diagnosticado, con otra clase de desórdenes que habían sido inadvertidos en evaluaciones iniciales. El análisis del sistema psiquiátrico se presenta, como un esfuerzo por incrementar la confiabilidad que es baja por la falta de congruencia y reproducibilidad de los procedimientos en uso (Nathan 1972).

La clasificación psiquiátrica actual no ha remediado el problema básico de relación entre las categorías evaluativas y las estrategias terapéuticas, que hacen de la evaluación de la efectividad del tratamiento, una tarea casi imposible. Yates (1970), manifiesta que se han hecho intentos por investigar la confiabilidad psiquiátrica, Schmidt y Fonda, 1956 y Keiteman 1961, (mencionados también en Adams, Doster, y Calhoun, 1977) consideran necesario un conocimiento estable sobre una evaluación base para cada clasificación; un procedimiento de exámen psiquiátrico de acuerdo a ciertas reglas y una independencia de evaluación de cada uno de los que ponen el acuerdo o reglas. Hay quien ha utilizado algunos de los requisitos anteriores y obtenido resultados alentadores, pero con gran variabilidad por ejemplo Zigler y Phillips(1961) en acuerdo de subcategorías, por ello la confiabilidad viene a ser un problema real.

A nivel descriptivo, se ha demostrado que las categorías

de nosología tradicional son inconfiables en aplicación - (Kanfer y Saslow, 1969; Smith y Fonda, 1965), e incongruen - tes en los patrones de síntomas y comportamiento que impli - ca clasificación (Zigler y Phillips 1961), Los esfuerzos - por lograr categorías más confiables, mediante la identi - ficación de grupos de comportamiento homogéneo (la misma - categoría de diagnóstico) en general han sido frustrantes.

Meehl (1960) informó que sólo el 17% de un grupo de tera - peutas sujetos a estudio, encontraron en su tratamiento - comprobación previa de algún valor. Mc Portland y Richart - mostraron como un enfoque que hace énfasis en los estados - intuitivos de alteración y en las manifestaciones clínicas puede carecer de utilidad porque falla a menudo, al sepa - rar en componentes los patrones completos de comporta - miento (visto en Kanfer y Col. 1970; Kanfer y Saslow -- 1969; Ciminero y Calhoun, 1977).

Las siguientes investigaciones con respecto a diagnóstico - psiquiátrico, son mencionados en Adams y Col.(1977) y -- Begelman(1976.), Szasz (1961) mostró que las consecuencias prácticas de la etiquetación para el paciente, cambian - según la dependencia contextual, para no incluir diversos - significados, Heb (1968) indicó que el conocimiento de -- eventos en el nivel neuroatómico, significa su correlación con las categorías conductuales para descubrir si un pa - ciente es opuesto a la normalidad o no. Zigler y Phillips - (1961) estudiaron a 793 pacientes con dilema de evalua -- ción, los resultados demostraron que la designación de los

pacientes a diferentes categorías reveló, que frecuentemente tenían la misma sintomatología pero no había sido discriminada entre otras, antes del estudio .

La exploración de una evaluación, contribuye a nuevas conceptualizaciones empíricas sobre los desórdenes de conducta, así un sistema de clasificación deseable, sería aquel mediante el cual se conocieran las características sobresalientes de una persona, permitiendo una alta predicción de conductas, incluyendo respuestas a tratamientos específicos, la probabilidad de ocurrencia de comportamientos aceptables y un grado de -- efectividad social, (Kanfer y Saslow, 1969).

La evaluación conductual es la perspectiva de análisis que - considera que gran parte del comportamiento se aprende, aún cuando la herencia y la maduración establecen ciertos límites a las potencialidades, para el desarrollo de la conducta del individuo; la mayor parte de la conducta observable parece estar influida por el medio, por que de él se obtiene un aprendizaje previo, en especial de las interacciones con los demás .

Los modelos de aprendizaje se desarrollaron a partir de estudios de laboratorio, acerca del desenvolvimiento y modificación del comportamiento, haciendo énfasis en la manipulación controlada de eventos observables, en la medición y en el análisis de hechos complejos, en componentes simples (estímulos y respuestas) que son las características más específicas de los modelos en psicología conductual, donde se sustituyen las inferencias por las observaciones directas .

Algunos supuestos importantes sobre la naturaleza del problema desde el punto de vista conductual:

- Las evaluaciones del comportamiento, no aceptan problemas en términos de enfermedades causadas por defectos, en las primeras etapas del desarrollo de la personalidad, a menos que la etiología sea fundamentada .

- El comportamiento se considera el problema del paciente y no una manifestación o síntoma superficial, ni proceso interno.

- El comportamiento final no es sustituto de un conflicto, ni expresión inconciente de un deseo reprimido, sino una respuesta aprendida, que tiene consecuencias perjudiciales para el paciente o para su medio, independientemente de la forma como se adquirió .

- La clasificación no se dirige a la supuesta enfermedad o conflicto inconciente de la personalidad del paciente, sino al problema de conducta .

- Las técnicas de tratamiento no se acomodan al rótulo de diagnóstico ligado a su condición o a su personalidad, sino a los problemas de cada uno de los pacientes o de un grupo homogéneo .

Kanfer y Phillips (1970), mencionan que el modelo conductual tiene sus raíces históricas en el funcionalismo y conductismo americano (Watson) y en la reflexología rusa (Pavlov) de las primeras décadas del presente siglo . Esas escuelas psicológicas defienden el estudio de los determinantes del comportamiento simple en sujetos animales con énfasis, en el rigor técnico del lenguaje y el método conductual, que da importancia al aprendizaje y al desarrollo de conducta. La orientación teórica particular, desarrollada por Skinner (teoría bifactorial) ha estimulado la rápida expansión del enfoque ex-

perimental, en el análisis de comportamientos complejos, sean humanos o animales (comportamientos agresivos, sexuales, delin cuentes, interacciones madre-hijo, adquisición de habilidades académicas, etc)

Los componentes esenciales del análisis de cualquier comportamiento se ha definido tradicionalmente como estímulos y respuestas (E-R) . El componente estímulo(E) se refiere a las condiciones ambientales específicas de un complejo de estímulos internos o externos que llegan al organismo y que tienen relación funcional con el comportamiento(R) o sea que son pertinentes los estímulos particulares que alteran alguna propiedad del comportamiento, que se está dando. En la teoría bifactorial de Skinner E-R, el papel del estímulo es explícitamente diferente en el comportamiento respondiente y en el operante ,(modelos de aprendizaje) .

En la conducta respondiente, el estímulo se relaciona sin condición con la respuesta que provoca, en la conducta operante el control del estímulo se logra por un proceso gradual de discriminación, donde se recompensa diferencialmente a un organismo, en presencia de un estímulo o conjunto de estímulos discriminativos (E^D), omitiendo al mismo tiempo la recompensa, en presencia de otro conjunto de estímulos neutros (E^A) . El papel de los estímulos discriminativos es controlar la conducta operante determinando si la recompensa seguirá o no a la respuesta .

Una conducta operante se encuentra normalmente en una observación clínica, respuesta que ocurre solo en presencia de un E^D o señal ambiental, sea respuesta del mismo individuo o de otra persona que sirven como estímulos; en éste caso una secuencia compleja de respuestas, puede incluir la presentación

de estímulos internos, los cuales afectan el comportamiento, toda conducta se compone de cadenas de respuesta (R) porque una respuesta sirve como estímulo discriminativo, para otra respuesta que la sigue y las contingencias (C) o consecuencias finales, afectan a cada eslabón, lo mismo que a la cadena completa, señalando el potencial de recompensa o reforzamiento al final de la secuencia.

La presencia y la utilidad de la unidad conductual E - R - C se requiere cuando afecta un aprendizaje, por que se analiza en forma detallada cada elemento de la unidad, concretando todas las condiciones que actúan en el momento de la conducta y que son pertinentes a la probabilidad de ocurrencia.

Desde el punto de vista práctico, la diferencia ya encontrada entre respondientes y operantes, es la localización del control que antecede o sigue a la ocurrencia de la respuesta, la distinción es superficial en cuanto a que raramente se encuentra una respuesta simple en el hombre, después de las etapas tempranas de la vida. Al observar el comportamiento humano, las respuestas tienen múltiples funciones a la vez, el interés está en averiguar las variables que controlan la frecuencia de conducta o las conductas y las condiciones específicas de ocurrencia, así la investigación del aprendizaje, abarca aspectos esenciales como el desarrollo, mantenimiento o cambio de comportamientos sociales, que han ayudado a tomar en cuenta las propiedades de la conducta y la acumulación de datos específicos sobre las variables de control.

Ante comportamiento problemático que es aprendido, se sugieren como métodos posibles de cambio terapéutico: suprimir el

aprendizaje o reemplazar la conducta indeseada con cualquiera de los procedimientos basados en los modelos de laboratorio o modificar el ambiente de tal manera que la conducta deje de ocurrir, debido a la ausencia de las condiciones que la controlan .

La conducta inadaptada es resultado de un aprendizaje deficiente y la tarea principal es cambiar el comportamiento socialmente desviado, mediante la manipulación de las variables que están ejerciendo el control sobre el, sean del estímulo , del organismo o de la contingencia .

Golfred y Davidson (1974) explican que el análisis de las conductas inadaptadas consiste en la detección de las variables que son determinantes potenciales :

= Variables antecedentes , elicitan o provocan el estado de la conducta mal adaptada, el medio ambiente como determinante ha sido admitido por clínicos y teóricos de la personalidad, provocan respuestas emocionales o autónomas y pueden tener función discriminativa para la ocurrencia de respuestas instrumentales u operantes mal adaptadas . Las respuestas como ansiedad o depresión se considera que existen como cualquier otra respuesta por alguna causa externa, que no se especifica fácilmente . Para la evaluación de estímulos discriminativos es necesaria una amplia información, para precisar la naturaleza de la situación como tiempo, lugar y frecuencia .

= Variables orgánsmicas , pueden ser de una naturaleza psicológica o fisiológica, aunque las actitudes o creencias y esperanzas pueden ser alteradas por cambios en la conducta abierta o manifiesta, que es blanco de la modificación conductual directa. La efectividad de la emisión o recepción de los estímulos, depende la percepción alcanzada por cada individuo, así

contribuyen a detectar la conducta mal adaptada como pueden ser los estados de fatiga, el nivel de energía o los efectos de drogas psicoactivas .

= La propia conducta abierta o manifiesta , la evaluación de conductas puede enfocarse, en situaciones específicas que incluyen información sobre la duración, frecuencia e intensidad de ocurrencia de respuestas .

Es difícil, pero se debe marcar una diferenciación en el tipo, de respuestas entre respondientes y operantes . La primera, muestra que las consecuencias tienen un papel relativamente mínimo en el mantenimiento de respuestas, típicamente incluye reacciones emocionales; la segunda, muestra que las respuestas son emitidas por la recompensa, incentivo o reforzador consecuente, tiene un papel significativo para ellas .

= Variables consecuentes , son los cambios en la situación-medio ambiental, o sea las reacciones de otros individuos, a las conductas mal adaptadas de uno solo . Estas variables son importantes, porque mantienen o incrementan sus respuestas, tienen un papel significativo de manera inmediata o a largo plazo, sea de forma positiva o negativa . Una variable positiva es el estímulo discriminativo (E^D) o reforzador (S_r) consistente en las respuestas de otros que pueden incluir aprobación, alabanza o atención sobre una conducta ; en el concepto reforzamiento se notan características como frecuencia y continuidad.

En la conducta desadaptada el reforzador ha sido negativo .

Esas variables son importantes, porque de ellas dependen las funciones primarias de la evaluación, que son mencionadas

das por Cimminero(1977): descripción del problema , selección de las estrategias de tratamiento , y evaluación de los efectos del mismo .

Una adecuada descripción del problema requiere de la identificación de las conductas específicas; necesarias a modificar, así como las variables que controlan esa conducta. (A quienes afecta, interrelación social, influencia de otros, cambios biológicos y sociológicos, autocontrol, etc.) . Probablemente la más amplia guía de descripción sea, la ofrecida por Kanfer y Saslow (1969) aunque todos los modelos de análisis sean multivariados y consistan en una serie de factores, que influyen de alguna manera en el comportamiento; se refieren preferentemente a las variables intervinientes, expuestas anteriormente, antecedentes, orgánicas, conductas abiertas y -- consecuentes .

Existen varios análisis multivariados de investigadores -- que son mencionados en Morganstern(1976) y Hersen(1976) , - Peterson (1968) describe una definición general del problema por determinantes antecedentes y consecuentes; Golfried y Fomeranz (1968) consideran además a los estímulos orgánicos y a la propia conducta mal adaptada, con la selección de conductas blanco, de cognición o manifiestas , lo mismo que Golfried y Sprafkin (1974); Kanfer y Saslow (1969) describieron que una aproximación debe contener también una ordenada recolección de material histórico casi como un análisis de excesos y déficits; otros autores amplian y especifican las variables ya mencionadas en análisis, Stuart (1970) provee a la evaluación de cuatro áreas en eventos antecedentes y cuatro en eventos consecuentes (discriminativo, potencial, facilitativo e instruccional, y positivo, negativo, castigo y extinción, respectivamente) ; Wolpe (1969) señala áreas de la historia del paciente: experiencias familiares y religiosas, experiencias escolares y de empleo, estado sexual presen-

te y anterior; Lazarus (1971) propone una evaluación de factores importantes, que podrían caer en cualquiera de las variables intervinientes: conducta, afectividad, sensación, imagen, cognición, instigación y drogas; el factor cognición es - propuesto también por Mischel (1973).

El simple modelo de estímulo - respuesta de Skinner fue expandido por Lindsley (1964) que incluyó contingencia, por lo que se certifica la exploración, en todo problema: antecedente, conducta mediadora y consecuente, (visto en Kanfer y Phillips, 1977) .

La selección de las estrategias de tratamiento se refiere a a la función evaluativa sobre los canales de respuesta, el - que dé mayor información del problema, será el canal seleccionado para especificar las técnicas de tratamiento . Los - canales de respuesta usuales, según Golfried y Linehan, mencionados en Cimminero, (1977) son motora - abierta, emocional - fisiológica y cognitiva - verbal .

- La conducta motora-abierta, consiste en el registro directo de la conducta, el cual es hecho por un observador independiente o por dos registradores entrenados u otros individuos no profesionales. Son útiles para especificar las conductas blanco y evaluar los programas de tratamiento. El registro se hace también a otros individuos que son significantes en la vida del paciente (padres, esposos, amigos) .

Las conductas pueden ser observadas en escenarios naturales (Kent y Foster, 1977), clínicas o laboratorios (Nay, 1977) , - mencionado en Golfried y Davidson, (1974) .

- La conducta fisiológica -emocional, consiste en el registro indirecto de la conducta orgánica (análisis urinario, como - medida del uso de droga, alcohol en la sangre como medida -

de consumo) otras medidas pueden ser directas, como las res - puestas cardiovasculares . Para algunos investigadores ésta - evaluación es vital, Barlow, Borkovec, Bernstein y Weets, Kall - man y Feverstein, visto en Adams y Col. (1977) .

- La conducta cognitiva- verbal, se presenta en la entrevista conductual es la mayor contribución de Kanfer y Saslow , (1969) este canal de respuesta es la examinación de datos, - que se hace por escrito, en forma de inventario, es ágil, no - es costosa y es fácil de administrar .

Se han especificado cada uno de los canales de respuesta, que para una mejor selección de estrategia, no se deben de usar - en forma individual, sino que la recolección de datos deberá de obtenerse por dos o más medidas de respuesta . (Hersen , 1976) . Así mismo de los autoinformes y reportes de otros .

La última función evaluativa se presenta en los efectos de tratamiento es la parte del análisis conductual que valora - la efectividad del tratamiento con respecto a la función de la conducta, donde se considera: observación sistemática del problema conductual, para obtener una línea base de la fre - cuencia de respuesta u otro parámetro de ella, con la obser - vación sistemática también de las condiciones de estímulo - precedente y consecuente de la conducta, considerando espe - cialmente a los estímulos discriminativos o reforzadores -- consecuentes (A) y la manipulación experimental de una con - dición, la cual es funcional en relación a los problemas de - conducta, con observación adicional al registro de cambios - en la conducta (B) .

La expresión Línea Base se refiere a el registro de la con - ducta manifiesta, normalmente, donde no se ha variado ningun - factor orgánico o de su medio ambiente .

En esencia un análisis conductual, es un simple modelo - A-B donde A representa la fase de línea base y B representa la fase de tratamiento.

Con la exposición de lo que manejan el enfoque psiquiátrico y el enfoque conductual, es posible tocar el punto con lo que respecta a los problemas que se han encontrado entre normalidad y anormalidad. Szasz (1961), asevera que la perturbación existe en un lazo intrincado con el contexto social incluyendo el ético, y solo se puede dar, en noción de síntoma corporal (contexto anatómico y genético) enlazado con un síntoma mental; la personalidad del hombre deriva de la lucha por la supervivencia, porque su resolución le produce pena, así como tensión y esfuerzo inherente en el intercurso social, enfermedad mental es signo de daño cerebral y es un efecto neurológico que ~~se~~ da problemas en el modo de vivir.

Ullman y Krasner (1969) mencionan definiciones operacionales que inició Scott (1958) sobre la enfermedad mental y que han sido establecidas en la literatura psiquiátrica y psicológica a manera convencional :

- Ajuste se define con respecto a los diferentes grupos sociales, que tienen diversas expectativas sobre la conducta que es apropiada o normal. Anormalidad es sinónimo de enfermedad.
- En la definición de perturbación se encuentra el obstáculo de la construcción: "mentalmente enferma", se establece a juicio de la estructura social, en los términos específicos del lugar, tiempo y personas .

Begelman (1976), hace énfasis en que la definición de desorden conductual se basa en las concepciones de cualidades empíricas para las conductas mal adaptadas, que se enlazan con un análisis de familias de conducta, para la formulación de anomalía. Una muestra de problemas de conducta que causa disturbio en la vida, en la caracterización vacía y desocupada; las expresiones : "las conductas problemáticas", "disturbios", "modelos indeseables", "patrones disfuncionales", "conductas-inadaptadas o mal adaptadas", "psicopatología", son equivalentes sustitutivos del desorden conductual, puede ser causado por los trastornos del individuo y por los trastornos de la inaceptabilidad social, lo cual es un concepto psicológico y no moral.

Un modelo de respuesta no es clasificado como un desorden conductual solo porque las personas muestren angustia, la razón es que el trastorno de ansiedad, inquietud o angustia, no es necesario ni suficiente condición, para ser "perturbación". Una persona puede ser severamente dañada sin tener angustia, algunos estados de angustia y agitación son absurdos para clasificar perturbaciones conductuales.

Kanfer y Saslow (1979), concluyen que el diagnóstico conductual ofrece un estado extensivo del comportamiento de una persona, de una manera simple, en la obtención de una variedad de conductas que son observadas para afirmar su correlación y consistencia, asignando al paciente a una clase de personas en una descripción de procesos E-R en miles de situaciones, y no en una lista de categorización de síntomas.

Existe un Sistema de Clasificación de Desviaciones Conductuales, el cual fué sugerido por Staats (1963) y expuesto, pero

que elaboraron después, Bandura (1968) y Gelfand y Sprafkin (1974), fue visto en Gelfand y Davidson (1974); en plan general las diversas conductas desviadas son categorizadas en aproximación a los estímulos, que son detectados por las variables que probablemente las mantienen. La clasificación de desviaciones se divide en cinco clases, que a continuación son numeradas y que algunas como tienen categorías, son señaladas por incisos:

I).- Dificultades en el control de estímulos de conducta.

Fracaso en la estimulación medio-ambiental para el control maladaptativo de conducta instrumental y la tendencia de otra estimulación elicitadora de reacciones emocionales maladaptativas.

a) Defectuoso control de estímulos.

Incapacidad de responder a estímulos discriminativos socialmente apropiados, en función de la situación particular.

b) Inapropiado control de estímulos.

Reacciones emocionales internas aversivas (disturbios gastrointestinales, insomnio, ansiedad, etc), son elicitados por estímulos objetivos indirectos e inocuos, se han experimentado vicencias directas o de aprendizaje social vicario, (con relación a estados resultantes de evitación).

II).- Repertorios conductuales deficientes.

Falta de habilidad necesarias para cubrir las demandas situacionales. La persona puede no haber apren-

vido a que hacer o decir en situaciones sociales , - académicas o vocacionales y probablemente se cons -- truyó un déficit de habilidad. La descripción psico- lógica opina que puede existir un fracaso individual para lograr un adecuado y propio reforzador social;- pudo haber experimentado castigo tal como pérdida de Status, ridiculo o rechazo y como resultado vinieron las manifestaciones conductuales más frecuentes lla- madas actitudes subjetivas negativas (ansiedad, de - presión, falta de confianza) y además la generaliza- ción hacia otras personas.

III).- Repertorios conductuales aversivos.

Patrones de conducta indeseable, la cual es aversiva para otros que se encuentran alrededor del paciente. Ser antisocial (agresivos o altaneros), para algunos investigadores es manifestación de un exceso conduc- tual; porque los individuos saben que decir o hacer- en varias situaciones, pero marcan dificultad en la- vida, resultado ser aborrecibles o incómodos para - otros.

IV).- Dificultades en el sistema de incentivos (reforzadores)

Las conductas desviadas son función de las consecuen- cias obtenidas por las respuestas que pueden ser -- devidas al tipo de incentivo en el individuo (defi - ciente, inapropiado, o incontinuo) o a las contin -- gencias medioambientales positivas.

a).- Sistema de incentivos deficientes en el individuo.

Es el caso en que el estímulo social ha servido sólo

para alimentar la conducta inadecuada, ese tipo de estímulo es el reforzamiento positivo "atención, aprobación, alabanza" entonces se presenta el uso del reforzamiento negativo que esta disponible (como por ejemplo golpes, etc.), aún cuando ha sido criticado o desaprobado, se le conoce que es eficiente en algunos casos (por ejemplo en niños autistas; Rimland 1964).

b).- Sistema de incentivos inapropiados en el individuo.

Los incentivos mismos son maladaptativos, tal que los eventos reforzantes para el individuo resultan ser para los demás perjudiciales o desaprobatorios culturalmente (alcohol, droga, práctica sexual anormal).

c).- Ausencia de incentivos en el medioambiente.

Los problemas se presentan por la falta de incentivos materiales y/o sociales en el medio particular del paciente. (por ejemplo la muerte de un ser, ^{cuando} el cual era reforzante para el individuo).

d).- Conflicto de incentivos en el medioambiente.

La conducta maladaptativa aparece, en el individuo, luego es listada así por el medio, porque el individuo es detectado o señalado continuamente y por ello, es inadvertidamente reforzado, ya que la conducta en ese individuo persevera, no aparece en todos los casos, pero ha sido probado. La cuestión ha sido ampliamente investigada en niños, pero no se ha limitado a ellos también, se ha guiado a escenarios institucionalizados como lo son los hospitales psiquiátricos

Golfman, 1961 y Rosenhan, 1973) con experiencia en el manejo de situaciones difíciles.

e).- Sistema de autorreforzamiento aversivo.

Presumiendo que el proceso cognitivo es capaz de mantener varias formas de conducta, es importante reconocer que el individuo es capaz de reforzarse a si mismo por una conducta adecuada. El autoreforzarse tiene sus problemas:

Los estándares de adecuación conductual individual, son irrealisticamente altos, porque es probable que el individuo encuentre situaciones que ameriten el autoreforzamiento, descuidando que tan adecuado sea, en comparación con el medio externo y el criterio de otros. Por otro lado, la falta de autoreforzamiento puede guiar a estados clínicos de depresión y sentimientos subjetivos de inadecuación generalizada. (Clasificación mencionada por Golfred y Davidson, 1974). En (1977) Kanfer y Grimm con respecto a estas clasificaciones plantearon una descripción mucho más específica, mostrando a la vez las técnicas de modificación adecuadas a cada una de las categorías de desorden conductual.

La utilidad de un sistema conductual, resta pesadez en la - disponibilidad de evidencia empírica, concerniente a correlaciones probables entre conductas y la frecuencia de ocurrencias de ellas, que es ampliamente dependiente de la especificación de las condiciones de estímulo.

Megrocki (1968) hace notar que una dificultad puede ser inferida y tal vez no definida conductualmente, pero es funcional cuando una persona se conduce y es observada, tal que la anomalía se puede apoyar en una reacción de escape, en lugar de producir una situación de conflicto manifiesto; Ullman y Krasner (1973), concuerdan con Megrocki en que si una conducta es aprendida, puede considerarse también a la anormal, en una situación de aprendizaje.

Salud mental o Normalidad, se determina por un esfuerzo positivo donde existe un adecuado crecimiento, desarrollo, madurez, responsabilidad, autodesempeño, adaptación a la tensión y éxito. La ausencia de algunos de éstos puntos es índice de la presencia de daño; en el área psiquiátrica en éste punto, es cuando sobreviene el diagnóstico de enfermedad mental y algún rótulo clasificatorio.

III ANTECEDENTES A LA ELABORACION DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION.

La revisión de definición genérica, registros observacionales y confiabilidad servirá para darse cuenta de lo que puede ser un instrumento de evaluación y ser utilizado en un grupo de pacientes institucionalizados, con el fin de detectar el comportamiento en primer instancia global y posteriormente categorizado para que sirviera al proyecto.

El comportamiento humano es muy complejo, se puede clasificar mediante conductas, las cuales a su vez se clasifican en base a su semejanza. En consideración a la necesidad de sistematizar empíricamente los problemas de desórdenes mentales, se considera que es inherente establecer una clasificación desde el punto de vista de análisis conductual, que define el significado del comportamiento, desglosando en conductas, y estas a su vez, también sean discernibles.

La construcción de una clasificación esta limitada a la habilidad y experiencia de los principios empleados para estructurar clases de respuestas, estos pueden ser: el inductivo o deductivo, o una combinación de ambos, que pueden variar en un continuo; derivan de las características de clase de respuestas, que incluyen: la descripción, utilidad y pasividad para la manipulación de datos (Skinner 1975; Adams y Col. 1977), Una clase conductual son todas aquellas conductas que están controladas por los mismos estímulos. Una conducta en particular contenida en una subclase es una instancia o elemento de alguna clase, así el control se refiere a que siempre que este

presente un estímulo discriminativo para el organismo, éste - - manifestará tal conducta. Dos estímulos o dos conductas nunca - son exactamente iguales, se habla de ellos en forma genérica; - definición genérica es la explicación de lo que es un estímulo - o que es una respuesta, caracterizada en forma general es llama da clase de estímulos o de respuestas (Zigler y Phillips, 1961; unidad VI de metodología, ENEPI, 1976).

Una razón práctica para preferir la definición genérica es la - positividad de seccionar estímulos-respuestas de un continuo - conductual o sea abstraer la caracterización o definición opera cional, un solo estímulo-una sola respuesta, facilita su detec - ción ya que se describen todas las características o propieda - des de esa relación lo cual no pasa de ser un problema técnico - para instrumentación, donde tales eventos puedan ser reproduci -- bles; ya que fuera de ese control son difícilmente reproduci -- bles (unidad IV de metodología 1976).

Nunca se puede obtener una repetición idéntica, en todos los sen tidos de un determinado segmento del continuo E-R, de modo que - debemos limitarnos a observar lo que se repita y sino puede ser - con todas sus propiedades, la respuesta sí deberá presentar al - gunas o mínimo una sola de ellas; el mismo razonamiento es vá - lido para segmentar el ambiente.

El medio ambiente y el comportamiento se deben segmentar, selec cionando propiedades definitorias de cada elemento, de tal -- modo que se puedan encontrar relaciones ordenadas entre la - clase de eventos ambientales y la clase de respuestas.

Para saber si un estímulo pertenece al género es necesario - saber si controla o no a la clase de respuestas, los límites de variación tanto del estímulo como de la respuesta deben - determinarse empíricamente por observación. En una situación controlada de laboratorio, se determinan los límites de variabilidad del estímulo, pero los de la conducta habitualmente, - sólo se definen por el operando (en un estudio aplicado, como en este caso son establecidos por el paciente), sin embargo - es posible señalar los límites de variabilidad por su restricción, dentro de las posibilidades del organismo.

Una clase conductual puede ser definida de varias maneras: -

- a).- Formalmente por una característica topográfica, geográfica o por alguna otra dimensión física u observable, - que es condición suficiente y necesaria para ser miembro de clase (Bruner y Col. 1965; Kety 1965,) mencionados en Adams, (1977).
- b).- Funcionalmente por la propiedad de efecto que las respuestas deben tener en el ambiente.
- c).- Clasificar el estado de confiabilidad y aplicación uniforme, con empleo de lenguaje adecuado al caso.

Habitualmente no es posible especificar de antemano, todos los requisitos de la conducta a una situación, por lo que se hace un registro previo que nos da idea de las categorías registrables. El objeto de estos es tener una apreciación gruesa de las clases de conductas, existentes en el repertorio de un organismo.

Un panorama general de los tipos de registro utilizados en -
éste trabajo son los siguientes:

- Anecdótico- consiste en anotar en términos de conducta obser-
vable, todo lo que ocurre en una situación específica, -
durante un período de observación, este registro se usa por
lo general como un primer paso al comenzar a observar la -
conducta, ya que de él pueden derivar las características -
o códigos conductuales. El registro anecdótico es una des-
cripción manuscrita utilizando frecuentemente anotaciones -
del tiempo, atendiendo a la conducta de un solo sujeto; --
debe ser lo más objetiva posible de lo que ésta sucediendo-
debe evitar inferir estados mentales o emocionales de los -
sujetos que se están registrando, anotando así solamente lo
que el sujeto hace y los objetos que utiliza, se puede juz-
gar que cosas, cuales actividades y que personal le son -
o pueden ser reforzantes a ese sujeto.

Llevando un registro semejante durante varios días se obtie-
ne una estimación, de que tan frecuente ocurre una conducta
y utilizando anotaciones del tiempo, se conocerá la longui-
tud del período de ocurrencia de esa conducta. Es un regis-
tro casi indispensable, previo a cualquier otro registro, -
con el se registra una gran cantidad de conductas, de las -
que se tiene una idea de las variables que las controlan, -
da idea de la frecuencia y de las posibles categorías de -
conducta como de estímulo, ayuda a seleccionar el tipo de -
registro que se ha de hacer posteriormente; debe usarse --
siempre que no se sepa, que conducta se van a registrar en -
esa situación.

Sus limitaciones más obvias son, que el observador no puede-

registrar todo lo que ocurre, y lo que anota depende de su experiencia personal; tampoco se puede notar ningún cambio en la conducta, es un método laborioso y difícilmente puede cuantificarse en cuanto a las conductas registradas. De cualquier modo resulta muy útil antes de iniciar un registro específico; para hacer éste tipo de registro inespecífico, no se requiere de una forma especialmente diseñada.

- En términos generales se pueden clasificar los registros en dos clases: sistemas de observación específicos y sistemas de observación inespecíficos, los primeros se basan en categorías conductuales de registro predeterminadas y que hacen referencia a clases de conductas específicas, particulares y concretas, son los registros más comunes en la modificación de conducta, su aplicación se hace a través de una primera observación anecdótica prolongada y definición-categoría cuidadosa.

- Los sistemas de observación inespecíficos no requieren de una especificación previa, sino que proporcionan una información gruesa, de los aspectos o circunstancias bajo las cuales se presentan las conductas de observación directa y se elaboran posteriormente las categorías específicas, dado que el uso de éstos registros es prolongado, pueden ocurrir cambios en el ambiente de significación, que son detectados por las dimensiones de esos registros.

Proporciona los elementos principales para realizar un análisis funcional, estímulo antecedente (E^D) respuesta (R) y estímulo consecuente o reforzador (E^R), que permite el desa

rrollo de un análisis experimental posterior, controlando - la situación que se registra. El registro inespecífico prevee el reporte de tres aspectos:

- a).- Qué conducta ocurre - proporciona un índice directo de las características conductuales más pertinentes a la situación que se valúa.
- b).- En que lugar ocurre - informa respecto a las condiciones antecedentes de tipo físico, que pueden tener funciones discriminativas y /o disposicionales.
- c).- Quién está presente cuando dicha conducta ocurre - permite observar y obtener información respecto a las funciones discriminativas y reforzantes de la conducta de otros en el ambiente natural, con respecto al sujeto registrado.

Para que los datos obtenidos, con diferentes tipos de registro puedan usarse en situaciones prácticas como instrumentos de medición, éstos deben satisfacer ciertas condiciones : con -- fiabilidad y validez. Bartz (1976), menciona que el instru -- mento de medida que se usa en un caso y un propósito dado -- debe realmente medir, el aspecto que se intenta medir. No hay problema cuando se miden propiedades físicas de los objetos, -- pero se presentan cuando usamos un cuestionario de cierto -- tipo al medir la conducta de un individuo, por ejemplo el -- grado de neurotismo, no podemos convencernos de inmediato de -- que los datos obtenidos con ese instrumento expresen realmen -- te lo deseado,. Es necesario probar empíricamente que el ins -- trumento mide las variables que se intentan medir, en cada -- caso específico o sea investigar la validez, porque su conoci-

miento es necesario, para que los datos obtenidos de el puedan usarse significativamente. El instrumento debe dar medidas confiables de manera que se obtengan los mismos resultados al volver a medir el aspecto estudiado, bajo condiciones similares del individuo en cuestión, los datos deben ser significativos y reproducibles, es decir que los datos sean los mismos si volvemos a medir el mismo aspecto o rasgo en condiciones idénticas, así el logro de la exactitud de un instrumento de medida es su confiabilidad, en la aceptación técnica de el término; independientemente de que esté realmente midiendo o no, lo que ha querido medir. La confiabilidad comprende que deberán ser especificadas ampliamente : la muestra poblacional y las condiciones de la administración del instrumento o prueba, (Goldberg, 1971, visto en Megargre, 1971).

Todo instrumento de medición será sensible a dos tipos de variabilidad:

a) Intraindividual, es el significado de presentaciones repetidas del estímulo. Una indicación significativa de este tipo se hace evidente cuando se examinan los coeficientes de confiabilidad y se encuentran cambios en la respuesta, de una situación a otra. La mayoría de los interesados en la medición humana encuentran alguna estabilidad en las respuestas, cuando las condiciones parecen ser razonablemente constantes y las conductas que van a ser medidas, son relativamente durables .

b) Interindividual, es el significado que tiene un estímulo. Es evidente que los índices que se utilizan en las medidas

éstán correlacionados, porque tienen un estímulo que produce diferentes significados entre un grupo de personas y que producirá típicamente significados inestables para un individuo a través del tiempo (Goldberg 1971, Bartz 1976, y Ciminnero - 1977).- Cuando medimos las características de un objeto con la ayuda de instrumentos físicos (cintas métricas, balanzas, etc) podemos volver a medir el mismo objeto con el mismo instrumento, para obtener valores sobre dos distribuciones. En un estudio aplicado, lo anterior se puede llevar a cabo mientras la magnitud del aspecto conductual que se ésta midiendo, no cambie en el individuo o sea que su valor estimado permanezca, pero cuando las variables psicológicas son medidas por los métodos usados en psicología diferencial, a menudo es difícil estimar la confiabilidad del instrumento de la manera anterior; una razón es que los individuos que fueron sometidos a una medición o prueba, son afectados por la segunda medición, éste efecto es diferente para cada individuo, porque el material ya se conoce de algún modo y porque su desarrollo y madurez está implicado (Bartz 1976).

Es posible enfocar la definición de confiabilidad de tres formas: el primero es medir el conjunto de actividades o comportamientos una y otra vez con el mismo instrumento de medición y obtener resultados similares así la confiabilidad implica estabilidad; la comprensión de los factores que afectan las medidas consideradas como las propiedades verdaderas del sujeto de medición en forma sistemática, implica precisión; y la resolución de problemas teóricos y prácticos mediante la varianza o desviación de datos, será para obtener el error de-

medición mediante las puntuaciones o calificaciones para obtener el coeficiente de correlación del instrumento (Kerlinger 1973). La selección de una medida apropiada, en similitud con un registro observacional, es una materia excesivamente compleja, un intento sería el prever guías para la interpretación de los niveles de confiabilidad mencionados, el cálculo sirve como la unidad de análisis estadística y gráfica; la mayoría de los instrumentos no son confiables porque la obtención resultante, se debe a que el tipo de coeficiente de correlación es negativo o bajo y causa la inconfiabilidad, como lo menciona Kent y Foster, (1977) visto en Ciminero (1977).

En psicología diferencial muchos instrumentos que fueron contruidos para medir ciertos rasgos y empleados con ese propósito (tests de personalidad), se desacreditaron más tarde cuando un examen cuidadoso reveló, que otras variables eran las que determinaban los resultados individuales, por que no cumplian con las características de la confiabilidad (estabilidad, precisión y error de medición) y la formulación de validez.

La confiabilidad se determina por métodos especiales, hay tres generales, Tests-Retest, Formas Paralelas o Equivalentes y de Consistencia Interna.

El coeficiente de correlación usual es la r de Pearson, indicador directo de la cantidad de confiabilidad, si la r es alta indica un alto grado de consistencia entre las administraciones del tests o prueba. La teoría de confiabilidad se vincula también con varianza o variabilidad total, porque

cualquier puntaje de medida es normalizable, después de la prueba y obtención de puntuaciones generales, la varianza total es la suma de los cuadrados de los puntajes obtenidos, Para Kerlinger (1973), existen dos formas de varianza total: sistemática- se inclina solo en una dirección las puntuaciones, tienden a ser positivas o negativas, altas o bajas - así el error es constante.

Al azar o por error - se compensa en sí misma por que las puntuaciones tienden a inclinarse en varios sentidos al mismo tiempo, los errores son producto de un número de causas - por ejemplo los elementos normalmente aleatorios del sujeto - son por que están presentes en momentos indistintos, por razones desconocidas como: fatiga temporal, condiciones fortuitas, fluctuaciones de la memoria, estado de ánimo, etc. Así en un momento particular afectan la medida de la confiabilidad.

Las aproximaciones para definir el coeficiente de confiabilidad son: la representación estadística de ella (rtt), y estimar la varianza de error, sobre la varianza total,

$$rtt = \frac{Ve}{Vt}$$

o estimar la varianza de error sobre la varianza total, restando la unidad al resultado indicando el índice de seguridad para el puntaje obtenido,

$$rtt = 1 - \frac{Ve}{Vt}$$

o al calcular la varianza o la desviación standar de los -
puntajes de error (Sv)

$$Ve = Vt (1 - rtt)$$

$$Sv = Vt (1 - rtt)$$

$$Ve = Sv$$

Se considera que el aumento de la confiabilidad, es el principio de maximizar la varianza de las diferencias individuales y minimizar la varianza por error (Kerlinger, 1973).

Desde el punto de la confiabilidad no gráfica, Kent y Foster (1977), mencionan que hay dos tipos de medida de la confiabilidad son el ensayo y la sesión:

Ensayo - el dato es registrado durante pequeños intervalos - de tiempo, dentro de un período establecido para observaciones individuales como la unidad de análisis.

Sesión - el dato es basado en un intervalo total, en el cual una condición de conducta o categoría particular es registrada, tomando el total de la frecuencia de conducta o el total de duración de ocurrencia. Cuando el total de sesiones re -- presente la unidad de análisis en un estudio, utilizando el dato observacional y el coeficiente de correlación, se encontrará la medida más apropiada de confiabilidad.

Los hallazgos de investigación serán válidos y confiables, -- por los procedimientos de medida en los cuales son basados, -- el propósito es identificar y evaluar un número de recursos -- posibles del dato de distorsión, bajo circunstancias especifi-

ficas de registro observacional en el campo del escenario - experimental o natural, donde puedan satisfacerse y enfati - zarse los tópicos de relevancia inmediata y necesaria para - la investigación.

Aspectos generales de una observación en vivo, los tópicos - serían:

- 1) Características conductuales del sujeto (hiperactividad, - timidez, aislamiento, etc.)
- 2) Características físicas de los observadores (sexo, edad, - apariencia, etc.)
- 3) Características conductuales de los observadores (abierto - callado, sutil, etc.)
- 4) Características del medio ambiente (contingencias de la - presencia de unefecto particular).

Donde los procedimientos de registro observacional son emple - dos, se estima la similaridad de juicios simultáneos que son obtenidos por un par de observadores, Las muestras de obser - vación en correlación, son referidas como la confiabilidad - que provee la base de él, puede tener replicación. Un obser - vador entrenado puede servir como evaluador y comparador de - las propias clasificaciones conductuales, para computar la - confiabilidad.

La confiabilidad en coeficiente, se intenta para reflejar la - cualidad de un registro conductual obtenido a través de un - proyecto particular de investigación, desafortunadamente la -

evaluación de una observación ocurre típicamente bajo circunstancias que pueden encarecer la confiabilidad estimada, porque investigaciones recientes han sugerido que la confiabilidad obtenida es muchas veces falsamente acrecentada a manera convencional, sin embargo las situaciones vividas en la actualidad por los observadores, pueden producir registros diferenciales de éste aspecto, tal que se acepte abiertamente la posibilidad de que algunas situaciones, son más fáciles de observar que otras.

Los registros observacionales revelan gran complejidad durante sesiones inmediatamente antes o después de un cómputo en una sesión de confiabilidad, durante la cual dos observadores son presentados para un chequeo de confiabilidad; cuando la confiabilidad es llevada entre observadores y un protocolo de criterios (un solo registro establecido, al principio de la investigación como un estándar de comparación para computar la confiabilidad, donde hay subdivisión de conductas) los observadores han llegado a convencerse de que el puntaje de confiabilidad obtenido en un solo día de observación, es probablemente más bajo que el obtenido en dos o varios días, se debe en gran parte a la dificultad de adaptación con cada uno de los nuevos medioambientes, o la identificación entre los sujetos para chequeo (Johnson y Bosta, 1973; Nash y Mc Elwee, 1974 visto en Cimminero y Col., 1977).

Reid (1970), en Cimminero y Col. resalta que un problema metodológico en la evaluación de la confiabilidad se presenta -



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

cuando el observador define las categorías de puntaje de codificación, para ser usados establemente en el registro, ello no siempre es posible porque existen modificaciones en el protocolo de ambos observadores para determinar el estudio, según la evaluación de condiciones, sean abiertas o cerradas. En el entrenamiento a observadores se debe de requerir una igualación de puntajes, sin diferencias significantes en la frecuencia de conducta registrada. Los observadores deben de comparar sus registros, para desarrollar un consenso observacional de las categorías conductuales que difieren de grupo a grupo, o de individuo a individuo.

IZT. 1000539

Las definiciones operacionales de aspectos específicos de conducta (categorías de respuesta) ayudan a reducir la influencia de factores dañinos, que pueden cambiar la vía principal en los registros observacionales (objetivo) o bien tener efecto en la naturaleza de los registros subsecuentes (Skuller y Mc Namara 1977, mencionado en Kent y Poster, 1977).

La interacción de los observadores con el facultativo, estudiantes graduados y personal a quien se le va a registrar así como el interés con el tratamiento particular, puede tener efectos significantes, en el dato obtenido. Los programas pueden ser arreglados para obtener observación ocasional simultánea de la misma conducta por dos observadores. El método entre observadores para computar la confiabilidad y obtener la cualidad del dato por la determinación de la magnitud del coeficiente, entre dos conclusiones investi-

gadas se obtiene, por: el número de acuerdos de los dos ---
observadores, más el número de desacuerdos de los dos observadores,
sobre el número de acuerdos y el resultado multi -
plicado por cien .

$$\text{CFB} = \frac{\text{Acuerdos} + \text{Desacuerdos}}{\text{Acuerdos}} \times 100$$

III DESARROLLO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION A TRAVES DEL SENALAMIENTO DE FORMAS Y CORRECCIONES SUCESIVAS.

Considerando que la evaluación conductual se efectuó en un hospital psiquiátrico pretendía por:

Objetivo general - el desarrollar un instrumento de evaluación conductual que permitiera localizar áreas de comportamiento trastornado, por el tipo de respuestas que cada paciente presentaba ante ciertos estímulos, a definir.

Objetivos particulares:

- a) Precisar cualidades de interacción
- b) Cumplir con ser confiable, y fácil de manejar con el personal del hospital y otros familiares del paciente.
- c) Auxiliar en el diagnóstico y apto a los defectos terapéuticos.
- d) Ser sensible a los efectos disposicionales .

La evaluación fué proporcionada por un grupo de observadores con criterios establecidos, ante el campo social; registro a un tiempo diferente cada uno de los cuatro observadores del grupo, durante un lapso de dos horas diarias, en los lugares más concurridos por los pacientes, según las costumbres y horarios del hospital; para obtener una muestra continua de la situación general durante el día.

La situación donde se registró fué en un pabellón del hospital mental " Dr. José Sayago " en Tepexpan, Edo. de México;

los lugares en él, fueron convencionales así como los horarios, según donde se encontraran reunidas las pacientes; comedor, pasillos, pabellón (área de dormitorios o estancia donde había mesas y sillas para trabajar en actividades manuales). Fueron pacientes femeninas los sujetos a registro y chequeo, que son los únicos admitidos en ese hospital; primero se registró a todo paciente que tenía una conducta de interacción, para lograr un protocolo con todas las posibles categorizaciones emitidas en ese lugar; tal que nos dieran una idea del comportamiento global.

El registro se hizo independientemente de la asignación que tuviera el paciente así como edad, ingresos, reingresos, tipo de tratamiento farmacológico o de otro tipo; alguna vez en el hospital mencionaron que se daba terapia de grupo, pero en el tiempo de presencia en el que se logró el trabajo, nunca se observó una sesión de tal tratamiento, por lo que ello no influyó en los datos.

Ver Forma C (s)

El sistema de trabajo inicial fué la de seguir una secuencia de pasos que formaban un algoritmo.

Ver Forma A

El sistema principió por un registro de estímulos y respuestas para poder identificar qué clase de conductas se dan ante qué situaciones. El trabajo requirió de detectar primero, de la forma más exhaustiva posible, los estímulos más relevantes que se presentaban a los pacientes, simultáneamente con la detección de las respuestas comunes en la situación hospitalaria.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
 DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL
 HOSPITAL CAMPESTRE "JOSE SAYAGO"
 TLAXEPAN, EDO. DE MEXICO.

Forma C

RELACION.- DE PACIENTES DEL PABELLON No. 4

NO M B R E	EDAD	No.CAMA	No.EXP.	DIAGNOSTICO	FECHA INGRESO	No.REINGRESOS	CUOTA
YOLANDA REY-OSO GUERRERO	44 Años	3	327	Epilepsia T.G.M.	9/III-64	X	EXENTA
MARIA GAYTAN RODRIGUEZ	55 "	4	575	Esquifrenia Hebefrenia	23-III-64		\$ 120.00
REFUGIO LOSOYA PEREZ	66 "	6	848	Epilepsia T.G.M.	29-X-66		\$ 210.00
MARGARITA SANCHEZ HERNANDEZ	42 "	7	1772	Epilepsia T.G.M.	6-X-77		EXENTA
MARINA MANNIQUE CORREU	40 "	8	349	Esquizofrenia Esquizo Afectiva	9-III-64		\$300.00
ROSA EMPERATRIZ DESCONOCIDA	50 "	10	2028	Psicosis con daño cerebral	13-V-80		EXENTA
JUVANA MATUJANO GONZALEZ	69 "	11	603	Esquizofrenia Indiferencial	6-V-63	X	\$240.00
AGUSTINA VALENCIA PROCOPIO	36 "	13	1005	Esquizofrenia PARANOIDE	24-VIII-68		\$120.00
MARIA DESCONOCIDA	46 "	14	1905	Retardo Mental Moderado	27-III-79		EXENTA
LIMA PEREZ GOMEZ	43 "	15	367	Esquizofrenia Indiferencial	10-III-64		EXENTA
GUADALUPE GONZALEZ AREVALO	37 "	17	457	Esquizofrenia Simple	13-III-64		EXENTA
INDIANA GANDY	43 "	18	1198	Psicosis con matices paranoide	17-XI-70		EXENTA
ALICIA ARRIAGA ABREGO	69 "	19	736	Esquizofrenia Paranoide	26-X-65		EXENTA
RAMONA OZUNA GARCIA	73 "	20	885	Psicosis maniaco depresiva	28-X-67		EXENTA
MA. DE LA LUZ HDEZ. ESCAMILLA	39 "	21	396	Retardo mental moderado	11-III-64		EXENTA
CONSUELO DE LA ROSA NIOS	33 "	22	1230	Esquizofrenia Paranoide	2-IV-72	XXXXX	\$240.00
<u>PAULA DESCONOCIDA</u>	26 "	24	1048	<u>Retardo mental</u> <u>Profundo</u>	1-III-69		EXENTA
JOSEFINA DESCONOCIDA	27 "	25	1615	Retardo mental Severo	28-II-76		EXENTA

				(2)			
ANAPA JUAREZ SANTANDER	69 años	27	1864	Demencia Senil	6-X-78		EXENTA
LAURA DESCONOCIDA	33 "	29	1421	Retardo Mental Profundo	29-XI-73		EXENTA
RAMONA ESPINOZA MENDOZA	45 "	30	568	Esquizofrenia Hebefrenica	18-III-64		EXENTA
<u>BIANCA CARBAJAL OREZA</u>	65 "	34	445	<u>Esquizofrenia</u> <u>Paranoide</u>	13-III-64	X	EXENTA
OLIVIA MARTINEZ DE LEZA	46 "	35	1692	Psicosis con matias paranoi des	13-III-77		\$ 330.00
ELVIRA BELTOKOSKI ORTIZ	47 "	36	546	Psicosis con retardo mental moderado	20-III-64		\$ 270.00
TERESA DELGADO TODON	47 "	37	1548	Esquizofrenia Hebefrenia	25-IV-75	X	180.00
EVANGELINA MEJIA ESQUIVEL	35 "	40	962	Esquizofrenia simple	9-IV-68	XX	EXENTA
MARIA MARTINEZ MARTINEZ	37 "	46	486	Epilepcia T.G.M.	18-V-64	XX	EXENTA
MARTHA FLORES	38 "	47	952	Esquizofrenia Paranoide	19-II-68		EXENTA
ANA MAJIMENEZ DE LA O.	40 "	48	522	Esquizofrenia Hebefrenica	19-III-64	X	EXENTA
<u>ELENA ARELLANO GARCIA</u>	66 "	49	1884	<u>Epilepcia</u>	9-XI-78		EXENTA
FABIANA ROMAN	65 "	50	1975	Epilepcia	6-XI-79		EXENTA
PETRA PALMA HERNANDEZ	50 "	51	77	Epilepcia	6-V-63		EXENTA
<u>PILAR RUIZ CERVERA</u>	40 "	52	1915	<u>Epilepcia</u> <u>T.G.M.</u>	19-VI-79		EXENTA
ROSA RAMOS AVILA	35 "	53	1113	Esquizofrenia Indiferencial	13-X-69		EXENTA
JOSEFINA LIMA	32 "	54	1991	Retardo Mental Severo	13-XII-79		EXENTA
<u>ROSALBA ARROYO LOPEZ</u>	30 "	55	1688	<u>Epilepcia</u> <u>T.G.M.</u>	21-II-77		\$ 210.00
DOLORES GUTIERREZ ROSALES	54 "	56	518	Esquizofrenia Simple	19-III-64		420.00
EMONACIA RUIZ BASTAN	51 "	57	789	Esquizofrenia Simple	19-III-64		EXENTA

				(3)			
VICTORIA ESCOCES VAREZ	38 Años	58	516	Esquizofrenia Paranoide	19-III-64		EXENTA
HERIBERTA PIMENTEL LEDEZMA	54 "	59	775	Esquizofrenia Indiferencial	22-VIII-64		EXENTA
HEMINIA PEREZ FRANCO	57 "	60	589	Esquizofrenia Paranoide	26-III-64	X	EXENTA
<u>GUXDALUTE CORDOVA SAMIRZ</u>	39 "	61	1073	Esquizofrenia Paranoide	5-VI-69	X	360.00
MARGARITA HDEZ. GARCIA	52 "	62	296	Esquizofrenia Indiferencial	2-XII-63	X	240.00
AIDEE GONZALEZ LEON	50 "	64	547	Esquizofrenia Hebrenica	20-III-64		300.00
<u>VALENTINA DESCONOCIDA</u>	38 "	65	1860	Retardo Mental Moderado	5-X-78		EXENTA
JUANA ORTIZ TICALCO	53 "	68	782	Retardo Mental Profundo	17-III-66		EXENTA
TRINIDAD SANCHEZ ESTEJUL	80 "	70	280	Esquizofrenia Cronica Indf.	8-XI-63		EXENTA
FRANCISCA LONGUI	22 "	71	1805	Epilepsia T.G.M.	2-III-78		EXENTA
MARIA GARCIA DEL CASTILLO	37 "	72	1841	Epilepsia T.G.M.	21-VII-78		EXENTA
ROSA MA. BENITEZ LOPEZ	33 "	73	1592	Retardo Mental Moderado	13-IX-74		\$ 210.00
JULIA URBINA RODRIGUEZ	39 "	74	496	Epilepsia T.G.M.	10-III-64		EXENTA
TRINIDAD TIERREY ORTIZ	61 "	75	793	Esquizofrenia Paranoide	19-XI-65		EXENTA
BARBARA OLIVIA GUERRA C.	67 "	76	816	Epilepsia T.G.M.	15-XII-65		\$ 420.00
LIDIA GONZALEZ GARCIA	48 "	77	200	Esquizofrenia Paranoide	7-X-63		EXENTA
MADE JESUS VILLAVICENCIO	38 "	80	282	Esquizofrenia Hebrenica	8-XI-63		EXENTA
MARITONA GARCIA PEREZ	41 "	81	1236	Encefalopatia Post- Traumatica	20-X-71	X	EXENTA
AMADA MONTIEL HDEZ.	60 "	82	803	Esquizofrenia Cronica Indf.	2-VII-64		\$ 90.00
<u>GRICELDA CAZARES HERRERA</u>	28 "	83	1505	<u>Encefalopatia</u> T.G.M.	7-XI-74	X	\$ 240.00

						(4)			Forma C ₃
ROSA CHAVEZ SALAZAR	58 Años	- 65	1860	Retardo Mental Moderado	5-X-78			EXENTA	
CARMEN CAMPOS HERNANDEZ	70 "	88	566	Esquizofrenia Cronica Indf.	23-III-64		\$	300.00	
SALUSTIA DESCONOCIDA	18 "	90	1865	Retardo Mental Severo	6-X-78			EXENTA	
HORTENCIA RAMIREZ MTEZ.	51 "	91	165	Epilepsia T.G.M.	6-V-63			EXENTA	
AIDES GONZALEZ ALLEGRIA	68 "	95	1112	Esquizofrenia Cronica Indf.	13-X-69			EXENTA	
Cleotilde Avendaño Nobles	38 "	96	761	Esquizofrenia Cronica Simple	5-XI-65			EXENTA	
MARGARITA LOPEZ	26 "	97	1933	Retardo Mental Severo	12-III-79			EXENTA	
MARIA CRUZ MORALES	24 "	98	1913	Epilepsia Parcial	19-IV-79			EXENTA	
MARGARITA ESCUIVEL CASTILLO	57 "	99	1466	Psicosis Maniaco Depresiva	7-VI-74		\$	150.00	
MARCELA PAZ TOPRES	63 "	100	1134	Esquizofrenia Paranoide	9-I-70			EXENTA	
<u>GLORIA TELLEZ LEGUIA</u>	44 "	2	1477	<u>Esquizofrenia Paranoide</u>	15-VII-74	XXXXXX	\$	300.00	
MARCELA LUZ MUNEZ RDEZ.	46 "	5	2056	Brote Psicotico c/retardo Mental	3-XI-80			300.00	
GUADALUPE PEREZ GOMEZ	46 "	39	476	Epilepsia T.G.M.	18-III-64			EXENTA	

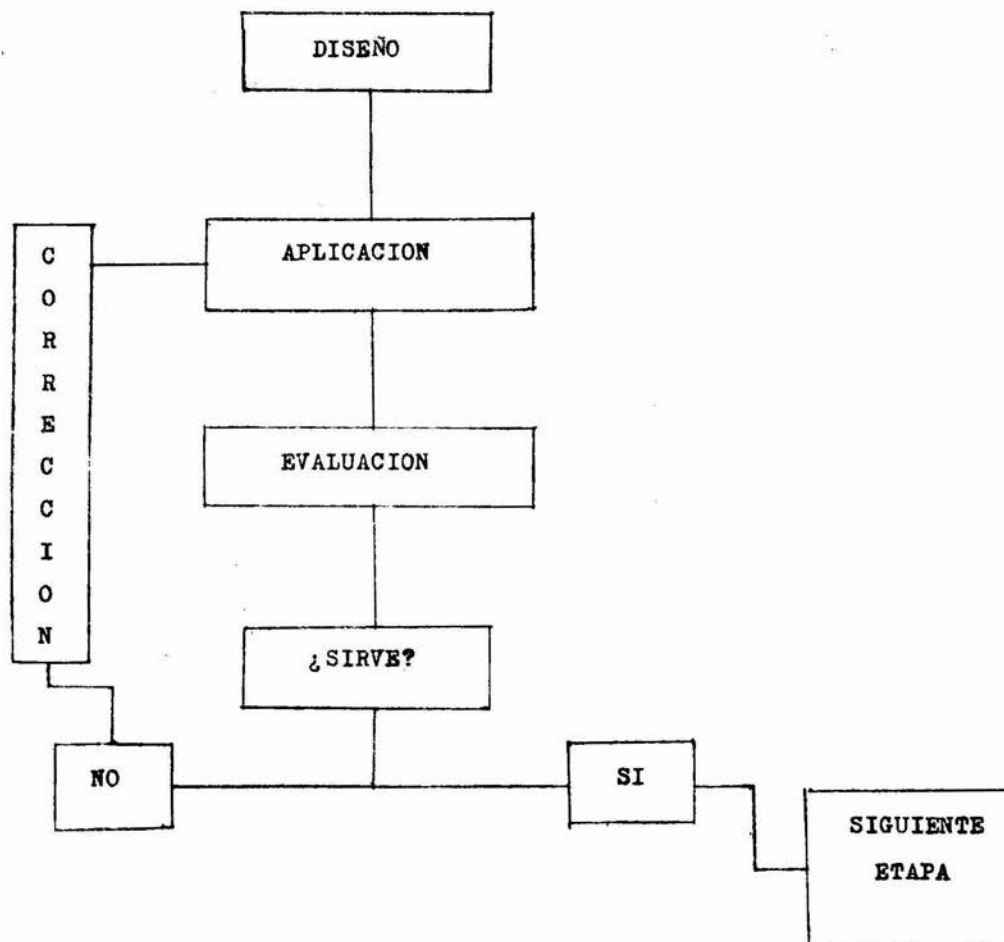
POBLACION TOTAL . . . 73

Tepexpan, Edo. de Méx., a 13 de enero de 1981

A T E N T A M E N T E
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE T.S.

T.S. INES VARGAS HERNANDEZ

Nota: las pacientes señaladas en las formas C, C₁, C₂ y C₃ constituyeron el grupo piloto.



Un registro anecdótico en forma específica AB (estímulos y - respuestas) fué ocupado del siguiente modo: en una hoja se - anotaban en forma vertical los estímulos y del lado derecho - en la misma forma las respuestas, al principio se escribía - todo lo que se observaba, aún cuando las situaciones se repi - tieran con una, con otra o con varias pacientes a la vez.

Ver Forma AB

Se trabajó con los estímulos que fueron producidos por otras - pacientes, se pensó que los estímulos y respuestas en rela - ción podían dar una categoría de comportamiento a través de - un intento de evaluación por forma dentro del mismo protoco - lo, el cual se modificó varias veces pero no se cambio de es - tructura, por el hecho de las fallas encontradas no eran - básicas para la detección funcional E-R de cada momento.

El protocolo fué de doble entrada (estímulos y respuestas) - ocupado de la siguiente manera: en la orilla izquierda se - listaron los E's y en la parte superior se listaron los R's - Cuando una situación ocurría se marcaba la intersección de - la relación E-R de esta manera (/), fuera la conducta antece - dente o consecuente a el estímulo.

Se hizo un chequeo de las categorías de conducta por todos - los observadores / registradores, la evaluación en sí fué la - más comprometedora para la realización del instrumento por - que fué sufriendo niveles de dificultad, por el aumento de - categorías. La pregunta si la forma servía o no se hizo mu - chas veces y cuando el chequeo era negativo se pasaba a - corrección, tal que cambiaba la forma en alguna de sus par - tes.

Registro en Forma Específica AB .(ejemplo)

A Estímulos	B Respuestas
Pabellón:	
Una técnica(enseñante de actividades recreativas) le da un reporte al doctor de las pacientes que trabaja con ellas .	Algunas se acercan, a ver que hacen ellos
Las enfermeras dan medicina a las que se acercan al mostrador La enfermera amenaza con decirle al doctor	Algunas si la toman, otras no la quieren Ellas la toman enojadas
Se menciona en voz alta, el nombre de las que faltan de tomarla	Se acercan unas, otras no
El doctor les llama	Acuden las faltantes
La técnica llama a las que trabajan con ellas para darles galletas	Las pacientes se forman y se les reparten
El doctor todavía está en el pabellón	Una paciente se acerca a él y le comenta, que desea ir - se a su casa
El contesta que no lo hace porque, no depende de él, sino de ella	Ella se alejó enojada, por - que iba diciendo insultos
Comedor:	
Una enfermera reparte agua a las - pacientes	Algunas piden más, otras solo la aceptan .
Una paciente estaba comiendo solo pan, aún cuando tenía su charola -- con comida, le ordenaron usar la cuchara	Hasta aproximadamente 15' - después comió con la cuchara en algunas ocasiones

La corrección consistía en la modificación de la forma, - - fuera para ampliarla, acortarla, intercambiar, aumentar, - - o unir categorías, en general una corrección era necesaria - porque la forma no abarcaba todo el contexto comportamental - observado en el escenario natural, o porque eran demasiadas - las categorías contenidas, que de momento no era posible re - gistrarlas, o porque no era posible recordar cada una de las categorías porque se confundían en su definición al momento - de registro.

Después de cada corrección se recorrían los pasos sec - cionales del diseño, hasta que se constituyó una forma del proto - colo, que podía ser utilizado con un grupo de pacientes a - manera de prueba, para ver si funcionaba en la detección de comportamiento particularizado, el caso se presentó y el mo - mento en el algoritmo es el punto en que marca: sí --- si - guiente etapa.

Cada forma de registro utilizado fué considerado modelo del - esencial; la primera versión (llamada así a manera convencio - nal), ocupó las formas 1, 2, 3, 4 y 5 para el chequeo de - "categorías de respuestas" y la segunda versión ocupó las - formas 6 y 7 para el chequeo de "clases de respuestas".

Hay ocasiones de cadena de respuestas, donde se anotó sólo - la primera y última interacciones; en el caso de la catego - ría de respuesta acercamiento físico, se registraba solamen - te si era la única respuesta, porque en otra interacción -

ésta categoría tenía que haber sucedido forzosamente, aún -
sin registrarla (por ejemplo, contacto físico).

1).- La primera forma consistió en el registro de las si - -
guientes respuestas:

Acercamiento físico, convención social/verbal, petición de -
ayuda, orden de hacer o dar algo, insulto, provocación o - -
reto, instrucción o ayuda no solicitada, conversación y/o -
sonrisa, contacto físico, quejas, esperar a ver que pasa, -
irse a otro lado, pedir que se vaya, disculparse por no hacer
lo, dar ayuda solicitada, obedecer, aprobación, aceptar ofre
cimiento e indiferencia.

Se presentaron ante los siguientes estímulos:

Acercamiento físico, convención social/verbal, petición de -
ayuda, orden de hacer o dar algo, insulto, provocación o -
reto, agresión física, instrucción o ayuda no solicitada, -
conversación y/o sonrisa, contacto físico, quejas, ofrecer -
o compartir algo.

La definición de las categorías conductuales que componían -
la escala fué necesaria:

Acercamiento físico - que una paciente se acerque a otra, -
manteniendo una distancia cercana, excluyendo contacto ffsi-
co.

Convención social/verbal - presentación de un convencionalismo utilizado en la sociedad como es el saludar, dar las gracias; sea vocalizada o con movimientos de alguna parte superior del cuerpo.

Petición de ayuda - solicitar la cooperación de otras pacientes para lograr algo.

Orden de hacer o dar algo - que la paciente pida alzando la voz, que otra paciente haga algo o le de lo que necesita.

Insulto - que diga palabras obscenas a otra paciente.

Provocación o reto - que la paciente vocalice o con maneras significativas, la provocación de agredir a otra paciente.

Instrucción o ayuda no solicitada - dar la explicación de alguna cosa para hacer o cooperar a el logro de algo, aún sin pedirlo a esa paciente.

Conversación y/o sonrisa - hablar con otra paciente de modo familiar, mostrarse risueño, alegre o serio pero sin discutir.

Contacto físico - conducta de tocar cualquier parte del cuerpo de otra persona, como el apoyarse en ella .

Quejas - acusación de un hecho, con resentimiento hacia una-

persona o bien expresar un dolor físico.

Ofrecer, compartir algo - enseñar una cosa y darla, aún sin recibir algo a cambio.

Esperar a ver que pasa - la paciente queda a distancia de otra, con atención en lo que hace.

Irse a otro lado - acción de cambiar de lugar cuando se le habla en forma de orden o bien hay una situación que no le gusta.

Pedir que se vaya - rogar la ausencia de una paciente en algún momento, por conveniencia.

Disculparse por no hacerlo - dar razones verdaderas o falsas para deshacerse de una ayuda u orden.

Dar ayuda solicitada - prestar cooperación a otras pacientes para lograr algo.

Obedecer - cumplir lo que le dicen.

Aprobación - aceptar la opinión de la paciente, con la que se habla.

Aceptar ofrecimiento - recibir lo que se desea o lo que se le presenta.

Indiferencia - no dar importancia que las cosas sean de un modo o de otro.

Los tipos de respuesta obtenidos, son categorías que se presentaban también como estímulos, excepto agresión física verbal " hasta este momento " su definición es conducción violenta intensa, que produce daño a otras pacientes como golpéo, tirar objetos, dar patadas, empujar bruscamente, etc

Ver Forma 1

2).- Al efectuar el registro anterior por un espacio de tiempo, se observó que existía una falta de categorías de respuesta y se adhirieron algunas: Pedir aclaración, imitación o burla, regalar algo, petición de auxilio y negación, con la permanencia de los estímulos de la forma 1.

Definición de cada categoría:

Pedir aclaración - pedir que se le explique con detalle o de modo lento, un hecho.

Imitación o burla - efectuar una acción semejante a la ejemplificada por otra, con o sin intención.

Regalar algo - ofrecer voluntariamente lo que se tiene.

Petición de auxilio - solicitar colaboración de otra paciente solo en caso absolutamente necesario, como el no poder caminar, comer o levantarse

Negación - decir que no al pedir, decir o hacer algo otra -
paciente.

Ver Forma 2

3).- Luego se sumaron al registro, algunos estímulos necesarios: otras pacientes trabajando, otras pacientes jugando o platicando, otras pacientes consumiendo, otras -
pacientes hablando solas o autoestimulándose y otras -
pacientes ociosas. Las categorías anteriores se definen en sí mismas, excepto la cuarta.

La categoría de autoestimulación, es aquella conducta -
repetitiva, sin estímulo aparente como el rascarse, --
hacer ruidos, menesterismos (algunas veces haciéndose daño)
Hasta esta parte las diferentes respuestas producidas, -
sumaban 24 y el número de estímulos eran 17.

Ver Forma 3

4).- En la situación presente el registro fué considerado -
forma 4 con el aumento de una respuesta más, agresión -
física que habí sido sólo una categoría de estímulo y -
un estímulo agregado fué órden terapéutica.

Después de aplicar ese registro, se obtuvieron correlaciones innecesarias, puesto que no se presentaban y se anulaban dentro del registro, señalándolos con un asterisco (*).

Forma 3

ESTIMULOS

RESPUESTAS

	Acercamiento físico	Convención soc/verbal	Petición de ayuda	Orden de hacer o dar algo	Insulto	Provocación o reto	Instrucción o ayuda no solicitada	Conversación y/o sonrisa	Contacto físico	Quejas	Esperar a ver que pasa	Irse a otro lado	Pedir que se vaya	Disculparse por no hacer algo	Dar a una solicitud	Obedecer	Aprobación	Aceptar ofrecimiento	Indiferencia	Pedir aclaración	Imitación o burla	Regalar algo	Petición de auxilio	Negación		
Acercamiento físico																										
Convención soc/verbal																										
Petición de ayuda																										
Orden de hacer o dar algo																										
Insulto																										
Provocación o reto																										
Presión física																										
Instrucción o ayuda no solicitada																										
Conversación y/o sonrisa																										
Contacto físico																										
Quejas																										
Ofrecer compartir algo																										
Otras pacientes trab.	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	
Otras pac. jugando o practicando	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	
Otras pac. consumiendo	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	
Otras pac. hablando/ aut.	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	
Otras pac. ociosas	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	&	

Lugar _____ Hora de Inicio _____ Registrador _____ Fecha _____
 Hora de Term. _____

Categorías no registrables

R's		E's
a) Acercamiento Físico	no se de ante	Agresión Física, con tacto físico, órden- terapéutica.
b) Convención Social/ Verbal	" "	Insulto, provocación o reto, agresión -- física.
c) Petición de Ayuda	" "	Provocación o reto, -- agresión física.
d) Orden de hacer o - dar algo	" "	Ofrecer, compartir - algo.
e) Instrucción o Ayuda no solicitada	" "	Petición de ayuda, - órden de hacer o dar algo, insulto, pro - vocación o reto, -- agresión física.
f) Esperar a ver que - pasa	" "	Petición de ayuda, - órden de hacer, o -- dar algo, instruc -- ción o ayuda no soli citada, órden tera - peútica.
g) Disculparse por no - hacerlo	" "	Acercamiento físico, convención social/ - verbal, insulto, pro vocación o reto. -- Agresión física, -- otras pacientes tra- bajando, otras pa -- cientes jugando o --

R's

E's

no se de ante

platicando, otras pa-
cientes consumiendo,
otras pacientes ha -
blando solas, o auto
estimulándose, otras
pacientes ociosas. -
Orden Terapéutica
conversación y/o son
risa, contacto físico
quejas.

h) Dar ayuda soli
citada

" "

odos los presentados
en g), además órden
de hacer o dar algo-
e instrucciones o --
ayuda no solicitada.

i) Obedecer

" "

Todos los presenta -
dos en g), además de
petición de ayuda.

j) Aprobación

" "

Todos los presenta -
dos en g), además de
petición de ayuda y-
orden de hacer o dar
algo. Pero si se --
presenta ante:
Conversación y/o --
sonrisa y quejas.

k) Aceptar ofreci-
miento.

" "

Todos los presenta -
dos en g), además de
petición de ayuda y-
orden de hacer o dar
algo; si se presenta
en ofrecer, compar -
tir algo.

l) Pedir aclara --
ción

" "

Contacto físico

R's		E's
m) Imitación o burla	no se de ante	Agresión física, -- contacto físico.
n) Regalar algo	" "	Petición de ayuda, -- orden terapéutica.
o) Negación	" "	Acercamiento físico, convención social/ -- verbal, agresión -- física, contacto -- físico, otras pacien <u>tes</u> trabajando, otras pacientes jugando o-- platicando, otras -- pacientes consumiendo otras pacientes -- hablando solas o es-- timulándose, otras -- pacientes ociosas.

Ver Forma 4

5).- En esta etapa de registro, se hizo la primera proposi --
ción acerca del comportamiento del paciente psiquiátrico, den--
tro de la cual había que "diferenciar" de alguna manera el que
fuera adecuado e inadecuado, según las relaciones funcionales--
presentes o no en el medio.

Determinar si las interacciones son o no adecuadas, en --
una dificultad para el evaluador, que se convierte sin querer--
en juez calificador.

Considerando aspectos éticos, sociales y económicos, se --
adoptaron algunos criterios cumpliéndose uno o varios a la vez
para detectar una interacción adecuada:

Forma 4

ESTIMULOS

RESPUESTAS

	Acercamiento físico	Convención soc/verbal	Petición de ayuda	Orden de hacer o dar algo	Insulto	Provocación o reto	Instruc.o ayuda no solíc.	Conversación y/o sonrisa	Contacto físico	Quejas	Esperar a ver que pasa	Irse a otro lado	Pedir que se vaya	Disculparse por no hacerlo	Dar ayuda solicitada	Obedecer	Aprobación	Aceptar ofrecimiento	Indiferencia	Pedir aclaración	Imitación o burla	Regalar algo	Petición de auxilio	Negación	Agresión física
Acercamiento físico	A A D D I I A A D D										D D									I D					I
Convención soc/verbal	A A D D I I D A D D I I I I																	I		I D I					I
Petición de ayuda	A I I D I I I D I I I I A A A A A I A I A I I I																								
Orden de hacer o dar algo	D A D D I I A D D D D A A D D D D A I D D I																								
Insulto	I D D I I D I D A A																		A A I D A A I						
Provocación o reto	I D D I I D I D A A																		A A I D A A I						
Agresión física					I I D I A A														I A I A I						I
Instr.ayuda no solicitada	A A I I A A A I I															A A A I A I I D I									
Conversación y/o sonrisa	A A D D I I D A D D I I I																		I I D I I						I
Contacto físico	A I I D A D I I I																		I I I						I
Quejas	D I I A D D I A I D I																		I A I D I						I
Ofrecer compartir algo	A A I I I A I I I A A A D I I I																								
Otras pac.trabajando	D I I D I I I I																		A I I						I
Otras pac.jug.o platic.o consumiénd	A A D I I A D D I D I D I																								I
Otras pac.hablando/autoest.	I I D I D I D I D I																								I
Otras pac.ociosas	A A I I A D D I I I																		I I						I
Orden Terapéutica	A D I I D A I I I D D A A A I D I I I I																								I

Sujeto _____ Lugar _____
 Registrador _____
 Hora de Inicio _____
 Hora term. _____ Fecha _____

- 1).- No daña a los demás en ningún caso y es requerida por el medio actual, y el medio futuro.
- 2).- Beneficia al paciente u obtiene alguna ganancia para el paciente en lo sucesivo.
- 3).- Es prerequisite para otra interacción deseable.

Los criterios adoptados, para detectar una interacción-inadecuada:

- 1).- Daña a otros
- 2).- Produce daño propio
- 3).- Evita otras interacciones deseables
- 4).- Sucede a una tasa anormal
- 5).- Evita algunas ganancias en el futuro o actualmente
- 6).- Es impropia para la función del lugar. (situación convencional, es incompatible con lo requerido en el momento).

Al principio las demás categorías que no eran inadecuadas o no registrables, fueron considerados como adecuadas. En este período de registro, pocos eran los espacios en blanco o lugares vacíos para colocar la diagonal (/) de relación entre categorías de E y R, puesto que se había asignado un símbolo a cada clase de respuestas; * para la relación que -

ESTIMULOS

	REGISTRADOR										JUEGA														
	Hora de Inicio					Hora de Term.					Hora de Inicio					Hora de Term.									
Acercamiento físico																									
Convención sic/verbal																									
Petición de ayuda																									
Orden de hacer o dar algo																									
Insulto																									
Provocación o reto																									
Agresión física	*					*					*					*					*				
Insult o ayuda no solicitada																									
Conversación y/o sonrisas																									
Contacto físico																									
Objeto																									
Ofrecer compartir algo																									
Otras pac. tra. jugando																									
Otras pac. juego o platicando o comunicando																									
Otras pac. habil. que solas o autoestimulándose																									
Otras pac. ociosas																									
Orden Terapéutica	*																								

no se presentara o que no era registrable; I para las res --
puestas inapropiadas; A para las apropiadas y D para las ---
dudosas entre Apropiadas e Inapropiadas, (clases de conducta
que no eran exhaustivas o sea interacciones que no califi --
caban ni de un modo, ni de otro y se anotaban, en una clase--
según lo adecuado o no a la situación observada, y criterios
adoptados, (ya mencionados).

Como se ha podido observar, hasta este paso el regis --
tro se notaba de manejo dificultoso, por la cantidad nume --
rosa de estímulos y respuestas qué, aún predeterminadas por-
clase, las más problemáticas eran las relaciones dudosas.

Ver Forma 5

6).- Lo que se efectuó fué una modificación sobre el número-
de estímulos y respuestas, después de sacar muestras en el -
campo. Al probar este registro, se observó que existían --
categorías las cuales en la práctica social eran ambiguas, -
no era lógico quitarlas porque se presentaban en la inter --
acción entre pacientes, sólo que no se sabía donde anotar --
las, en el momento de presentación, entonces se hizo una --
reunión de categorías de estímulo, así como una reunión de -
categorías de respuestas.

Se ordenaron en base a la perseverancia de presentación
y pertinencia de clase de categorías.

Respuestas:

- Convención social, conversación, sonrisa.
- Insulto, provocación o reto, burla, agresión.

Falta página

N° 66

- Disculparse por no hacerlo, dar ayuda solicitada.
- Obedecer, aprobación, aceptar ofrecimiento.

Estímulos:

- Convención social/verbal, conversación, sonrisa.
- Insulto, provocación o reto.
- Otras pacientes jugando o platicando, ociosas.

El número de respuestas concretas fueron 17 y el de -- estímulos fueron 14, se reorganizaron las categorías por -- criterios.

Apropiado A, inapropiado I, no registrable * , y dudosas ?.

Los lugares con ¿ son dudosas en A.

Los lugares con ? son dudosas en I.

Los lugares con ¿ ? son dudosas entre A ¿ e I ?, porque -- podrían presentarse de las dos maneras, según el paciente.

Pensando en dejar un registro manuable y limpio se resolvió:

- a).- No cuadricular el lugar de los no registrables
- b).- Marcar el cuadro de apropiadas e inapropiadas, sin -- inscripción alguna, dentro del cuadro
- c).- Marcar el cuadro de las dudas con inscripciones pequeñas, fuera A ¿ en algunos casos y en otros I ? o -- bien A ¿ e I ?, en el mismo cuadro.

De hecho esta forma es la unión de forma 4 y forma 5 -- con la reunión de categorías.

Ver Forma 6

RESPUESTAS

ESTIMULOS

ESTIMULOS	Acercamiento físico	Conversación soc./verbal	Insulto, burla, agresión	Provocación o reto	Contacto físico	Intra a otro lado, pedir que se vaya	Petición de ayuda	Obedecer, aprocar, aceptar ofrecimiento	Orden de hacer o dar algo	Quejas	Dar ayuda solidaria, disculparse por no hacerlo	Esperar a ver que pasa	Petición de auxilio	Instr. o ayuda no solíc.	Negación	Indiferencia	Pedir colaboración	Reparar algo
Acercamiento físico	A	A	I	I	?	?	?	•	•	•	•	•	•	A	•	•	•	•
Conversación, sonrisa convención soc/verbal	A	A	I	I	?	I	?	•	?	•	•	I	I	A	•	I	•	?
Contacto físico	•	A	I	I	?	I	•	•	•	•	•	•	I	•	•	I	•	•
Instr. o ayuda no solíc.	A	A	I	I	A	I	•	A	•	•	•	•	I	•	?	I	A	•
Quejas	?	•	I	I	•	?	•	•	•	•	•	•	?	A	•	I	A	•
Orden de hacer o dar algo	?	A	I	I	•	?	?	?	•	•	A	•	•	•	?	•	A	?
Otros p.c. Jug. o platic. consumiendo /ociosas	A	A	I	I	?	?	?	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Otros pac. hab. solas	•	•	I	I	•	?	•	•	•	•	•	•	?	?	•	•	•	•
Petición de ayuda(emerg.)	A	I	I	I	?	I	I	A	?	I	A	I	A	•	I	I	A	•
Agresión física	•	•	I	I	?	A	•	•	•	•	•	I	A	•	I	I	A	•
Insulto, provocación o reto	I	•	I	I	A	A	•	•	•	?	•	•	A	•	A	A	A	?
Otros pac. tab. (act. rec.)	?	•	I	I	A	A	•	•	?	I	•	•	•	?	•	A	•	•
Ofrecer compartir algo	A	A	I	I	•	I	I	A	•	I	•	•	I	•	•	I	?	•
Orden terapéutica	•	A	I	I	•	I	?	A	?	I	•	•	I	?	I	I	•	•

Nombre _____ Registrador _____ Fecha _____

Hr. Inicio _____ Hr. terminación _____

Después de los mencionados cambios, hechos al registro obtenido por la muestra de todos los pacientes presentes, en el momento de la observación, el registro con la última modificación fué ocupado como definitivo, para obtener un sistema de evaluación sobre el comportamiento psiquiátrico, a través de la relación entre pacientes.

La parte de prueba consistió en la obtención de una evaluación piloto, a través de un sistema de registro que consistía en 17 categorías de respuesta y 14 categorías de estímulo con 3 clases de respuesta:

Apropiadas, inapropiadas y dudosas, entre las dos primeras clases con notación en alguna de ellas, según el criterio situacional.

Ver Forma 7

Se requirió que las observaciones se obtuvieran a diferentes horas del día, para tener un registro de actividad o inactividad continua, por cada uno de los pacientes. Los horarios se escogieron estratégicamente según sus actividades en forma similar a los que se tomaron como base para éste sistema de evaluación, o protocolo de registro.

En éste período, la evaluación fué proporcionada por dos observadores que registraban al mismo tiempo, para obtener la confiabilidad. Se procedió con 10 pacientes escogidas del mismo pabellón que ya habían sido registradas casualmente por todos los observadores y checadas en las formas generales

Forma 7

RESPUESTAS

ESTUDIOS

Regular algo	3	4						3?
Pedir aclaración								
Indiferencia								
Negación				3				3
Instruc.o ayuda no solicitada							3	
Petición de auxilio							3	
Esperar a ver que pasa								
Dar ayuda solicitada, disculparse por no hacerlo								
Quejas		?	?					
Orden de hacer o dar algo								
Obedecer, aprobar, aceptar un ofrecimiento								
Petición de ayuda								
Mov. a otro lado, pedir que se vaya		?						
Contacto Físico		?		3				
Insulto, burla, agresión provocación o reto								
Convención soc / verbal conversación, sonrisa								
Acercamiento físico								

acercamiento físico
 Conversación, sonrisa
 convención soc / verbal
 Contacto Físico
 Insultu. o ayuda no solicitada
 Quejas
 Orden de hacer o dar algo
 OTRAS soc. jugando, platic.
 comunicando / acciones
 OTRAS soc. hablando
 Petición de ayuda (emerg.)
 agresión Física
 Insulto, provocación o reto
 OTRAS soc. Trabajando (act. rec.)
 Ofrecer compartir algo
 Orden Terapéutica

sujeto _____ Registrador _____ Fecha _____
 Hr. Inicio _____ Hr. Terminación _____ Lugar _____

por ser las de comportamiento más sobresaliente o sea más -
facilmente percibido o por su mayor interacción, de donde -
según el criterio de los observadores, las pacientes podían -
ser catalogadas :

- a) La mayoría de comportamiento inadecuado (mal interacción)
- b) La mayoría de comportamiento adecuado.
- c) Algunas veces comportamiento adecuado y otras inadecuado.

Ver Formas C , C₁, C₂ y C₃

La evaluación se hizo igual para todas, pero con el cuidado -
necesario, en el registro de cada paciente. Se hicieron pri -
mero cuatro observaciones de una hora por cada una de las -
pacientes, así se obtuvieron 40 observaciones en total, -
nunca se hizo más de una observación por día, para cada pa -
ciente. Se hacían a veces dos o más registros de diferentes -
pacientes, uno de cada una, según el tiempo disponible.

Aproximadamente después de un mes de haber hecho las 4 ob -
servaciones y sacar parte de la confiabilidad, se regresó al
campo, para obtener otras 4 observaciones de cada sujeto, el
total de observaciones fueron 8 por cada paciente, así se -
obtuvieron 80 datos en total, de las 10 pacientes.

Ver Forma 7a " 7b
(ejemplificación de registros)

RESPUESTAS

ESTIMULOS

contacto físico																	
conversación, sonrisa																	
CONVENCIÓN soc./verbal	1/1/1/1/1																
contacto físico																	
FAMILIA... SOLICITADA																	
brochas																	
Orden de hacer o dar algo																	
Otras soc. (jugando, platic., comentarios / ociosas)																	
Otra soc. hablirndo																	
Letición de ayuda (emerg.)																	
acarición física																	
Insulto, provocación o reto																	
Otras soc. (mirando, det. rec.)																	
Ofrecer compartir algo																	
Orden terapéutica																	

Sujeto Griselda Registrador II Leticia Fecha 28-09-81
 Hr. Inicio 12.40 Hr. Terminación 13.00 Lugar Jardín

IV RESULTADOS DE LA APLICACION A UN GRUPO PILOTO

La Confiabilidad de éste trabajo se obtuvo por medio de dos -- observadores, a través de los últimos 80 registros de pacientes que sirvieron como sujetos de un grupo piloto, el estudio de la confiabilidad se realizó mediante un protocolo -Hoja de Interacción con Otras Pacientes- donde se encuentran las relaciones E-R más significantes. (Forma 7)

Para obtener éste aspecto metodológico, se consideró el número de veces en que ambos observadores anotaban la ocurrencia de -- respuesta, sobre el número de veces en que uno de los observadores anotó la ocurrencia y el resultado fue multiplicado por 100.

$$\text{CFB} = \frac{\text{Número de ambas anotaciones de los observadores}}{\text{Número de anotaciones de cualquiera de los observadores}} \times 100$$

Los datos de la confiabilidad (CFB) se especifican por el inciso A) en las tablas 1 y 2.

En esas tablas de confiabilidad entre observadores se aprecia e que en los puntajes de un solo sujeto, hubo variabilidad entre -- .8 y 1.00 pero que en S₂, S₄, S₇ y S₉, no hubo cambios ya que el -- puntaje de 1.00 fue estable .

Se nota mejor en la Confiabilidad por observación, gráfica I fig. B - D, gráfica II fig. G y gráfica III fig. I .

El tipo de gráfica IV muestra el 1.00 como puntaje máximo de -- todas las observaciones, el cual debería de ser 8.00 como suma -- de todos los puntajes (por ejem. el sujeto 2), pero se colocó el 1.00, a manera convencional para significar el 100% de confiabilidad Total. Sobresalen los sujetos 2, 4, 7 y 9 .

Tabla 1

A)	<u>Confiability entre Observadores</u>		<u>%</u>
S ₁ Paula	$\frac{2}{2} = 1.00$	S ₄ Angeles	$\frac{10}{10} = 1.00$
	$\frac{10}{10} = 1.00$		$\frac{19}{19} = 1.00$
	$\frac{4}{5} = .8$		$\frac{5}{5} = 1.00$
	$\frac{4}{4} = 1.00$		$\frac{1}{1} = 1.00$
	$\frac{10}{11} = .90$		$\frac{10}{10} = 1.00$
	$\frac{4}{4} = 1.00$		$\frac{11}{11} = 1.00$
	$\frac{4}{4} = 1.00$		$\frac{10}{10} = 1.00$
	$\frac{9}{9} = 1.00$		$\frac{9}{9} = 1.00$
	$\frac{9}{9} = 1.00$		$\frac{8}{8} = 1.00$
	$\frac{1}{1} = 1.00$		$\frac{7}{7} = 1.00$
S ₂ Blanca	$\frac{13}{13} = 1.00$	S ₅ Lilmar	$\frac{4}{4} = 1.00$
	$\frac{13}{13} = 1.00$		$\frac{4}{4} = 1.00$
	$\frac{13}{13} = 1.00$		$\frac{17}{18} = .94$
	$\frac{13}{13} = 1.00$		$\frac{15}{16} = .93$
	$\frac{13}{13} = 1.00$		$\frac{8}{8} = 1.00$
	$\frac{13}{13} = 1.00$		$\frac{10}{10} = 1.00$
	$\frac{13}{13} = 1.00$		$\frac{19}{19} = 1.00$
	$\frac{13}{13} = 1.00$		$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{13}{13} = 1.00$		$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{13}{13} = 1.00$		$\frac{45}{46} = .97$
S ₃ Griselia	$\frac{24}{26} = .92$	S ₆ Lloria	$\frac{52}{52} = 1.00$
	$\frac{11}{12} = .91$		
	$\frac{19}{20} = .95$		
	$\frac{6}{6} = 1.00$		
	$\frac{6}{6} = 1.00$		
	$\frac{10}{10} = 1.00$		

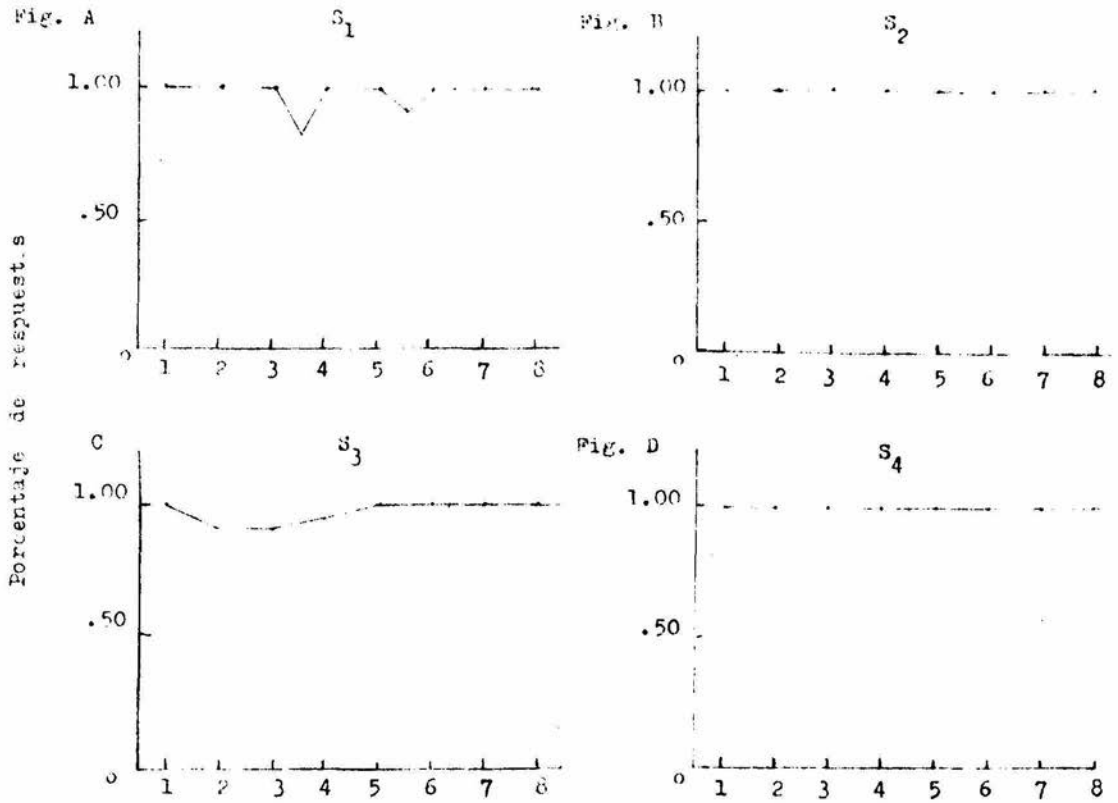
a)

Confiabilidad entre Observadores.

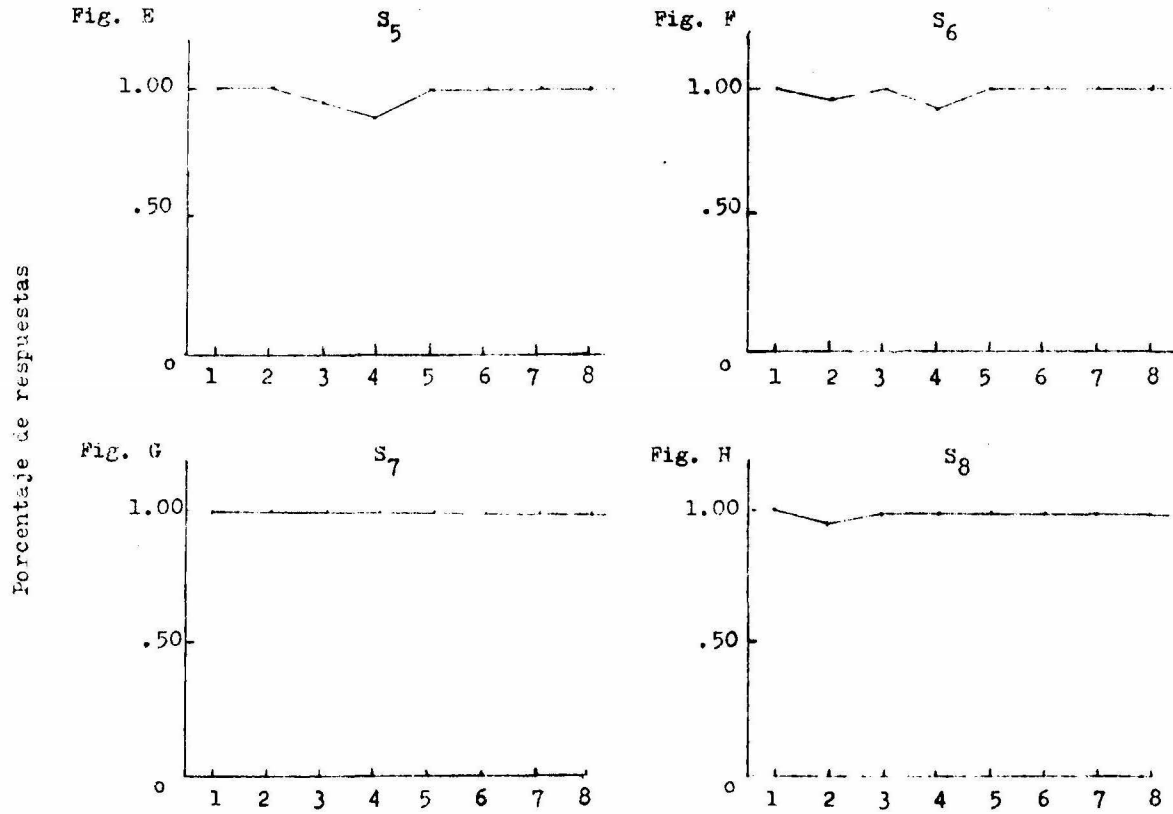
Tabla 2

	%		%
	$\frac{12}{13} = .92$	S ₉ Valentina	$\frac{2}{2} = 1.00$
	$\frac{20}{20} = 1.00$		$\frac{5}{5} = 1.00$
	$\frac{25}{25} = 1.00$		$\frac{1}{1} = 1.00$
	$\frac{43}{43} = 1.00$		$\frac{2}{2} = 1.00$
	$\frac{11}{11} = 1.00$		$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{7}{7} = 1.00$		$\frac{8}{8} = 1.00$
S ₇ Elena	$\frac{7}{7} = 1.00$	S ₁₀ Rosaura	$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{2}{2} = 1.00$		$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{12}{12} = 1.00$		$\frac{16}{17} = .94$
	$\frac{16}{16} = 1.00$		$\frac{15}{17} = .88$
	$\frac{11}{11} = 1.00$		$\frac{5}{6} = .83$
	$\frac{17}{17} = 1.00$		$\frac{4}{4} = 1.00$
S ₅ Guadalupe	$\frac{19}{19} = 1.00$	$\frac{4}{4} = 1.00$	
	$\frac{3}{3} = 1.00$	$\frac{14}{14} = 1.00$	
	$\frac{25}{26} = .96$	$\frac{6}{6} = 1.00$	
	$\frac{13}{13} = 1.00$	$\frac{12}{12} = 1.00$	
	$\frac{3}{3} = 1.00$	$\frac{5}{5} = 1.00$	
	$\frac{10}{10} = 1.00$		
	$\frac{9}{9} = 1.00$		
	$\frac{10}{10} = 1.00$		
	$\frac{13}{13} = 1.00$		
	$\frac{13}{13} = 1.00$		

CONFIABILIDAD POR OBSERVACION



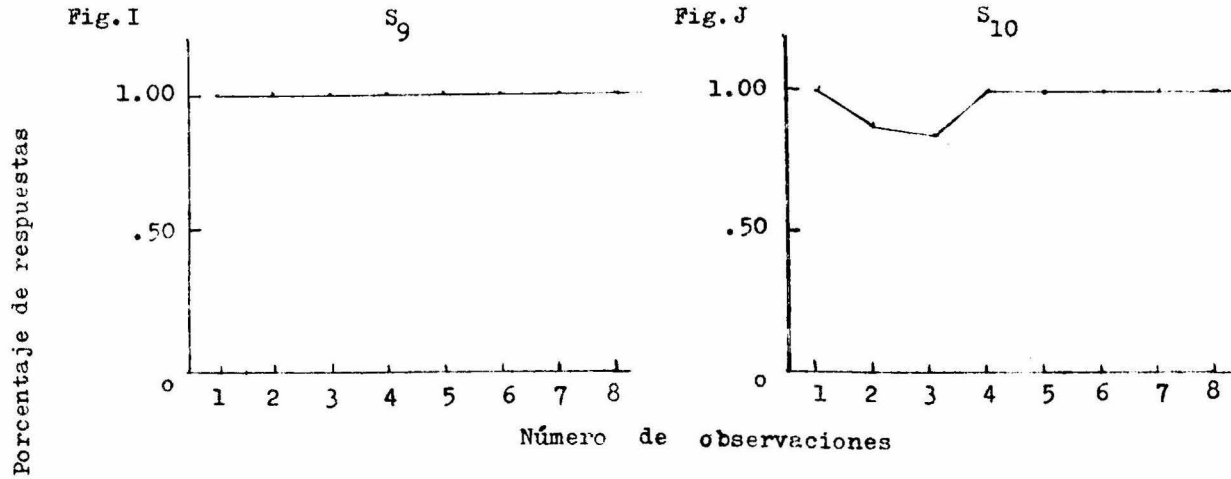
CONFIABILIDAD POR OBSERVACION



Gráfica 11

Número de observaciones

CONFIABILIDAD POR OBSERVACION



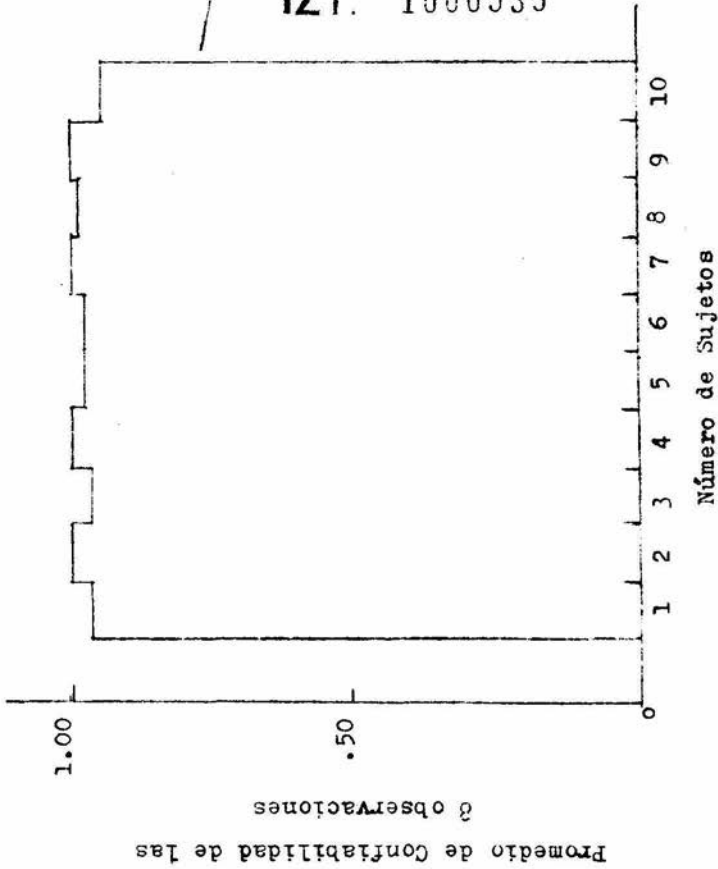
Gráfica III



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

IZT. 1000539

CONFIABILIDAD TOTAL



Gráfica IV

Para poder analizar la investigación fue necesario otro tipo de puntaje, una hipótesis y un método, aparte de la confiabilidad entre observadores .

Al otro puntaje se le llamó Índice de Apropiado, se obtuvo también de los 80 registros de la forma 7 . Se acomodaron por separado, las puntuaciones de cada uno de los observadores, los elementos tomados en cuenta para éste índice fueron el número de interacciones apropiadas, sobre el número de interacciones totales, fueran o no apropiadas .

$$IA = \frac{\text{Número de Interacciones apropiadas}}{\text{Número de Interacciones Totales}}$$

Los datos del Índice de Apropiado(IA) se especifican por el inciso B) en las tablas 3,4,5 y 6 .

En esas tablas se aprecia el contenido de puntajes del observador I y II que son similares, sólo que se escogió al azar, a uno de ellos, en éste caso fue al observador II .

Se observa que los puntajes van de el .6 a el 1.00 en todos los sujetos, excepto S₂ y S₇ . Ello se comprueba en la gráfica VI fig. B y gráfica VII fig. C en el Índice de Apropiado por Observación . En la gráfica IX del Índice de Apropiado Total sobresalen los sujetos 2 y 7 con el 100% de conducta apropiada social.

Hipótesis :

Mediante el análisis de datos se espera encontrar que no hay diferencia verdadera entre las observaciones y que cualquier diferencia detectada, se debe sólo a fluctuaciones en el muestreo de la misma población .

Método :

El tipo de análisis que se empleó Designación de Tratamientos para Sujetos o Repetición de Medidas, considera que en cada una-

Tabla 3

B) (IA) Índice de Apropiazo			
Observador	i %	Observador	II
Paula	$\frac{2}{2} = 1.00$	Paula S1	$\frac{2}{2} = 1.00$
	$\frac{10}{10} = 1.00$		$\frac{10}{10} = 1.00$
	$\frac{3}{5} = .6$		$\frac{3}{5} = .6$
	$\frac{4}{4} = 1.00$		$\frac{4}{4} = 1.00$
	$\frac{11}{11} = 1.00$		$\frac{11}{11} = 1.00$
	$\frac{4}{4} = 1.00$		$\frac{4}{4} = 1.00$
	$\frac{4}{4} = 1.00$		$\frac{4}{4} = 1.00$
	$\frac{8}{8} = 1.00$		$\frac{8}{8} = 1.00$
	$\frac{7}{9} = .77$		$\frac{7}{9} = .77$
Blanca	$\frac{3}{3} = 1.00$	S2 Blanca	$\frac{3}{3} = 1.00$
	$\frac{1}{1} = 1.00$		$\frac{1}{1} = 1.00$
	$\frac{16}{16} = 1.00$		$\frac{17}{17} = 1.00$
	$\frac{6}{6} = 1.00$		$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{2}{8} = 1.00$		$\frac{8}{8} = 1.00$
	$\frac{9}{9} = 1.00$		$\frac{9}{9} = 1.00$
	$\frac{2}{9} = 1.00$		$\frac{9}{9} = 1.00$
	$\frac{12}{12} = 1.00$		$\frac{12}{12} = 1.00$
Griselda	$\frac{2}{3} = .66$	S3 Griselda	$\frac{2}{3} = .66$
	$\frac{24}{24} = 1.00$		$\frac{24}{25} = .92$
	$\frac{9}{12} = .75$		$\frac{3}{11} = .72$
	$\frac{19}{19} = 1.00$		$\frac{20}{20} = 1.00$
	$\frac{6}{6} = 1.00$		$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{10}{10} = 1.00$		$\frac{10}{10} = 1.00$

B) (LA) Índice de Apropiado		Tabla 4	
Observador I %		Observador II %	
	$\frac{10}{10} = 1.00$		$\frac{10}{10} = 1.00$
	$\frac{17}{19} = .89$		$\frac{17}{19} = .89$
Angeles	$\frac{5}{5} = 1.00$	S4 Angeles	$\frac{5}{5} = 1.00$
	$\frac{1}{1} = 1.00$		$\frac{1}{1} = 1.00$
	$\frac{10}{10} = 1.00$		$\frac{10}{10} = 1.00$
	$\frac{11}{11} = 1.00$		$\frac{11}{11} = 1.00$
	$\frac{10}{10} = 1.00$		$\frac{10}{10} = 1.00$
	$\frac{7}{7} = .77$		$\frac{7}{7} = 1.00$
	$\frac{5}{8} = .62$		$\frac{5}{8} = .62$
	$\frac{7}{7} = 1.00$		$\frac{7}{7} = 1.00$
Pilar	$\frac{4}{4} = 1.00$	S5 Pilar	$\frac{4}{4} = 1.00$
	$\frac{4}{4} = 1.00$		$\frac{4}{4} = 1.00$
	$\frac{17}{17} = 1.00$		$\frac{18}{18} = 1.00$
	$\frac{13}{15} = .86$		$\frac{14}{16} = .87$
	$\frac{8}{8} = 1.00$		$\frac{8}{8} = 1.00$
	$\frac{10}{10} = 1.00$		$\frac{10}{10} = 1.00$
	$\frac{19}{19} = 1.00$		$\frac{19}{19} = 1.00$
	$\frac{6}{6} = 1.00$		$\frac{6}{6} = 1.00$
Gloria	$\frac{6}{6} = 1.00$	S6 Gloria	$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{45}{45} = 1.00$		$\frac{46}{46} = 1.00$

Tabla 5

B) (IA) Índice de Apreciado

	Observador I		Observador II
	$\frac{43}{52} = .92$		$\frac{43}{52} = .92$
	$\frac{I3}{I2} = 1.00$		$\frac{I2}{I3} = .92$
	$\frac{20}{20} = 1.00$		$\frac{I3}{I3} = 1.00$
	$\frac{25}{25} = 1.00$		$\frac{20}{20} = 1.00$
	$\frac{43}{43} = 1.00$		$\frac{25}{25} = 1.00$
	$\frac{43}{43} = 1.00$		$\frac{43}{43} = 1.00$
	$\frac{II}{II} = 1.00$		$\frac{43}{43} = 1.00$
	$\frac{II}{II} = 1.00$		$\frac{II}{II} = 1.00$
		S7	
Elena	$\frac{7}{7} = 1.00$	Elena	$\frac{7}{7} = 1.00$
	$\frac{7}{7} = 1.00$		$\frac{7}{7} = 1.00$
	$\frac{7}{7} = 1.00$		$\frac{7}{7} = 1.00$
	$\frac{2}{2} = 1.00$		$\frac{2}{2} = 1.00$
	$\frac{2}{2} = 1.00$		$\frac{2}{2} = 1.00$
	$\frac{I2}{I2} = 1.00$		$\frac{I2}{I2} = 1.00$
	$\frac{I2}{I2} = 1.00$		$\frac{I2}{I2} = 1.00$
	$\frac{I6}{I6} = 1.00$		$\frac{I6}{I6} = 1.00$
	$\frac{I6}{I6} = 1.00$		$\frac{I6}{I6} = 1.00$
	$\frac{II}{II} = 1.00$		$\frac{II}{II} = 1.00$
	$\frac{II}{II} = 1.00$		$\frac{II}{II} = 1.00$
	$\frac{I7}{I7} = 1.00$		$\frac{I7}{I7} = 1.00$
	$\frac{I7}{I7} = 1.00$		$\frac{I7}{I7} = 1.00$
	$\frac{I9}{I9} = 1.00$		$\frac{I9}{I9} = 1.00$
	$\frac{I9}{I9} = 1.00$		$\frac{I9}{I9} = 1.00$
		S8	
Guadalupe	$\frac{3}{3} = 1.00$	Guadalupe	$\frac{3}{3} = 1.00$
	$\frac{24}{26} = .92$		$\frac{3}{3} = 1.00$
	$\frac{I3}{I3} = 1.00$		$\frac{24}{26} = .92$
	$\frac{I3}{I3} = 1.00$		$\frac{26}{26} = 1.00$
	$\frac{3}{3} = 1.00$		$\frac{I2}{I3} = 1.00$
	$\frac{3}{3} = 1.00$		$\frac{I3}{I3} = 1.00$
	$\frac{I0}{I0} = 1.00$		$\frac{3}{3} = 1.00$
	$\frac{I0}{I0} = 1.00$		$\frac{3}{3} = 1.00$
	$\frac{7}{9} = .77$		$\frac{I0}{I0} = 1.00$
	$\frac{7}{9} = .77$		$\frac{I0}{I0} = 1.00$
	$\frac{I0}{I0} = 1.00$		$\frac{7}{9} = .77$
	$\frac{I0}{I0} = 1.00$		$\frac{9}{9} = 1.00$
	$\frac{I3}{I3} = 1.00$		$\frac{I0}{I0} = 1.00$
	$\frac{I3}{I3} = 1.00$		$\frac{I0}{I0} = 1.00$
			$\frac{I3}{I3} = 1.00$
			$\frac{I3}{I3} = 1.00$

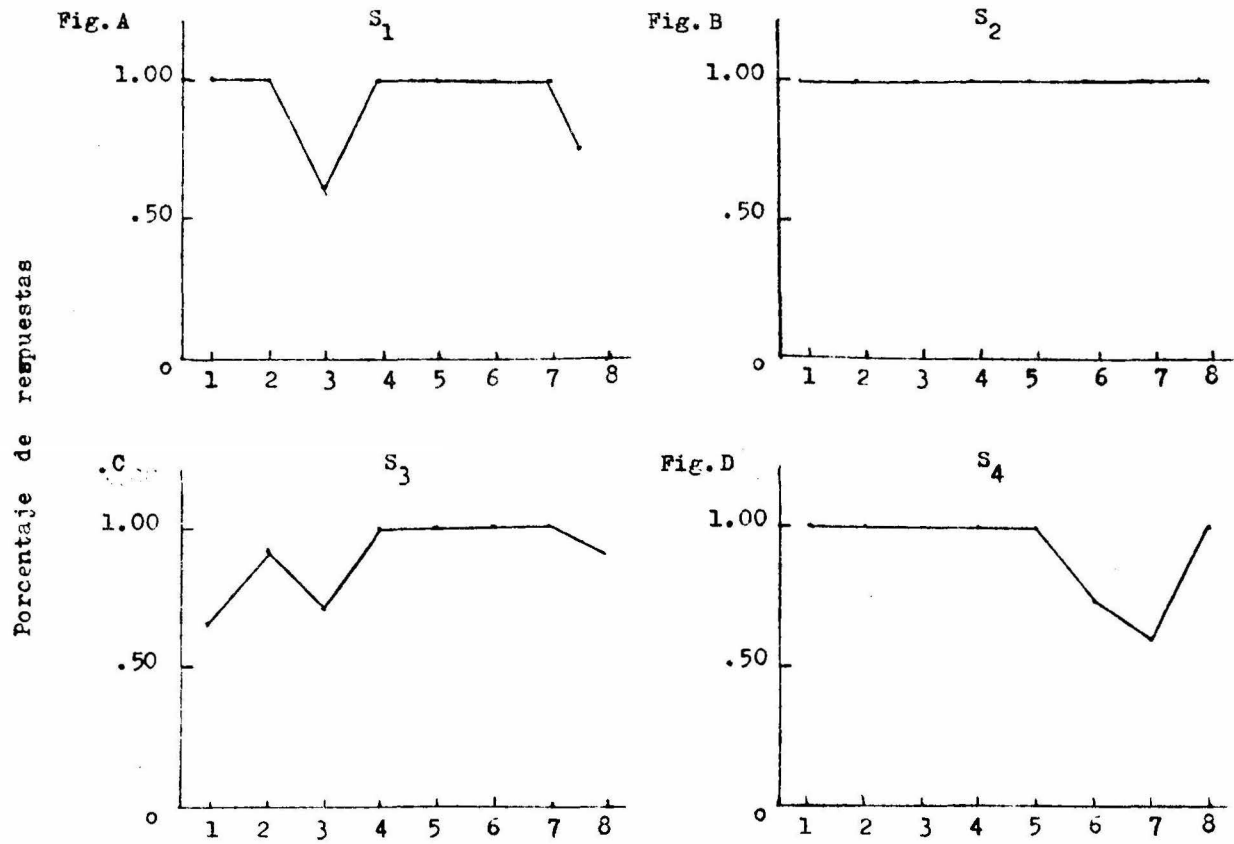
Tabla 6

B) (IA) <u>Indice de Apropiado</u>		
Observador	I	Observador II
Valentina	$\frac{2}{2} = 1.00$	$\frac{2}{2} = 1.00$
	$\frac{5}{5} = 1.00$	$\frac{5}{5} = 1.00$
	$\frac{1}{1} = 1.00$	$\frac{1}{1} = 1.00$
	$\frac{2}{2} = 1.00$	$\frac{2}{2} = 1.00$
	$\frac{6}{6} = 1.00$	$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{8}{8} = 1.00$	$\frac{8}{8} = 1.00$
	$\frac{6}{6} = 1.00$	$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{6}{6} = 1.00$	$\frac{6}{6} = 1.00$
Rosaura	$\frac{11}{13} = 1.00$	$\frac{14}{17} = .82$
	$\frac{13}{15} = .86$	$\frac{15}{17} = .88$
	$\frac{4}{6} = .66$	$\frac{5}{6} = .83$
	$\frac{4}{4} = 1.00$	$\frac{4}{4} = 1.00$
	$\frac{11}{14} = .78$	$\frac{11}{14} = .78$
	$\frac{6}{6} = 1.00$	$\frac{6}{6} = 1.00$
	$\frac{9}{12} = .75$	$\frac{9}{12} = .75$
	$\frac{5}{5} = 1.00$	$\frac{5}{5} = 1.00$

S₉

S₁₀

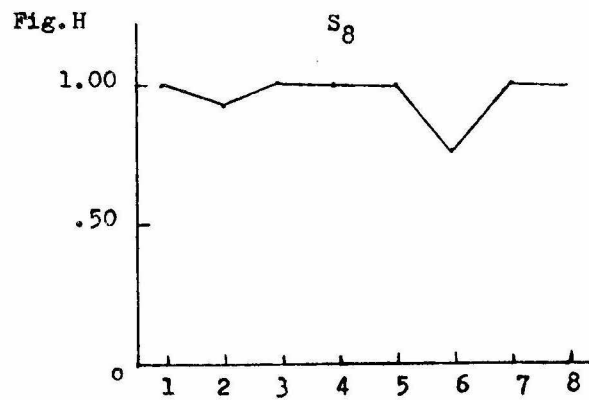
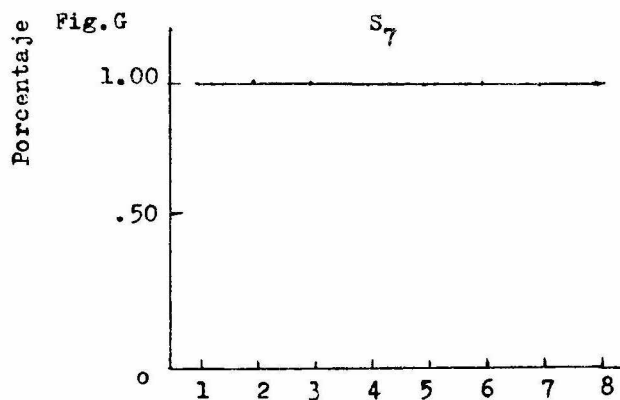
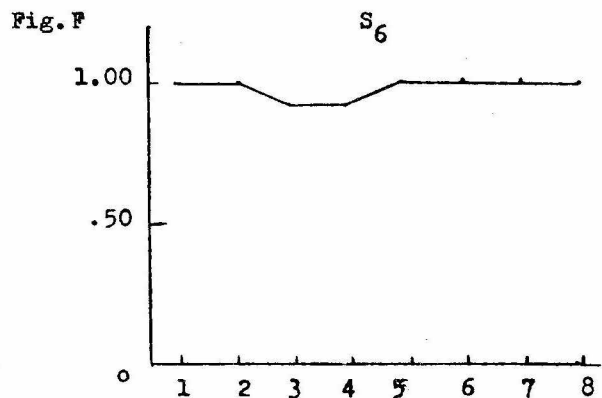
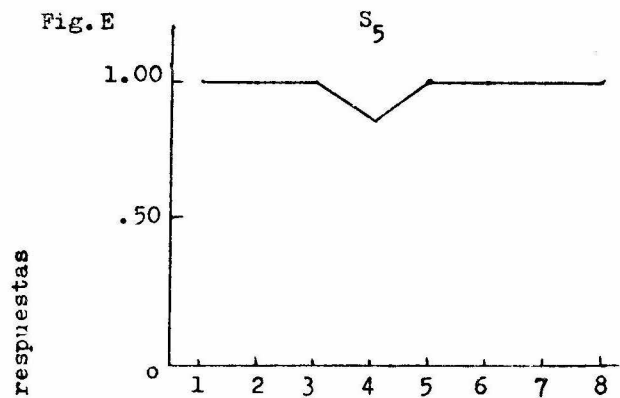
INDICE DE APROPIALO POR OBSERVACION



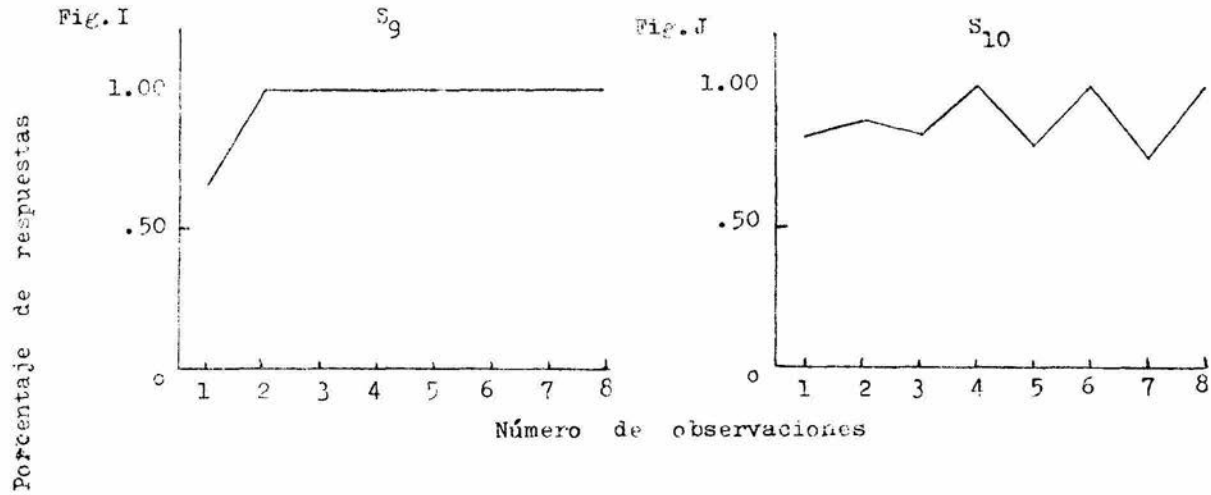
56 Gráfica VI

Número de observaciones

INDICE DE APROPIADO POR OBSERVACION

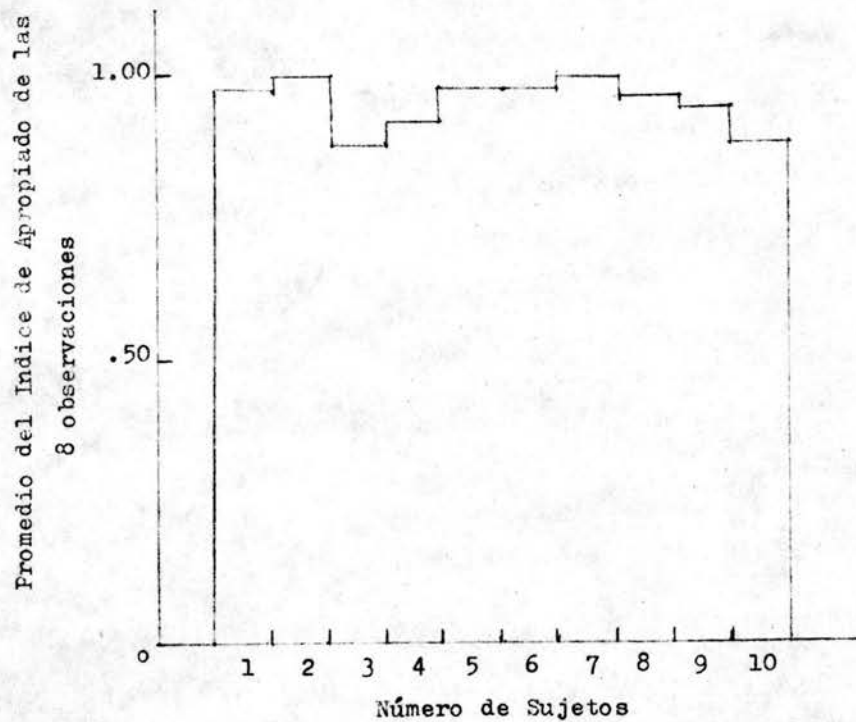


INDICE DE APROPIADO POR OBSERVACION



Gráfica VIII

INDICE DE APROPIADO TOTAL



Gráfica IX

de las aplicaciones de un instrumento, los mismos sujetos pueden obtener diferentes puntajes. El número poblacional como el número de tratamientos puede ser arbitrario, por lo que su uso es amplio. (Bruning y Kantz, 1977)

Este método consta de una serie de pasos, que fueron secuenciados por tabulaciones, generalmente.

La tabla 7 muestra puntajes simples del Índice de Apropiado en 8 columnas, en esa forma se sumaron los puntajes de cada una de las observaciones, el total de cada columna se sumó $\sum X_t$ 76.07 éste total se elevó al cuadrado 5786.6449 y fue dividido entre el número de datos (80) y el resultado fue 72.3330 cifra que forma parte, más adelante de la varianza total, de sujetos, de tratamientos y de error.

La tabla 8 muestra el cuadrado de los puntajes, también en 8 columnas en esa forma se sumaron los puntajes de cada una de las observaciones, el total de las columnas se sumó 73.1539 ésta cifra se restó a la obtenida de la tabla 7, 72.3330 y el resultado fue .8209 que es la Suma de Cuadrados Total (SS_t).

La tabla 9 muestra los puntajes simples en 8 columnas, como las sumas de cada una de ellas y la sumatoria en forma horizontal de uno por uno de los sujetos en las observaciones; se trazaron en las gráficas VI, VII y VIII. En la tabla 9 fueron simbolizados por $\sum X_s$, al elevarlos al cuadrado $\sum X_s^2$ y se sumaron como lo muestra la tabla 10 dió una $\sum X_{st}^2 = 579.6829$ que se dividió entre el número de observaciones (8), 72.460362 esa cantidad se restó a la sumatoria de los puntajes simples, elevada al cuadrado y dividida entre el número de datos (80), $\sum X_t = 72.3330$ resultando .1273 que es la Suma de Cuadrados para los Sujetos (SS_s).

Para la Suma de los Cuadrados de los Tratamientos (SS_{tr}) es necesaria la cifra de $\sum X^2$ se suman los cuadrados de las sumas en columna de los puntajes simples demostrados en la tabla 7 por ejem. $9.14^2 = 83.5396 + 9.72^2 = 94.4784 +$, etc. el resultado de esa su

Ss	Observaciones							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1.00	1.00	.6	1.00	1.00	1.00	1.00	.77
2	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
3	.66	.92	.72	1.00	1.00	1.00	1.00	.89
4	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.77	.62	1.00
5	1.00	1.00	1.00	.87	1.00	1.00	1.00	1.00
6	1.00	1.00	.92	.92	1.00	1.00	1.00	1.00
7	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
8	1.00	.92	1.00	1.00	1.00	.77	1.00	1.00
9	.66	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
10	.82	.88	.83	1.00	.78	1.00	.75	1.00
$\sum X$	9.14	9.72	9.07	9.79	9.78	9.54	9.37	9.66

Las últimas cantidades de la tabla significados por $\sum X$ son el resultado de la suma de todos los puntajes tomados del "Índice de Apropiado", según cada una de las observaciones; luego la suma de todas las $\sum X$ darán $\sum X_t$

$$\sum X_1 + \sum X_2 + \dots = \sum X_t$$

$$9.14 + 9.72 + \dots = 76.07$$

Suma de todos los puntajes en todas las observaciones sobre el número de datos .

$$\frac{\sum X_t}{N(\text{datos})} = \frac{76.07^2}{80} = \frac{5786.6449}{80} = 72.3330$$

Tabla 8

Cuadrados de cada Dato

Suj's	Observaciones							
	I	2	3	4	5	6	7	8
I	I.00	I.00	.36	I.00	I.00	I.00	I.00	.5929
2	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00
3	.4356	.8464	.5184	I.00	I.00	I.00	I.00	.7921
4	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00	.5929	.3844	I.00
5	I.00	I.00	I.00	.7569	I.00	I.00	I.00	I.00
6	I.00	I.00	.8464	.8464	I.00	I.00	I.00	I.00
7	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00
8	I.00	.8464	I.00	I.00	I.00	.5929	I.00	I.00
9	.4356	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00	I.00
10	.6724	.7744	.6889	I.00	.6034	I.00	.5625	I.00
$\sum X^2$	8.5436	9.4672	8.4137	9.6033	9.6084	9.1858	8.9469	9.3850

Para obtener la desviación total se necesita la suma de todos los datos cuadrados y la suma de todos los puntajes simples sobre el número total de datos . ($\sum X_t / N$ datos)

$$\sum X_1^2 + \sum X_2^2 + \sum X_3^2 \dots = \sum X_t^2$$

$$8.5436 + 9.4672 + 8.4137 \dots = 73.1539$$

$$\sum x_t^2 - \frac{\sum x_t}{N(\text{datos})} = SS_t \quad \underline{\text{suma de cuadrados total}}$$

$$73.1539 - 72.3330 = .8209$$

Posteriormente se tabulan los puntajes de cada uno de los sujetos, sumandolos con cada observación .

Tabla 9

Ss	Observaciones								$\sum X_s$
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1.00	1.00	.61	1.00	1.00	1.00	1.00	.77	7.37
2	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	8.00
3	.66	.92	.72	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	7.19
4	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.77	.62	1.00	7.39
5	1.00	1.00	1.00	.87	1.00	1.00	1.00	1.00	7.87
6	1.00	1.00	.92	.92	1.00	1.00	1.00	1.00	7.84
7	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	8.00
8	1.00	.92	1.00	1.00	1.00	.77	1.00	1.00	7.69
9	.66	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	7.66
10	.82	.88	.83	1.00	.78	1.00	.75	1.00	7.06
$\sum X$	9.14	9.72	9.07	9.79	9.78	9.54	9.37	9.66	

De la tabla anterior el dato de más, de la tabla 7, es la sumatoria de los puntajes de las 8 observaciones, simbolizado por $\sum X_s$.

Para obtener la sumatoria de las observaciones al cuadrado, se necesitaba retabular los datos, como en la tabla 8, donde el puntaje de más sería la sumatoria de los puntajes al cuadrado; para simplificar se hizo la tabla 10 .

Tabla 10

SS	$\sum X_s$	$\sum X_s^2$
1	7.37	54.3169
2	8.00	64
3	7.19	51.6961
4	7.39	54.6121
5	7.87	61.9369
6	7.84	61.4656
7	8.00	64
8	7.69	59.1361
9	7.66	58.6756
10	7.06	49.8436

$$579.6829 = \sum X_{st}^2$$

La cantidad obtenida se divide entre el número de las observaciones .

$$\frac{\sum X_{st}^2}{N(\text{observaciones})} = \frac{579.6829}{8} = 72.460362$$

A la cifra de la suma total de los puntajes de cada sujeto, se le resta la suma total simple, sobre el número de datos obtenido de la tabla 7, se saca la suma de cuadrados para los sujetos .

$$\frac{\sum X_{st}^2}{N(\text{observaciones})} - \frac{\sum X_s}{N(\text{datos})} = SS_s$$

$$72.4603 - 72.3330 = .1273$$

La computación de los puntajes de las observaciones, se adquiere por medio de los cuadrados de los puntajes totales simples, de todos los sujetos por observación .

$$\sum X \quad 9.14^2 + 9.72^2 + 9.07^2 + 9.79^2 + 9.78^2 + 9.54^2 + 9.37^2 + 9.66^2$$

$$\sum X^2 \quad 83.5396 + 94.4784 + 82.2649 + 95.8441 = 356.127$$

$$95.6484 + 91.0116 + 87.7369 + 93.3156 = 367.7725$$

$$= 723.8995$$

$$\frac{\sum X_t^2}{N(\text{sujetos})} = \frac{723.8995}{10} = 72.3899$$

$$\frac{\sum X_t^2}{N(\text{sujetos})} - \frac{\sum X_t}{N(\text{datos})} = SS_{tr} \quad \underline{\text{suma de cuadrados para los tratamientos}}$$

$$72.3899 - 72.3330 = .0569$$

La computación de Error es adquirida por la resta, de los cuadrados total, de los sujetos y de los tratamientos .

$$SS_t - SS_s - SS_{tr} = SS_E \quad \underline{\text{suma de cuadrados para el Error}}$$

$$.8209 - .1273 - .0569 = .6367$$

Es importante obtener el grado de libertad o rango de oscilación de cada uno de los componentes, para hallar la media de cada uno de ellos, se simboliza por df .

ma $\sum X_t^2 = 723.8995$ se divide entre el número de sujetos (10) resultado 72.3899 y esa cantidad se resta a $\sum X_t = 72.3330$ (confirmar --- arriba de la tabla 8) y el resultado fue $.0569$

La Suma de Cuadrados para el Error (SS_E) se obtuvo de la resta de la suma de cuadrados total SS_t , menos la suma de cuadrados para sujetos SS_s , menos la suma de cuadrados de los tratamientos SS_{tr} y el resultado fue $.6367$

Como se ha visto, uno de los elementos obtenidos, hasta esta parte es la suma de los cuadrados SS de los componentes (error, tratamiento, sujetos y total), pero es posible encontrar otros elementos, como el grado de libertad df, la media de los cuadrados ms y la significancia del estudio F.

El grado de libertad (df), se refiere al número de cualquier componente, menos la unidad (1) para significar un intervalo de libertad para el error o para cualquier componente computado, por ejem. N(datos) fue N(80) al cual se le resta 1 de donde el grado de libertad es 79 así el df de $SS_t = 79$. En el caso de el df para el error, se restan los resultados de todos los componentes en su df así, $df_t - df_s - df_{tr} = df_E$ (ver tabla 11).

La media de los cuadrados (ms), se computa por la división de la suma de cuadrados (SS) entre el grado de libertad (df), por ejemplo: $SS_{tr}/df_{tr} = .0569/7 = .0081285$ y así para cada uno de los componentes. (ver tabla 11a).

La tabla 11b muestra una columna de componentes y cuatro columnas de elementos (SS, df, ms y F). La F es el grado de la significancia del estudio que se obtiene de la media de los cuadrados de los tratamientos, sobre la media de los cuadrados del error o sea que la cuarta columna se obtiene, de dos valores de la tercera columna que es la media de los cuadrados, que se obtuvo de la división entre la primera y segunda columna. La primera columna contiene los

Tabla 11

El grado de libertad (df) de cada componente se determina por la resta de la unidad a cada uno de los valores

$$df \text{ para } SS_t = N (\text{datos}) - I = 80 - I = 79$$

$$df \text{ para } SS_s = N (\text{sujetos}) - I = 10 - I = 9$$

$$df \text{ para } SS_{tr} = N (\text{observaciones}) - I = 8 - I = 7$$

$$df \text{ para } SS_E = dft - dfs - dftr = 79 - 9 - 7 = 63$$

Tabla 11a

La media de los cuadrados de cada uno de los componentes, se computa por la suma de los cuadrados sobre el grado de libertad. (SS / df)

$$ms_t = \frac{SS_t}{df_t} = \frac{.8209}{79} = .0103911$$

$$ms_s = \frac{SS_s}{df_s} = \frac{.1273}{9} = .0141444$$

$$ms_{tr} = \frac{SS_{tr}}{df_{tr}} = \frac{.0569}{7} = .0081285$$

$$ms_E = \frac{SS_E}{df_E} = \frac{.6367}{63} = .010106$$

Los resultados se muestran en una tabla de componentes con cada uno de sus elementos

Tabla 11b

<u>Componentes</u>	<u>Elementos</u>			<u>F</u>
	<u>SS</u>	<u>df</u>	<u>ms</u>	
Total	.8209	79	.0103911	
Sujetos	.1273	9	.0141444	
Tratamientos	.0569	7	.0081285	.8043002
Error	.6367	63	.0101063	

resultados de las sumas de los cuadrados de cada componente, donde el total tiene la cifra .8209 que es la suma de esas cantidades. La tabla 12 muestra la suma de los puntajes simples de cada uno de los sujetos, son las tabulaciones de los puntajes de las tablas 1 y 2. La tabla 13 muestra las sumas de los puntajes cuadrados, ambos son los puntajes necesarios para obtener la desviación individual, en particular de la confiabilidad entre observadores. La tabla 14 muestra siete columnas de puntajes: la primera es la seriación de los sujetos (S_s), la segunda representa la suma de los puntajes simples $\sum X_s$, la tercera el cuadrado de los puntajes simples $(\sum X_s)^2$, la cuarta el resultado de la división de los puntajes al cuadrado entre el número de observaciones $(\sum X_s)^2/N$, la quinta representa la suma de los puntajes cuadrados $\sum X_s^2$, la sexta es el resultado de la resta entre la división de el cuadrado de los puntajes simples y el número de observaciones, menos la suma de los puntajes cuadrados $(\sum X_s)^2/N - \sum X_s^2$, y la séptima columna representa a la desviación estandar de cada sujeto, resultado de la raíz cuadrada de las cifras obtenidas en la columna seis.

La desviación estandar individual de la confiabilidad se aprecia en la gráfica V que tiene una escala de 1.00 como el 100% de desviación allí se trazaron los puntajes de la última columna, que indica que los sujetos con más alta desviación fueron 1 y 10, los sujetos con mediana desviación fueron 3 y 5, los sujetos con la más baja 6 y 8, y los sujetos sin desviación fueron 2, 4, 7 y 9.

Las tablas 15 y 16 muestran los puntajes necesarios para obtener la desviación individual del Índice de Apropósito, una los puntajes simples y las sumas por observación y la otra los puntajes cuadrados y sus sumas también por observación. La tabla 17 muestra las siete columnas que son exactamente las mismas ya especificadas -

en la descripción de la tabla 14, sólo que la desviación del Índice de Apropiado no señala iguales puntajes para los mismos sujetos, ni en el caso de 0 de desviación. La desviación estandar se aprecia en la gráfica X donde también se observa al 1.00 que -- significa el 100% de desviación. Se trazaron los puntajes de la septima columna de la tabla 17 indicando que la desviación más alta fue en los sujetos 4 y 1, la desviación mediana en los sujetos 9 y 3, la baja en los sujetos 6, 5, 8 y 10, y que los sujetos sin desviación fueron 2 y 7.

La desviación del Índice de Apropiado, señala que la conducta -- apropiada fue representada por dos sujetos, aunque en los demás -- la conducta inapropiada no llegó a ser, ni el 50% de la conducta total, ello se reafirma con lo mostrado en la gráfica IX "Índice de Apropiado total".

Con respecto a la Confiabilidad se señala que en seis sujetos, se presentó desviación, ello se corroborará con la gráfica V al compararla con la gráfica IV que muestra la Confiabilidad Total, ello señala que hubo fluctuaciones en ésta condición.

Con énfasis en la Confiabilidad, se retoman los datos de la Tabla 11b donde las cifras de la columna SS son útiles para obtenerla, haciendo referencia a la teoría que la vincula con la varianza, para que el puntaje obtenido esté normalizado.

El Coeficiente de Confiabilidad (rtt) se estima con la varianza de error, sobre la varianza total, menos la unidad. (El punto se tocó en aspectos de confiabilidad y validez)

$$rtt = \frac{Ve}{Vt} - 1$$

$$rtt = \frac{.6367}{.8209} - 1$$

$$= .7756121 - 1$$

$$= .2243879$$

entonces el Coeficiente de confiabilidad obtenido fue de .22 así mismo fue útil la columna F , también de la Tabla 11b , por que da el dato de significancia del estudio que es .8043002 con lo anterior se entiende que aunque la confiabilidad halla sido baja, el estudio es apto porque se refiere a la media - de los tratamientos (en este caso es la observación de con - ductas, a traves de un protócolo) sobre el error obtenido , así se concluye que las observaciones fueron estables, tal - que no hubo una diferencia verdadera y que la hipótesis es - nula (Ho) .

Tabla 12

Puntajes necesarios para la desviación individual de la Confiabilidad entre observadores.

Obs.	Sujetos							
	1	2	3	4	5	6	.....	10
1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	.94
2	1.00	1.00	.92	1.00	1.00	.97	.....	.88
3	.8	1.00	.91	1.00	.94	1.00	.....	.83
4	1.00	1.00	.95	1.00	.93	.92	.....	1.00
5	.90	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	1.00
6	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	1.00
7	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	1.00
8	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	1.00
$\sum X_s$	7.7	8.00	7.78	8.00	7.87	7.89	.....	7.65

Tabla 13

Obs.	Sujetos							
	1	2	3	4	5	6	.....	10
1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	.8836
2	1.00	1.00	.8464	1.00	1.00	.9409	.....	.7744
3	.64	1.00	.8281	1.00	.8836	1.00	.....	.6889
4	1.00	1.00	.9025	1.00	.8649	.8464	.....	1.00
5	.81	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	1.00
6	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	1.00
7	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	1.00
8	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	1.00
$\sum X_s^2$	7.45	8.00	7.577	8.00	7.7485	7.7873	.....	7.3469

Tabla 14

Ss	$\sum X_s$	$(\sum X_s)^2$	$(\sum X_s)^2/N$	$\sum X_s^2$	$(\sum X_s)^2/N - \sum X_s^2$	$\sqrt{(\sum X_s)^2/N - \sum X_s^2}$
1	7.7	59.29	7.41125	7.45	.03875	.1968501
2	8	64	8	8	0	0
3	7.78	60.5284	7.56605	7.577	.01095	.1046422
4	8	64	8	8	0	0
5	7.87	61.9369	7.7421125	7.7485	.0063875	.0799218
6	7.89	62.2521	7.7815125	7.7873	.0057875	.0760756
7	8	64	8	8	0	0
8	7.96	63.3616	7.9202	7.9216	.0014	.0374165
9	8	64	8	8	0	0
10	7.65	58.5225	7.3153125	7.3469	.0315875	.1777287

La última columna contiene puntajes de la desviación estandar de la confiabilidad entre observadores .

Tabla 15

Puntajes para la desviación individual del Indice de Apropiado, re tomados de las tablas 7 y 8

Obs.	Sujetos							
	1	2	3	4	5	6	.....	10
1	1.00	1.00	.66	1.00	1.00	1.00	.....	.82
2	1.00	1.00	.92	1.00	1.00	1.00	.....	.88
3	.6	1.00	.72	1.00	1.00	.92	.....	.83
4	1.00	1.00	1.00	1.00	.87	.92	.....	1.00
5	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	.78
6	1.00	1.00	1.00	.77	1.00	1.00	.....	1.00
7	1.00	1.00	1.00	.62	1.00	1.00	.....	.75
8	.77	1.00	.89	1.00	1.00	1.00	.....	1.00
$\sum X_s$	7.37	8	7.19	7.39	7.87	7.84	.....	7.06

Tabla 16

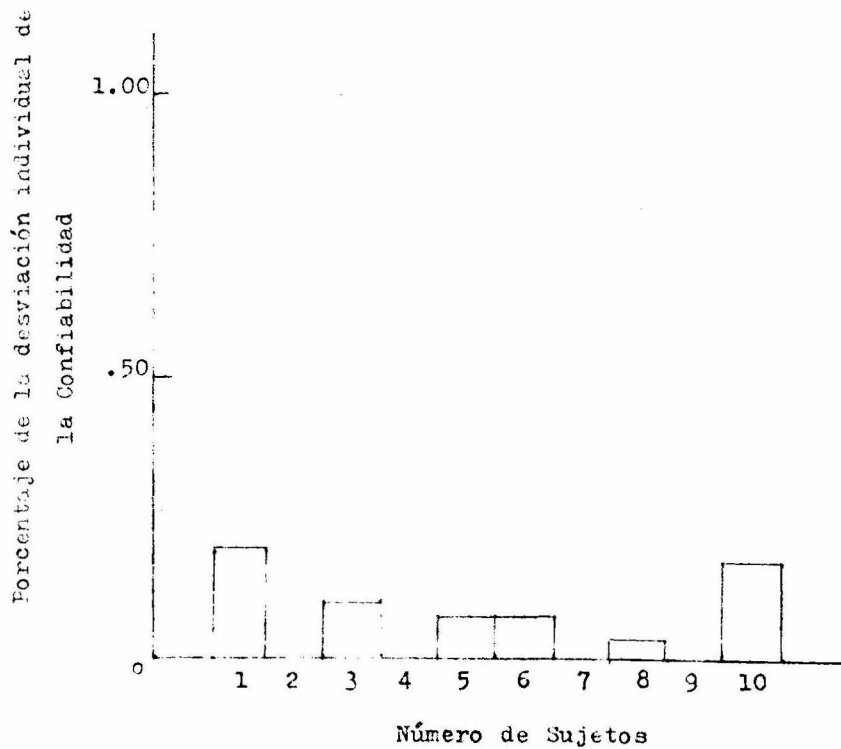
Obs.	Sujetos							10
	1	2	3	4	5	6	.....
1	1.00	1.00	.4386	1.00	1.00	1.00	.....	.6724
2	1.00	1.00	.8464	1.00	1.00	1.00	.....	.7744
3	.36	1.00	.5184	1.00	1.00	.8464	.....	.6869
4	1.00	1.00	1.00	1.00	.7569	.8464	.....	1.00
5	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.....	.6984
6	1.00	1.00	1.00	.5929	1.00	1.00	.....	1.00
7	1.00	1.00	1.00	.3844	1.00	1.00	.....	.5625
8	.5929	1.00	.7921	1.00	1.00	1.00	.....	1.00
X_s^2	6.3529	8	6.5925	6.9773	7.7569	7.6928	.....	6.3066

La siguiente tabulación contiene los puntajes de la desviación estandar de el índice de apropiado, en la última columna.

Tabla 17

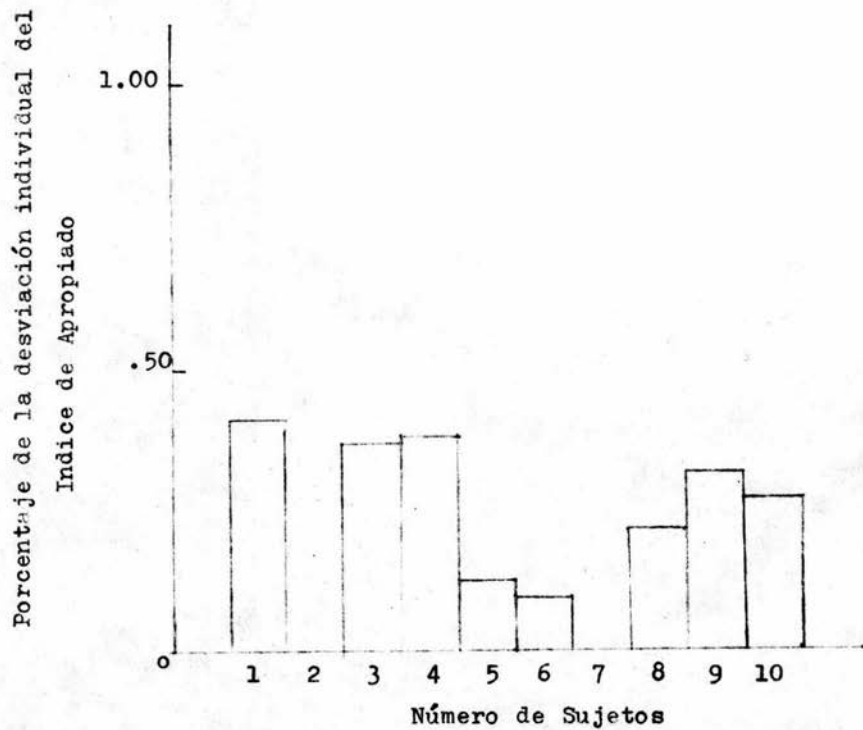
X_s	$(\sum X_s)^2$	$(\sum X_s)^2/N$	$\sum X_s^2$	$(\sum X_s)^2/N - \sum X_s^2$	$(\sum X_s)^2/N - \sum X_s^2$	
1	7.37	54.3169	6.599125	6.3529	.0632875	.4040184
2	8	64	8	8	0	0
3	7.13	50.8281	6.4680125	6.5925	.1304875	.3612305
4	7.39	54.6121	6.8265125	6.9773	.1507875	.3003136
5	7.87	61.9369	7.7421125	7.7569	.0147875	.1216038
6	7.84	61.4656	7.6832	7.6928	.0096	.0979795
7	8	64	8	8	0	0
8	7.69	59.1361	7.3329125	7.4293	.0472875	.217-568
9	7.66	58.6756	7.33445	7.4286	.10115	.3180408
10	7.60	57.9600	6.89045	6.7580	.007117	.2957523

DESVIACION ESTANDAR DE LA CONFIABILIDAD
ENTRE OBSERVADORES



Gráfica V

DESVIACIÓN STANDAR DEL INDICE DE APROPIADO



Gráfica X

CONCLUSIONES

En pacientes psiquiátricos, se encuentra un amplio espectro de conducta problema, que ha dado como resultado clasificaciones ambiguas sea en uno solo o en varios pacientes, estos casos se explican conductualmente al ser evaluados los pacientes, ante situaciones y personal presente diferente, ya que se le muestran una estimulación e inducción de conducta diversa.

Existe un Sistema de Clasificación de Desviaciones Conductuales, desde 1974 que se puede adecuar a cada tipo de problema individual, en el área clínica (externa) o en rehabilitación (parálisis cerebral, retardo mental, etc.) sin embargo es necesario, que éste sistema de clasificación se integre en la clínica interna, para lo cual la psicología conductual requiere de una vasta fundamentación aplicada.

La utilidad de un estudio Evaluativo Conductual, se presenta ante la inconfiabilidad y la invalidez encontrada en el Diagnóstico Psiquiátrico, por la revisión efectuada en el trabajo y por que es necesaria en el área la ampliación de investigaciones.

El instrumento conductual de estudio, tiene como base metodológica, la observación directa de comportamiento en un ambiente natural, mediante un diseño de registro, la conducta real se asentó en correlaciones entre estímulos y respuestas, definidas operacionalmente. Los puntos básicos que lo guiaron: la conducta presente es respuesta a estímulos (son en principio detectables) que en su mayoría aparecen en el medio ambiente; las interacciones estímulo-respuesta (E-R) son estables, al menos durante periodos limitados (cuando un estímulo se presenta, tiende a dar la misma respuesta)

las interacciones se llegan a alterar por eventos disposi -
cionales como lugar, hora, medicamentos, etc.; las interaccio -
nes son modificables mediante condicionamiento u otros méto -
dos; ninguna respuesta por si sola es adecuada o inadecuada,
lo que la caracteriza es el estímulo o la situación en la -
que se presenta .]

El estudio trató con los objetivos: localizar comportamien -
tos trastornados, precisar cualidades de interacción (defi -
nir a la conducta como adecuada o inadecuada a la situación
de registro), ser confiable y válido, auxiliar en el diagnós -
tico, apto al manejo del personal hospitalario y familiares.
El diseño desarrollado se limitó a la interacción entre pa -
cientes, aunque también se tenía previsto, pacientes ante vi -
sitantes, ante profesionales, instructores, personal .

El procedimiento usado para registrar a los sujetos, fue -
el de observar pacientes (muestra numérica de población --
hospitalaria indiferenciada) que mostraban interacción social
luego la población sólo pertenecía a un pabellón y poste -
riormente, sólo se registro a una muestra de diez pacientes
de ese pabellón, con la idea de probar ese protocolo de re -
gistro obtenido .

Se cumplió con el objetivo de precisar conductas de cuali -
dad interactiva adecuada o inadecuada a la situación de re -
gistro, esta parte es válida por medio lo que quería medir,
(pero todavía no podría ser auxiliar en el diagnóstico por
que su confiabilidad fue baja (probablemente debido a la fal -
ta de igualdad de frecuencia, que aunque se trató con as -
pectos cualitativos, todo dato fue cuantificable), ni locali -
zar comportamientos trastornados, por que el registro de in

teracción social, debía de incluir, la interacción total del paciente, así como con todo lo que constituye el comportamiento social (conductas de autocuidado, recreativas, académicas, etc.), pero podría ser útil, tanto dentro como fuera -- del hospital, entrenando las observaciones como las definiciones de conducta, motivándolos principalmente por los objetivos de estudio.

Con el aspecto de conducta evaluado, se considera que se contribuye a gestionar el uso de la perspectiva conductual, ya que de él podrían derivar otros; se deberá estructurar un instrumento evaluativo, por cada aspecto conductual que se investiga o trata, con sus respectivos objetivos y procedimientos .

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

Adams, Doster, y
Calhoun

Un Sistema Psicológico Basado --
en la Clasificación de Respuesta

en Ciminero A.R. y Kalhoun K.S.
Hand Book of Behavioral Assess-
ment New York, Wiley 1977, Cap.-
3 Pág. 49-76

Bandura, A.

Causal Processes

Principles of. Behavior Modifi-
cación New York, Holt Rinehart-
& Winston 1969. Cap. 1, Pág.1--
63.

Bartz Alberth E.

Métodos Estadísticos en el --
Test de Construcción.

Basic Statistical Concepts in -
Educación and the Behavioral -
Sciences.
Minneapolis, Minnesota; Burgess
Publishing Company, 1976, Cap.-
13, Pág.328-348

Begelman, D.A.

Behavioral Classification in -
Hersen M. y Bellack, S.A. - -
Behavioral Assessment: A Prac -
tical Handbook, New York, --
Pergamon Press, 1976 Cap. 2 --
P-ág. 23-44

Bruning, J. y Kutz, B.

Treatments By Subjects, or Repeated --
Measures Design

Computational Handbook of Statistics
Glenview - Illinois, Scott Foresman --
and Co. 1977, páq. 44 a 48

- Ciminnero, A.R. Evaluación Conductual: Una Visión
 en Ciminnero A.R. y Calhoun, K.S.
 Hand Book of Behavioral Aseessment
 New York. Wiley, 1977; Cap. 1, -
 Pág. 3-11
- Coates y Thoresen: Uso de la Teoría Generalizable en
la Observación de Conducta.
 Behavioral Therapy, 9, 605-613, -
 (1978).
- Cone, Jhon D. La Relevancia de la Confiabilidad
y Validez para la evaluación --
conductual.
 Behavioral Therapy, 8 411-426 --
 (1977).
- ENEPI Categorías Conceptuales y Tipos de
Registro.
 Unidad VI de Metodología de 2o. -
 Semestre. Elaborado en Psicología
 Iztacala-UNAM
- ENEPI El Comportamiento y el Ambiente -
como Variables Continuas.
 Unidad IV de Metodología de 2o. --
 Semestre Pág. 1-9. Elaborado en -
 Psicología Iztacala-UNAM.
- Garfield L. Sol Psicología Clínica, Estudio de la-
Personalidad y la Conducta.
 México, El manual Moderno, 1979 --
 Cap. Pág. 109

Golfriéd y Linehan

Beneficios Básicos en -
Evaluación Conductual.

En Ciminnero A.R. y Cal -
houn K.S. Hand Boock of -
Behavioral Assessment. --
New York, Wiley 1977 --
Cáp. 2 Pág. 15-26

Golfred, D.B. y -
Davidson, G.C.

Beneficios Conceptuales -
en Evaluación Conductual
y Métodos de Evaluación -
Conductual

En Clinical Behavior The-
rapy. New York, Holk, --
Rinehart & Wiston, 1976.-
Cáp. 2 y 3 Pág. 28-54

Hersen, Michell

Historical Perspective in
Behavioral Assessment

En Hersen, Michell y --
Bellack, S.A. Behavioral-
Assessment: A Practical -
Handboock New York, ---
Pergamon Press, 1976. --
Cáp. 1 Pág. 3-21

Kanfer, F.H. y -
Grimm, L. G. --

Behavioral Análisis .

En Behavior Modificati6n,
Sage, Publicati6ns, Inc.,
1977. V.1 No. 1 Pág.7-28

- Kanfer F.H. y -
Phillips J.S.
- Evaluación del Comporta -
miento en
- Principios de Aprendizaje-
en la Terapia del Comporta
miento.
México, Trillas, 1977 Cáp. 10
Pág. 552-579
- Kanfer F.H. y -
Saslow G.
- Behavioral Diagnosis
- En Franks C. M. Behavior -
Therapy: Appraisal and --
Status; New York, Mc.Graw,
Hill, 1969. Pág. 417-442
- Kent, R.N. y Foster
S.L.
- Procedimientos Observacio-
nales Directos: Beneficios
Metodológicos en Escenarios
Naturales.
- En Cimminero, A.R. y -
Calhoun, K.S. Hand Boock -
of Behavioral Assessment, -
New York, Wiley, 1977. --
Cáp. 9 Pág. 279-324
- Kerlinger, Fred N.
- Confiabilidad y Validez -
en Investigación del Com -
portamiento.
- Técnicas y Metodología. --
México, Interamericana, -
1973. Cáp. 26 y 27 Pág. -

Linehan, M. Marsha

Contenido de Validez; su -
relevancia para la Evalua -
ción Conductual.

Behavioral Assessment, 2 -
Pág. 147-159 1980.

Megargre, E.I.

Modelo de Ambigüedad en la -
Evaluación de la Personalidad
en Métrica de la Personalidad
México, Trillas, 1971; Cáp.1
Pág. 22-26, Cáp. 5 Pág.161-
--162, Cáp. 3 Pág. 102-104.

Morganstern, K.P.

Behavioral Interviewing: -
The Initial Stages of --
Assessment.

En Hersen M. Bellack, S.A.-
Behavioral Assessment, op.-
cit. Cáp. 3 Pág. 51-74

Sandler, J. y -
Davidson, R.S.

Modelos Conceptuales en -
Psicopatología. Teoría del-
Aprendizaje y Aplicaciones.
México, Trillas, 1977. --
Cáp. 2 Pág. 35-53

Solomon P. y -
Patch, V.D.

Manual de Psiquiatría
México, El Manual Moderno,-
1972. Cáp. 6 y 7 Pág.52-67.

Skinner, B.F.

La Naturaleza Genérica de -
los Conceptos de Estímulos y
Respuestas en

La Conducta de los Organismos.
Barcelona, Fontanela, 1975;-
Pág. 48-59

Szasz, T.S.

Mito de Enfermedad Mental en
Sarason, I.G. y Sarason, B.-
R. Reatings in Al normal --
Psychology, New York, Appleton
Century Croffts, 1978. Pág.-
5-10 Cáp. 1

Ulrich R., Stachnik,
T. y Mabry, J.

El Análisis Científico de la
Conducta en

Control de la Conducta --
Humana.
México, Trillas, 1977. V. 2
Cáp. 1 Pág. 17 a 37

Ullman, L.P. y -
Krasner, L.

Definición de Normalidad en

A Psychological Approach to
Abnormal Behavior. New --
Jersey, Prentice-Hall, Inc.
Englewood Chiffs, 1969. --
Cáp. 1 Pág. 9-30

Yates, Aubrey J.

Terapia del Comportamiento

México, Trillas, 1973. --
Cáp. Pág.

Zigler, E. y -
Phillips, L.

Psychiatric Diagnosis: A -
Critique

Journal of Abnormal and --
Social Psychology 63 No. 3-
Pág. 607-616 1961.

Tratamiento para Sujetos o-
Designación en la Repetición
de Medidas, en Análisis of-
Variance, Parte 2 Pág.44 a 49