

67  
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

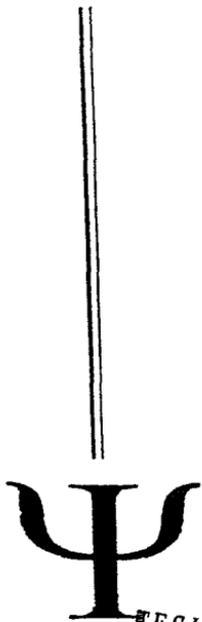
"EVALUACION CONDUCTUAL DE LAS TECNICAS  
DE REHABILITACION PSICOSOCIAL EN ENFERMOS  
PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS EN EL  
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y  
NEUROCIRUGIA M.V.S."

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**MARTHA ADRIANA COZATL RIVERO**

DIRECTOR DE TESIS: DR. HECTOR LARA TAPIA

MEXICO. D. F.



TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN

1997





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**AGRADECIMIENTO:**

*Especialmente al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" por haberme facilitado la realización de este trabajo, en particular al director Dr. Jesús Carbajar.*

**AGRADECIMIENTOS:**

*A la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la Facultad de Psicología, a los profesores y sinodales, por la oportunidad que me brindaron en mi formación profesional.*

*Al apoyo económico de la fundación UNAM ,en particular al licenciado Jorge Alvarez, coordinador del programa de apoyo a la titulación, de la facultad de Psicología.*

*Al director de tesis Dr. Héctor Lara Tapia, ya que sus experiencias y conocimientos lograron encausarme en la realidad de la Psicología.*

*Y a cada una de las personas que me apoyaron en la trayectoria de mi carrera, gracias por su comprensión, consejos y cariño...*

***"Nadie se puede desarrollar libremente en este mundo, ni encontrar una vida plena sin sentirse comprendido por, al menos, una persona "***

*Paul Tournier, M.D.*

## INDICE

	Pág.
Resumen.....	05
Introducción.....	07
I Rehabilitación Psicosocia.....	09
1.1 Antecedentes.....	09
1.2 Rehabilitación Psicosocial.....	17
1.3 Programa de Rehabilitación Psicosocial del Instituto Nacional de Neurología Y Neurocirugía M V S .....	27
II Evaluación Conductual .....	33
2.1 Antecedentes.....	33
2.2 Evaluación de Observación Conductual.....	38
2.3 Instrumento de Observación Conductual.....	61
III Método.....	64
3.1 Variables.....	65
3.2 Sujetos.....	67
3.3 Instrumento.....	69
3.4 Procedimiento.....	70
IV Resultados y Análisis de Resultados.....	71
V Discusiones y Conclusiones.....	79
VI Bibliografía.....	86

## RESUMEN

La Rehabilitación Psicosocial es el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de oportunidades del individuo para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad (Saraceno, 1994).

Recientemente ha cobrado vigencia la Rehabilitación Psicosocial para la atención integral de los pacientes psiquiátricos en todo el mundo, como parte de estas actividades se han implantado diversas técnicas por parte del equipo multidisciplinario de salud con objeto de mejorar el estado agudo, la prevención de recaídas y la inserción social del paciente crónico.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez" se ha implantado un programa de Rehabilitación Psicosocial, donde análisis preliminares realizados en forma piloto en éste instituto han mostrado que a la par con el decremento de la sintomatología psicótica se incrementan las respuestas conductuales positivas, tales como autocuidado, mayor participación grupal y mejoría de la dinámica social en su entorno familiar y hospitalario (Lara, 1995)

Sin embargo, estas actividades, aún cuando técnicamente son aplicadas por personal especializado y altamente capacitado en su área, carecen de un control efectivo del impacto de éstas en la atención global, por lo que este trabajo pretende valorar la efectividad del programa a través del uso de una Evaluación Conductual, ya que esta proporciona una medición real y objetiva de estos tratamientos.

Con este objetivo se aplicó el Instrumento de Observación Conductual (BOI: Behavior Observation Instrument) en un grupo de 20 pacientes psiquiátricos durante su hospitalización,

en las actividades cotidianas, sesiones de grupo, y terapia ocupacional de los pacientes. En donde los resultados fueron incrementando un 93% en las Conductas Sociales al egreso, un 82.3% en las Conductas No sociales (o de participación individual), un incremento del 90.83% al egreso de las Conductas de Trabajo y un 95.6% en las Otras conductas (o conductas motoras). El análisis Estadístico fue un "Análisis de Varianza", en donde las 4 áreas de Conductas, obtuvieron una F mayor al .05. Comprobando con esto, que la RPS, funciona efectivamente para el tratamiento de los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

## INTRODUCCION

El tratamiento de los enfermos mentales ha presentado a lo largo de la historia una gran dificultad para el equipo de salud, ya que es una entidad polémica y delicada. Hace unos siglos, el tratamiento de los enfermos mentales era paupérrimo y atenuaba los síntomas negativos del propio padecimiento, y directamente iba contra los derechos humanos, por lo que el enfermo y sus familiares no tenían las esperanzas de que saliera adelante. Es apenas en este siglo que esa preocupación ha tomado soluciones pertinentes al asunto, ya que inicia un movimiento para que los enfermos mentales recuperen dentro de sus posibilidades su salud y su dignidad humana.

En México a partir de 1963, empieza con un programa piloto denominado "Operación Castañeda" en donde la rehabilitación de los pacientes se centra en la reintegración comunitaria (Lara T.L., 1965). En la actualidad han surgido diferentes modalidades terapéuticas que se han interesado por el restablecimiento de los enfermos mentales. Muchas de estas modalidades no han satisfecho lo suficiente las demandas de los enfermos, ni de los familiares de los mismos. Es por eso que la Rehabilitación Psicosocial (RPS) en estas últimas dos décadas ha tomado gran importancia en el tratamiento de los enfermos mentales, definiéndose como "el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de oportunidades del individuo para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad"(Saraceno,1994)

De acuerdo a esta definición se ha implantado un Programa de Rehabilitación

**Psicosocial en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez" en el Servicio de Psiquiatría; en el cual, las áreas básicas que se incluyen en el programa son: Autocuidado, Control de Síntomas y Medicamentos, Orientación Ocupacional, Habilidades Sociales, Educación para la Salud (dirigido a los familiares del enfermo), y Actividades Recreativas y deportivas**

Aunque este tratamiento integral, se está llevando a cabo bajo la supervisión del jefe del servicio de psiquiatría y el trabajo de gran calidad del equipo multidisciplinario, es necesario calificar de manera objetiva el programa que se está haciendo, por lo que este trabajo presenta la Evaluación del Programa de Rehabilitación Psicosocial del INNyN, en una población de 20 pacientes hospitalizados, con diferentes diagnóstico según el CIE-10 (40% con Esquizofrenia, 30% con Trastorno Depresivo, el 20% con Trastorno Afectivo Bipolar y el 10% con Trastorno Mental Orgánico). Para la evaluación conductual, el instrumento empleado fue el BIO (Instrumento de Observación Conductual, de Alevizos y Colaboradores, 1973). A través de este instrumento se obtuvieron tres medidas (al ingreso, durante la hospitalización, y al egreso) en las cuales se puede ver la evolución de la muestra en su tratamiento integral, en las cuatro áreas de conductas del propio instrumento: 1 - conductas sociales, 2 - conductas no sociales, 3.- conductas de trabajo y 4.- otras conductas.

En cada una de estas áreas se notó una evolución progresiva. Por lo que se concluye que el Programa de Rehabilitación Psicosocial, si funciona adecuadamente, para la reintegración psicosocial de los pacientes hospitalizados en este instituto.

## REHABILITACION PSICOSOCIAL

### ANTECEDENTES HISTORICOS

A través de la historia del hombre, ha existido la necesidad de entender a aquellos hombres que se comportaban "raro", con conductas inapropiadas y anormales. Las enfermedades mentales representan una crisis en el sistema mágico-religioso y son atribuidas principalmente a la violación de un tabú, omisión de las obligaciones rituales y posesión demoniaca.

Los antiguos griegos, alrededor del año 800 a.C consideraban a la conducta trastornada o psicótica, como un castigo por haber ofendido a los dioses.

En la Iliada, Homero describe típicamente sus personajes; como poseídos por sentimientos repentinos del poder que los dioses les habían infundido de alguna forma. Se creía que los estados de locura eran creados de la misma forma. La curación mental se realizaba en unos grupos de templos dedicados al dios Asclepio. Cada templo era una estructura laberíntica, en la que los pacientes mentales caminaban y dormían, finalmente cuando llegaban a su centro se creía que en el proceso, Asclepio atendía a sus sueños y los curaba.

Hipócrates (460-377 a.C.) creyó que el conocimiento racional podría servir como un camino para comprender y tratar los trastornos mentales. El vio al cerebro como la

explicación de la conducta que observamos. Describió los ataques epilépticos, y llegó a la conclusión de que su causa era la enfermedad cerebral; además escribió sobre la depresión, los estados de delirio, las psicosis, etcétera Hipócrates describió al cerebro como el intérprete del estado consciente y como el órgano más importante del cuerpo; su técnica terapéutica consistía en reposo, baños, y dietas.

En la Edad Media las actitudes benignas hacia los enfermos mentales se deterioraron, y por todas partes se veía el antiintelectualismo. Las creencias en el misticismo y las brujerías se extendieron, e incluso la religión se contaminó con la magia. Hacia el siglo XIV, los enfermos mentales llegaron a ser objeto de burla, perseguidos y despreciados. En los siglos XIII y XIV, la iglesia mostró una creciente hostilidad y temor hacia los locos.

Paracelso (1493-1541) creía en la astrología y atacó vigorosamente las ideas acerca de la posesión diabólica, sosteniendo que las enfermedades eran controladas por las estrellas y los planetas. La terapia que ocupaba, era la hoguera, o bien, metían la cabeza del enfermo en un horno, para que, por la chimenea salieran los demonios y los pensamientos perturbadores.

Weyer J (1515-1576) tuvo el valor de insistir que las brujas eran mujeres trastornadas mentalmente y no criaturas de Satán, hizo hincapié en la importancia de un cuidadoso examen médico de los pacientes mentales y describió una amplia gama de conducta mental, incluyendo la paranoia, la epilepsia, la psicosis, la depresión y las pesadillas persistentes. Argumentó que el tratamiento clínico debe de satisfacer las necesidades de las personas trastornadas además, concluyó que las experiencias

internas y las relaciones humanas alteradas, eran la causa importante de la enfermedad.

Es así, que la rehabilitación intrahospitalaria del enfermo mental y su reincorporación a un mayor nivel de funcionamiento personal, social y ocupacional se remonta al pasado: Se han intentado diversos métodos para ellos, algunos indignos e inhumanos. Por eso la historia de los tratamientos y de la rehabilitación del paciente psiquiátrico la historia de la actitud y de los prejuicios de la sociedad hacia la enfermedad mental (Pucheu, 1981).

En 1425, empieza la labor de rehabilitación, con la fundación del hospital de Zaragoza, donde según testimonio de Pinel la mayoría de los enfermos participan regularmente en las actividades de laboraterapia en forma de trabajos agrícolas. En 1436 se fundan los de Sevilla y Valladolid, en 1480 el de Toledo y en 1481 el del Barcelona.

En el siglo XVII surge un gran cambio con la obra de Pinel, al quitarles las cadenas a los pacientes recluidos, y en consecuencia, devolverles su libertad corporal (Fernández, 1988 ; Ordaz1988). En España se instituyó un tratamiento ético a base de ejercicios, juegos, entretenimientos, higiene y otros (Ordaz, 1988), para brindar una auténtica asistencia asilar u hospitalaria de los enfermos psiquiátricos (Fernández, 1988).

En el período comprendido de 1800 a 1925, el trato humano y de custodia de tipo asilar caracterizó la atención del paciente. Una figura que trascendió por las ideas en su tiempo fue Simons (1905), que por sus aportaciones en terapia ocupacional o

**ergoterapia, se le considera como el iniciador de la socioterapia intrahospitalaria .**

En 1925 a 1930, algunos asilos psiquiátricos o manicomios se transformaron en auténticos hospitales, al incorporar en sus actividades la aplicación de una serie de métodos terapéuticos especiales (la cura del sueño, la psicoterapia, los tratamientos antiúéticos específicos, la cura de sákel, las distintas técnicas convulsionantes, etcétera)

Así, con el propósito de mejorar la atención a los enfermos crónicos, se abren algunos establecimientos psiquiátricos (talleres de terapia ocupacional), y se crea el clima de lo que algunos años después habría de llamarse "Comunidad Terapéutica".

La comunidad terapéutica se caracteriza porque aquéllas condiciones básicas de la vida común tienen valor terapéutico y sobre todo un valor rehabilitador. Una de las condiciones que se definen a la comunidad terapéutica, es el desarrollo de un programa de actividades ocupacionales, recreativas y sociales.

En 1955, Simmons desarrolló una auténtica terapia de cobertura, pues trataba de estimular el sector de la personalidad preservada del trastorno psíquico, con el objeto de recubrir rasgos psicológicos. Resulta que no sólo estos cambios conceptuales han tenido escasa trascendencia práctica en un gran número de países por razones de resistencia práctica, o por razones de resistencia familiares, sociopolíticas y técnicas, sino que incluso no han llegado a infiltrarse debidamente en la mentalidad de muchos psiquiatras, de los sistemas y recursos

Los progresos de la psicofarmacoterapia y la socioterapia las que han hecho enteramente realizable el programa de asistencias psiquiátrica. Un gran sistema de

**socioterapia (equipos psiquiátricos, social, terapia ocupacional y grupoterapia) que hoy comparten dos objetivos terapéuticos el lugar de honor de la asistencia psiquiátrica son la curación en sentido médico y en sentido social. En tanto la curación médica pretende buscar el equilibrio de la personalidad y neutralizar los síntomas, la curación social exige la reintegración del paciente a la sociedad (Fernández, 1988).**

En México, en los años sesenta se adoptó el concepto de la psicoterapia y socioterapia tanto en hospitales como en clínicas. Se ofrecen también farmacoterapia y varias actividades ocupacionales y recreativas (Furedi, 1986).

Anteriormente al aparecer los primeros síntomas, se mandaban a los pacientes psiquiátricos al hospital, generalmente a pabellones donde quedaban reclusos. La estrategia principal de tratamiento era, primero aplicarles terapia electroconvulsiva (TEC) y mucho después un tratamiento biológico. El trato de estos pacientes no favorecía las condiciones de vida para la reintegración a su medio (social, cultural, familiar, laboral, etcétera). Así por su cuenta, Frasser y Douglas (1988) afirmaron que los tratamientos han sido mal entendidos y se le ha puesto poco interés a la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, debido a que en algunos centros en donde se han implementado programas de rehabilitación, se han proporcionado de una manera inadecuada e inconstante (Watts y Colaboradores, 1990).

Dada estas circunstancias, existe la necesidad de un tratamiento integral que intente devolver al paciente a sus originales roles afectivos y sociales. A este tratamiento se le denomina como "Rehabilitación". La Rehabilitación, es considerar a la persona como individuo dentro del contexto de su ambiente, ya que el modo como

se comporta una persona es el resultado de la interacción entre las capacidades, la personalidad que posee como individuo y el ambiente en que vive, así como a las enfermedades con impedimentos físicos se le adapta el ambiente para que se desarrollen sus actividades lo mejor posible

La rehabilitación de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un término que se aplica a los impedimentos físicos y mentales, y que consisten en el uso racional de procedimientos como son las medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales, que tienen por objeto adiestrar o readiestrar al individuo e intentar llevarlo a los niveles más altos de su capacidad funcional, de acuerdo con sus posibilidades reales

La Rehabilitación para Caplan, es la expresión de prevención terciaria que abarca la acción comunitaria de reincorporar al individuo a su núcleo social, y le da a la rehabilitación una categoría exclusiva e individual.

La filosofía de la rehabilitación del paciente psiquiátrico, en esencia define al ser humano que en el caso de sufrir una merma de sus facultades mentales y sociales, tiene el derecho de volver a integrarse como persona a la sociedad y que se le devuelva, hasta donde sea posible, su dignidad y utilidad en el mundo de sus congéneres

Bellak afirma que el objeto principal de la rehabilitación es la reconstrucción de la fuerza de ego del paciente, a fin de que éste pueda volver a encontrarse mentalmente capacitado, listo para trabajar y enfrentarse a los factores emocionales de las relaciones interpersonales.

La rehabilitación es el conjunto de procedimientos biológicos y sociopsicológicos utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que les imposibiliten un adecuado ajuste social producto de alguna afección psiquiátrica, cuyo objetivo fundamental consiste en integrarlos en un contexto social tan similar al normal como sea posible (Ordaz, 1988). La rehabilitación enfatiza el empleo de capacidades vocacionales que disminuyan las deficiencias y superen el impedimento. También se pretende favorecer el desarrollo de las potencialidades del paciente en las áreas vocacionales, educativa, laboral, recreativas y ocupacionales.

El objetivo de la Rehabilitación es la reubicación en un lugar independiente dentro de la comunidad, ya sea en su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible. Esto se inicia en el hospital y debe ser continuada extramuros por medio de programas de supervisión preventiva (Lara, 1996) o del seguimiento del estado de salud, a fin de favorecer el desarrollo de las potencialidades del paciente en las áreas vocacional, educativa, laboral, recreativa y ocupacional, las que implican la resocialización de enfermo mental (Pecheu, R. 1981).

Rehabilitar, en su acepción pedagógica, equivale a decir reeducar, y en consecuencia, toda su actividad rehabilitatoria, supone, necesariamente, la existencia de una metodología psicopedagógica, que le sirve de sólido argumento científico a dicha disciplina.

También deben de considerarse en la rehabilitación, la motivación; el estímulo que conduce al individuo hacia una determinada línea de acción, independientemente, de si el sujeto de la experiencia se propone y se esfuerza para alcanzar un objetivo.

**La motivación constituye, en síntesis, un requisito previo e indispensable, para realizar y concluir con éxito o no, una actividad determinada.**

En los enfermos mentales aparte de una motivación psicológica, se deben estimular las motivaciones sociales, ya que el goce o placer psicológico, que produce en el paciente la elaboración directa o indirecta de un producto útil al colectivo social, o a la participación entusiasta en una actividad de grupo debe ser aprovechado, con habilidad, para influir de manera satisfactoria sobre el enfermo mediante la utilización racional de incentivos morales y materiales.

La motivación es un factor de aprendizaje, consiste en hallar un medio de hacer que el contenido que enseña, o los hábitos que trate de formar, satisfagan las necesidades del paciente.

Además de la motivación, el interés es importante, porque expresa una relación recíproca entre el sujeto y el objeto. Se encuentran afectados como secuela del proceso de desintegración psicosocial que viene operándose en la personalidad del enfermo y que requiere la aplicación urgente de un tratamiento rehabilitatorio que coadyuve a restaurar poco a poco dichas funciones, y al mismo tiempo, evite su depauperación psicosocial.

## **REHABILITACION PSICOSOCIAL ( R P S )**

A las enfermedades mentales se les ha percibido como un padecimiento más incapacitante que las enfermedades físicas (Anthony, 1993); en las enfermedades físicas, se puede modificar más fácilmente el medio que rodea al enfermo para que pueda desarrollar mejor sus habilidades y se pueda adaptar (por ejemplo: rampas en las calles o edificios, lugares de asiento y estacionamiento para minusválidos etcétera), sin embargo en los pacientes con enfermedad mental resulta un tanto difícil, ya que el medio que se modificaría sería el social y este último es inestable y dinámico, por lo que las medidas preventivas son más difíciles de establecer.

Existen por esto, una gran necesidad de reintegrar de nuevo a los pacientes con enfermedad mental a su entorno social, laboral, familiar, cultural, etcétera evitando así las recaídas y todo lo que implican. Es necesario así un tratamiento integral, que no trate más los aspectos farmacológicos, ni que se apoye nada más en la terapia individual, ni en problemas psicológicos, sino que integre toda una amplia gama de tratamientos que permita al equipo de salud con ayuda de la familia a reincorporar al paciente a su medio social.

Es así, que el tratamiento de un paciente depende más de su familia, sus empleadores y la actitud de la comunidad hacia él, que de las drogas y la psicoterapia que reciba (Lewis 1953).

Siendo la rehabilitación psicosocial, una triple fuerza terapéutica integrada por:

a) Psicofármacos, b) psicoterapia (individual y grupal) y c) Terapia ocupacional y recreativa. Se define ésta, como una aproximación terapéutica para el cuidado integral

**de los enfermos mentales que anima a cada paciente a desarrollar plenamente sus capacidades, a través de procedimientos terapéuticos médicos, psicológicos, de aprendizaje y de soporte ambiental (Anthony, 1993).**

La rehabilitación Psicosocial "es el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de oportunidades del individuo para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad" (Saraceno, 1994)

La rehabilitación psicosocial es un conjunto de procedimientos que ayudan a disminuir la discapacidad y desventaja producidos por la enfermedad. Estos procedimientos están orientados a la promoción de competencia cognitiva y emocional de la gente discapacitada.

La orientación de la rehabilitación psicosocial es que la persona discapacitada desenvuelva habilidades para que desarrolle soportes en su medio ambiente comunitario. Además de la adquisición de estas habilidades, la rehabilitación origina un incremento relativamente estable en el nivel básico de confianza en sí, o una reducción estable en el nivel de respuesta emocional a determinado tipo de stress.

En La Habana, Córdova y Colaboradores (1976), señalan que en los pacientes esquizofrénicos crónicos, entre mayor sea el tiempo de hospitalización, menor será su deseo de abandonarlo, y sus planes para vivir fuera de éste se harán más irreales cada vez. Por lo que se introdujeron por vez primera a un empuje triple (Psicofarmacológico, psicoterapia de grupo y ergoterapia), a los pacientes esquizofrénicos crónicos.

La rehabilitación psicosocial es el intento de proporcionar al paciente los

medios para mejorar su empeño en la comunidad, que le permitan llevar a cabo el mayor número de actividades compatibles con su personalidad y con los intereses para los cuales está capacitado.

Con esto se han estructurado diversos programas de rehabilitación psicosocial, entre los resultados que revisamos son. Una alta efectividad en el establecimiento y mantenimiento de conductas necesarias para alcanzar una forma de vida independiente y progresiva, por otro lado, el decrecimiento de conductas tales como la ansiedad y la depresión (Ayala y Colaboradores 1982).

En pacientes agudos hospitalizados se implanto un programa de rehabilitación psicosocial, los resultados obtenidos indican con claridad una disminución en la sintomatología (Ryan, 1983).

Se ha encontrado que existe una relación directa entre un programa de rehabilitación - entre la disminución de sintomatología y la estabilidad y funcionamiento global de los pacientes, obteniendo así un mejor funcionamiento social en el hospital y manteniéndose éste en la comunidad (Valencia , 1986 y 1988). También se halló, que la terapia ocupacional es favorable para la adaptación y funcionamiento social de los pacientes esquizofrénicos (Medina y Colaborador 1993).

Las características de un programa de rehabilitación psicosocial se mencionan a continuación:

1. Las metas del programa consisten en integrar al paciente, tanto al ambiente hospitalario como en la comunidad, en base a las necesidades de el mismo, de manera

**que pueda funcionar adecuadamente en la comunidad una vez que sea dado de alta.**

**2. Las realidades del personal, el tipo de pacientes, y el tipo de estructura e infraestructura del hospital donde se realizará dicho programa:**

a) La sección dentro del hospital, pabellón o piso, es el lugar donde se lleva a cabo procedimientos de rutina, tanto de carácter personal como médicos. Muchas de las actividades diarias solo tienen lugar ahí, de manera que la distribución arquitectónica de la sección se convierte en factor determinante para que los pacientes con trastornos crónicos puedan llevarlas a cabo con facilidad. En efecto, con sólo prestar atención para que las instalaciones, como lavabos y excusados, sean las adecuadas se puede mejorar y facilitar substancialmente el cuidado personal.

b) El personal está formado por, los médicos psiquiatras, los residentes, los psicólogos, las trabajadoras sociales y las enfermeras psiquiatras, éstas últimas son las que conviven más con los pacientes, los siete días de la semana, las 24 hrs.

c) Los pacientes, son enfermos crónicos con: esquizofrenia, trastornos afectivos bipolar, episodios depresivos, trastornos mentales orgánicos, etcétera

3. Capacitación del personal, el personal necesita un alto grado de iniciativa, perseverancia, y motivación; pues la actitud que tenga hacia la enfermedad va a influir en el progreso de los pacientes (Aguirre, 1995).

4. Evaluación de pacientes para los planes de rehabilitación. Esto va de acuerdo a las características del mismo programa.

5. Objetivos del programa y aplicación del mismo. De acuerdo a la finalidad y metas a largo y corto plazo del mismo.

6. **Evaluación del programa.** Es darle una valoración cuantitativamente de las técnicas y procedimientos que se están realizando.

7. **Resultados y sugerencias.** Conforme a la evaluación del programa, los resultados obtenidos van a verificar los objetivos iniciales del programa y a ampliar los mismos.

Un programa de Rehabilitación Psicosocial debe de considerar las siguientes áreas: El auto cuidado, control de síntomas y medicamentos, orientación ocupacional, habilidades sociales, orientación familiar y actividades recreativas:

1. El Autocuidado consiste en levantarse a una hora temprana en el hospital y posteriormente en la comunidad, también, presentar una apariencia apropiada, para lo cual el paciente debe rasurarse, bañarse, peinarse, cepillarse los dientes, así como vestir limpio y con propiedad, además, debe ayudar en algunas tareas y actividades del servicio.

2. El Control de Síntomas y Medicamentos se lleva a cabo por medio de un programa efectivo de farmacoterapia, y para el control de síntomas se utilizan técnicas psicosociales con el objetivo de disminuir la frecuencia y la intensidad de los síntomas. El objetivo consiste en educar al paciente acerca de la importancia de tomar el medicamento para evitar recaídas.

3. La Orientación Ocupacional (Terapia Ocupacional); pretende orientar al paciente acerca de las diversas actividades ocupacionales que pueden desempeñar cuando se encuentre en la comunidad, haciendo una revisión de lo que ha hecho, qué

6. **Evaluación del programa.** Es darle una valoración cuantitativamente de las técnicas y procedimientos que se están realizando.

7. **Resultados y sugerencias.** Conforme a la evaluación del programa, los resultados obtenidos van a verificar los objetivos iniciales del programa y a ampliar los mismos.

Un programa de Rehabilitación Psicosocial debe de considerar las siguientes áreas: El auto cuidado, control de síntomas y medicamentos, orientación ocupacional, habilidades sociales, orientación familiar y actividades recreativas:

1. El Autocuidado consiste en levantarse a una hora temprana en el hospital y posteriormente en la comunidad, también, presentar una apariencia apropiada, para lo cual el paciente debe rasurarse, bañarse, peinarse, cepillarse los dientes, así como vestir limpio y con propiedad, además, debe ayudar en algunas tareas y actividades del servicio.

2. El Control de Síntomas y Medicamentos se lleva a cabo por medio de un programa efectivo de farmacoterapia, y para el control de síntomas se utilizan técnicas psicosociales con el objetivo de disminuir la frecuencia y la intensidad de los síntomas. El objetivo consiste en educar al paciente acerca de la importancia de tomar el medicamento para evitar recaídas.

3. La Orientación Ocupacional (Terapia Ocupacional); pretende orientar al paciente acerca de las diversas actividades ocupacionales que pueden desempeñar cuando se encuentre en la comunidad, haciendo una revisión de lo que ha hecho, qué

quisiera hacer y qué podría hacer en el ámbito ocupacional, por su situación social, algunos pacientes no han aprendido habilidades laborales apropiadas, como consecuencia de su padecimiento otros han perdido su actividad ocupacional. Por estas razones, el programa se plantea como meta orientar ocupacionalmente al paciente para que cuando sea dado de alta desarrolle sus actividades laborales con efectividad.

Terapia Ocupacional, según la OMS es el uso controlado de una actividad que tiene un fin determinado, y está dirigida especialmente hacia la restauración o desarrollo de la función del paciente, en lo emocional, así como lo social y en lo económico.

La terapia ocupacional es, cualquier actividad mental o física prescrita por el médico y administrada por el terapeuta calificado, mediante el uso de procedimientos, desarrollo, y/o mantenimiento de las habilidades mentales, sociales, o psíquicas que han sido dañadas por una enfermedad o lesión.

Con un enfoque eminentemente práctico, la terapia ocupacional es un método o técnica de carácter rehabilitatorio, con sólidos fundamentos en la teoría del aprendizaje, que trata de proporcionar al paciente adecuado ajuste psicosocial mediante el empleo combinado y sistemático de la ergoterapia, los deportes, la recreación, y la enseñanza especializada.

Son cinco los factores que intervienen en la terapia ocupacional:

I) Los enfermos deben ser considerados como individuos. El paciente es un elemento activo, y por consiguiente, interviene en su propia rehabilitación.

II) El terapeuta. El avance del proceso rehabilitatorio depende en gran medida del establecimiento y mantenimientos de relaciones interpersonales positivas entre los

integrantes del equipo de salud, el paciente y sus familiares, dentro y fuera del contexto de las actividades del programa de rehabilitación

III) Los objetivos, de la terapia ocupacional como de las actividades rehabilitatorias comprenden tres fases: de un objetivo, un método, y un contenido.

La terapia ocupacional tiene por objetivo la desaparición sintomática, además de su valor diagnóstico y la evaluación aplicado por un terapeuta que cumpliendo la prescripción médica, usa actividades de valía, manuales, creadoras, recreaciones sociales, educacionales, e industriales, para obtener del enfermo la rehabilitación física y mental deseada.

IV) Actividades; deben ser seleccionadas, programadas y dosificadas de manera tal, que faciliten su aprendizaje, y al mismo tiempo, enriquezca la inteligencia y la personalidad de los pacientes.

V) Método, fusiona a todos los recursos humanos y materiales de que se dispone, para alcanzar como eslabón final de dichos procesos la rehabilitación psicosocial del paciente.

No obstante, se cree que la terapia familiar y en algunos casos, un contacto directo con los lugares de trabajo, son elementos indispensables de la rehabilitación. El ambiente familiar y el del trabajo son partes básicas del sistema social del paciente. Se cree que la desintegración del sistema social no puede ser parcialmente corregida, que tiene que serlo todo el sistema completo (Watts y Colaborador, 1990).

El trabajo implica algunas funciones psicológicas de primer orden, como la capacidad de percibir claramente las necesidades de las demás personas, y ser

**regular y confiable en los hábitos sociales.**

Simon (1927- 1929) empleaba el trabajo como medio de contrarrestar la institucionalización de los pacientes, para él el trabajo era parte de un proceso educativo cuyo fin era preparar a los pacientes para reintegrarse a la vida normal

Cuando un paciente ha sido colocado en una institución, se anula la iniciativa que pudiera quedarle. Sus contactos sociales disminuyen; en sus actividades se vuelve del todo pasivo. Se encuentra sumiso y quizá, que es lo más importante, vive en un vacío sin motivos (Myerson, 1939). Myerson empleó métodos como fisioterapia, ejercicios y juegos, mejor dieta, y vitaminas. Por el lado psicológico, mejoró la indumentaria y empleó el encomio y la crítica, la recompensa y el castigo.

4. Las Habilidades sociales. Por sus problemas psicóticos, algunos pacientes pierden una serie de habilidades sociales básicas, por lo que es importante que el paciente pueda recuperar o adquirir esas habilidades mediante la comunicación, ya que al compartir experiencias el paciente aprende, por ejemplo, a mantener una conversación, a evitar aislarse socialmente en contextos grupales y cómo participar en actividades recreativas, entre otras.

5 La Orientación Familiar consiste en involucrar a la familia del paciente durante el tiempo de la hospitalización. Se plantea establecer una cooperación y comunicación estrechas con la familia, de manera que por este conducto se puedan detectar los problemas básicos del paciente en el núcleo familiar.

6. Las Actividades Recreativas y Laborales consisten en proveer al paciente de una variedad de actividades recreativas, de manera que el paciente utilice su tiempo

durante el periodo de internamiento. Los pacientes con supervisión acuden al jardín del hospital para practicar deportes. Las actividades recreativas son importantes ya que permiten un contacto informal con el paciente, promoviendo un acercamiento distinto, a diferencia de las otras metas del programa, logrando una completa rehabilitación psicosocial.

La recreación, es el conjunto de ocupaciones destinado a llenar el tiempo libre del hombre y a las que éste se encuentre con plena aceptación para distraerse o divertirse. A la par que desarrolla integralmente su personalidad, gana conocimiento en torno al mundo que lo rodea y amplía el horizonte de sus relaciones interpersonales.

La recreación es una forma de actividad que implica un intento de autoexpresión. Mediante las actividades recreativas, incluyendo en éstas las deportivas, el hombre encuentra la satisfacción de sus deseos, de lograr compartir con otras personas, de crear, de ganar aprobación personal y social, y de expresar su personalidad y sus sentimientos.

Con la utilización de la Recreación se obtiene:

- a) un medio para el intercambio social.
- b) la autoexpresión, lo que equivale a decir las manifestaciones espontáneas del individuo y sus sentimientos de realización.
- c) un desarrollo de los sentimientos de responsabilidad y disciplina tanto individual como grupal.
- d) la confianza en sí mismo.
- e) el interés de participar directa y activamente en el desarrollo de las actividades.

- f) el restablecimiento de sus hábitos de convivencia para mejorar su adaptación social y creación de relaciones interpersonales adecuadas.
- g) el mejoramiento de la condición psicomotora y el adiestramiento corporal.
- h) el decremento de los síntomas negativos tales como la ansiedad, la agresividad, los sentimientos de minusvalía, etcétera
- i) una mejor espontaneidad en las distintas actividades.

Actividades que abarcan la Recreación:

- teatro.
- cine.
- música.
- radio.
- pintura.
- juegos recreativos.
- televisión.
- paseos y excursiones.
- literatura.
- cumpleaños colectivos.

## **PROGRAMA DE REHABILITACION PSICOSOCIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROLOGIA "M. V. S."**

Se ha demostrado que el impacto de un programa de Rehabilitación Psicosocial, puede reducir el nivel de síntomas clínicos; como la apatía, el aislamiento social, etcétera (Wing y Brown, 1970), obteniendo así un incremento en el funcionamiento social (Wallace, 1980). Además sirve para reforzar, mantener y apoyar las ganancias obtenidas del aspecto farmacológico.

Es así que se ha realizado una línea de investigación para obtener normas para la Rehabilitación Psicosocial y el tratamiento integral de los pacientes neurológicos y psiquiátricos que se atienden en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INN y N MVS), fundamentado en las características específicas de éstos, tanto en lo que respecta a la evolución de su enfermedad, su situación socioeconómica y su entorno social, se desarrolla una línea de investigación que explora estas características, incidiendo posteriormente con acciones específicas sobre aquellos aspectos que muestren relevancia e influyen negativamente en la evolución de estas enfermedades, enfocando la actividad principal del equipo multidisciplinario hacia los factores de riesgo puestos de manifiesto por estas investigaciones.

La rehabilitación psicosocial atenúa los efectos negativos de la estancia hospitalaria y favorece la readaptación del paciente psiquiátrico a la comunidad, reduce la apatía y el aislamiento social, refuerza, mantiene y apoya las ganancias logradas por otro tipo

**de tratamiento (psicofarmacológico) e incrementa el funcionamiento social del paciente, ya que la rutina de dormir, comer y tomar medicamentos hace que el paciente psiquiátrico presente características de aislamiento social, lentitud, un bajo nivel de actividad, aplanamiento afectivo y falta de motivación, los cuales pueden llevar al paciente a una evitación pasiva de interacción social. Los factores que participan en esta situación son la pérdida de contacto con el mundo externo y la inactividad forzosa.**

Como parte de la solución de estos problemas, se ha estructurado un programa integral de Rehabilitación Psicosocial que incluye la educación para la salud, mediante grupos con los familiares de los enfermos hospitalizados; así mismo, la intervención de las enfermeras psiquiatras mediante técnicas de reforzamiento y conducta, evaluando ésta mediante escalas conductuales (Cortés, Coronado y Aguirre, 1995), así como técnicas de grupo con los pacientes hospitalizados.

El programa del INNNyN se deriva de tres modelos fundamentales los cuales son:

1. Modelo de entrenamiento en habilidades sociales, se trata de modelos conductistas orientados a reforzar el desenvolvimiento de las habilidades sociales: auto - gestión, auto - ayuda, conducción del espacio residencial, y actividades laborales.

2. Modelo de reforzamiento de comportamientos socialmente competentes, se trata de programas individuales en el área de competencias habitacionales, laborales, del aseo y de presentación personal, de las relaciones familiares y sociales.

**3. Modelos psicoeducacionales.** este modelo hace uso de técnicas psicológicas y educativas orientadas a aumentar el conocimiento en los familiares de los pacientes esquizofrénicos, a disminuir las emociones expresadas y disminuir así las recaídas. Terapias familiares, entrenamientos de padres, soluciones de problemas, cursos profesionales, constituyen el paquete heterogéneo de intervenciones técnicas que conforman este modelo.

De acuerdo a los tres modelos anteriores, las áreas específicas que abarca el programa son :

1. *Autocuidado*; el personal de enfermería fomenta los hábitos de higiene y aliño personal de los pacientes, y lo incorpora en actividades sencillas para el cuidado de su unidad. Vale la pena mencionar que se imparten pláticas educativas sobre higiene personal e higiene dental entre otros.

2. *Control de síntomas y medicamentos*; hablar de esto, es básico si se habla de "Atención a la Calidad", ya que el paciente presenta muchas recaídas y generalmente se debe a la adherencia al tratamiento médico, por lo cual se está orientando al familiar en la División de Psiquiatría sobre todas las consideraciones que debe de tomar en cuenta para el manejo de los medicamentos y del paciente, al cual también se le brinda educación continua sobre la importancia del medicamento en su propio tratamiento

3. *Orientación ocupacional*; es sin duda un punto importante dentro de la rehabilitación psicosocial del paciente psiquiátrico; el trabajo que se realiza al respecto consiste en actividades manuales y sencillas, considerando las necesidades y habilidades de cada uno de los pacientes, así como los recursos humanos y materiales

con que se cuenta.

Se realizan también técnicas de motivación relacionando el trabajo (como fuente de ingresos), con su realidad.

4. *Habilidades sociales*; éstas son las primeras en afectarse debido a las características propias de su padecimiento, por lo que se favorece la comunicación entre los pacientes y el personal; de la misma forma, se realizan reuniones sociales (socialización) para favorecer la interacción social y la comunicación entre los pacientes, lo cual ayuda en su readaptación al término de su tratamiento.

5. *La orientación para el familiar*, se realiza mediante el Departamento de Trabajo Social, con su ayuda se organizan pláticas para los familiares de los pacientes hospitalizados, en estas pláticas se tratan temas importantes como, los trámites administrativos que deben de realizar, pláticas acerca de la enfermedad mental, lo que deben de hacer y lo que no debe hacer al ingresar su paciente, en otras palabras educación al familiar del paciente.

6. *Actividades recreativas y deportivas*, es sin duda un aspecto de gran trascendencia, que comprende las siguientes actividades: visita al jardín, juegos de pelota, y actividades deportivas.

Los objetivos del programa de rehabilitación psicosocial, en la División de Psiquiatría del INNyN "M.V.S.", son:

1. Identificar la importancia de la rehabilitación psicosocial del paciente psiquiátrico.
2. Señalar las áreas importantes que debe abarcar un programa de rehabilitación psicosocial.

3. Dar a conocer las ventajas que implica el plan de acción de rehabilitación psicosocial.

4. Describir las actividades que se realizan en la División de Psiquiatría en relación a la rehabilitación psicosocial del paciente psiquiátrico.

Todos los días se les pasa visita a los pacientes por parte de los médicos residentes, la trabajadora social, las psicólogas y el personal de enfermería, los viernes se pasa visita a todos los pacientes con el jefe de la división y los médicos adscritos, además de todos los mencionados anteriormente.

Los enfermos mentales son en algún grado rehabilitables, con independencia de la severidad de su afección. El enfoque integral de la rehabilitación, que toma en cuenta los niveles biológicos, sociales y psicológicos que conforman la unidad de hombre, garantiza en el desarrollo de sus tareas la participación de un equipo multidisciplinario que actúa con unidad de criterios y de objetivo.

El objetivo terminal de la línea de investigación del Servicio de Psiquiatría del INNyN, en la que participan pasantes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. ha sido obtener indicadores específicos para el programa mencionado, y se ha desarrollado en tres áreas: Médica, Psicológica y Social

Dentro de los primeros resultados obtenidos, se ha encontrado que existen problemas respecto a la adherencia terapéutica en estos pacientes (Pacheco y Lara Tapia, 1995), facilitado por la estructura y dinámica familiar; también existe una evidente psicopatología en la familia que interactúa con la del propio paciente (Morfín, 1995).

Además se encontró que, aunque el nivel de escolaridad de los enfermos es más alta que el promedio de la población del mismo nivel socioeconómico, la de los padres es sumamente baja, siendo analfabetas o con escolaridad de primaria incompleta (Ocampo y Colaboradores 1995), lo que facilita el abandono del tratamiento por la falta de comprensión del problema (Lara Tapia, 1995).

## EVALUACION CONDUCTUAL.

### ANTECEDENTES

La Evaluación Conductual surge dentro de la terapia o modificación de la conducta, como uno de sus desarrollos, sus objetivos fundamentales son la identificación de unidades de conducta-problema y de las variables que las controlan o mantienen. En la terapia conductual, el énfasis de esta ha estado centrado inicialmente más en la modificación o tratamiento de problemas que en la Evaluación adecuada de los mismos, recientemente, la evaluación como tal ha empezado a cobrar un interés real entre los terapeutas de conductas, sin duda porque finalmente han comprendido su utilidad a la elección, éxito y valoración del mismo tratamiento.

La Evaluación Conductual surge de la necesidad de tener una herramienta veraz y confiable de estimación. Ya que en la "Evaluación Tradicional", está incluido el psicodiagnóstico realizado con test psicométricos, proyectivos o subjetivos, etcétera a través de los cuales puede llegarse a describir, clasificar y, en el caso más extremo, explicar la conducta de un ser humano con base en el análisis de su estructura de la personalidad, en la que se articulan características, rasgos, factores (propios del modelo del atributo - rasgos psicométricos), necesidades, defensas, conflictos (modelo psicoanalítico y médico - entidades nosológicas). Todas ellas tienen en común el hecho de ser construcciones internas (psicométricas, psicodinámicas, psiquiátricas), subyacentes en el sujeto, inobservables y que les predisponen a la acción. En cambio,

**en la Evaluación Conductual pretende un modelo de análisis objetivo de los comportamientos relevantes en un sujeto, y a los niveles de complejidad necesarios (es decir, comprender tanto sus respuestas motoras como fisiológicas y congestivas), así como la detección de las variables, tanto organismicas como ambientales, que provocan o mantienen tales comportamientos.**

Desde el punto de vista de la Evaluación Tradicional, supone que el comportamiento está fundamentalmente determinado por el propio organismo (variables intrapsíquicas), siendo, por lo tanto, la formulación teórica asumida: (c f o). Es decir, la conducta está en función de variables organismicas o "personales" (entendiendo por tales, atributos internos) y ellas deberán ser las principales unidades de análisis de evaluación psicológica. En efecto, dando una distinta relevancia y peso a la génesis ambiental y/o biológica de los distintos atributos (psicométricos, psicodinámicos, psiquiátricos) utilizados en evaluación tradicional, lo que está claro es que con base en ello se realiza la descripción, clasificación y aun explicación del comportamiento del sujeto en examen.

Por lo contrario, desde el enfoque más radical y primitivo de la evaluación conductual, se asumió que la conducta está en función de las variables ambientales de la situación (c f s). El organismo que, en interacción con las variables ambientales, explican la mayor parte de la varianza de la conducta: La formación en este caso: cf (o por a) Esta formación interactiva supone una transacción entre los distintos grupos de variables: es decir, una causación reciproca (Pervin, 1968) y no una determinación lineal y unidireccional. En este sentido, Bandura (1974, 1978) plantea que el

**funcionamiento psicológico supone que una continua interacción entre la conducta y las variables organizmicas (o personales) y ambientales (o situacionales) La formación gráfica sería una relación entre c, o, a, donde estarían en forma triangular unidas por flechas en ambas direcciones .**

Bandura (1978) propone, un determinismo recíproco "como principio analítico básico para analizar los fenómenos psicosociales a nivel del desarrollo intrapersonal y del funcionamiento interactivo de los sistemas organizativos y sociales"

Por otra parte, existe también una importante diferencia conceptual entre el enfoque tradicional y conceptual en la propia consideración de o (organismo). La aproximación conductual, supone la importancia de los factores biológicos en la conducta, así como la manera en que el aprendizaje se ha plasmado en el organismo, por lo que éste cuenta con un determinado repertorio de conductas, producto de su historia de refuerzo. Por su parte, en la evaluación tradicional, o (organismo), independientemente o como resultado de la biología del sujeto (en relación con el mayor o menor biologismo del submodelo de que se trate), es considerado como una estructura interna cuya organización estable cuenta con una serie de atributos, construcciones o propiedades que tienen una realidad interna en el sujeto, que son inobservables y se presentan "nomotéticamente" es decir, existen en todos los sujetos variando tan sólo en el grado de manifestación (ser más o menos introvertido, emotivo, utilizar más o menos el mecanismo de defensa de la represión, etcétera)

La Evaluación Tradicional, considera que la conducta está en función de variables organizmicas (constructos), lo cual puede no querer decir, en efecto, que la

**construcción o la formación de tales constructos dependen, en mayor o menor medida, de la interacción de lo biológico con lo social. Pero, por otra parte, en el modo tradicional lo que interesa de lo social o ambiental es el pasado (generalmente los primeros años de la vida). Es decir, lo que el evaluador tradicional trate de reconstruir a través, por ejemplo; de la entrevista, es la historia pasada del sujeto que le permita explicar la formación o constitución de los actuales determinantes de la conducta (rasgos, conflictos, necesidades, defensas, enfermedades mentales, etcétera) Por lo contrario, el evaluador conductual hará especial énfasis en el presente y en aquellas variables ambientales que son propiamente situaciones, y ello porque éstas generalmente controlan o mantienen las conductas por las que el paciente consulta y que, él mismo, considera inadecuadas. El pasado como parte importante en la formación de hábitos, competencia, etcétera no puede ser reconstruido con la objetividad necesaria y, además, del pasado nada puede modificarse; ésta es la razón más importante que avalen la relativa importancia que el pasado tiene para el psicólogo conductual. Lo decisivo es, el presente, ya que en él es donde van a poder ser manipuladas ciertas condiciones ambientales o internas, con objetivos preestablecidos en el tratamiento.**

Las características de la Evaluación Conductual son las siguientes.

1. Evaluación conductual se basa en los principios teóricos establecidos desde la psicología experimental y más especialmente desde la psicología del aprendizaje.
2. La evaluación conductual se rige a concretas conductas-problemas o variables-criterio. Esto implica, que se requiere una planificación de la evaluación específica y

única para cada sujeto y en relación a las conductas - problema de que se trate. El énfasis fundamental se establece sobre la evaluación de conductas observables objetivamente (bien motoras, bien fisiológicas, por cuanto éstas pueden ser amplificadas y observadas objetivamente). Estas características de la evaluación conductual están, como es lógico, mediatizadas por el modelo teórico de referencia en donde el énfasis se establece en las conductas motoras con la suposición bien establecida, de que el hecho de que estas conductas puedan ser observadas públicamente, incrementa la fiabilidad y la exactitud de los datos y son más congruentes con el sistema conductual del que parte (Haynes, 1978).

3. El objetivo fundamental de la evaluación conductual es el de identificar las condiciones que controlan las conductas - problema. Esto supone que interesa prioritariamente las variables internas y externas, en la situación presente, mantienen a las conductas - problema. Esto se debe a que ellas van a constituirse en variables independientes y, por lo tanto, van a ser manipuladas durante el tratamiento. Es decir, el énfasis en las condiciones que controlan la conducta está determinado por el principio de causalidad del modelo conductual.

4. La evaluación y el tratamiento suponen dos intervenciones psicológicas inseparables y dialécticamente relacionadas. A través de la evaluación son seleccionadas las variables dependientes e independientes que serán utilizadas durante el tratamiento. Es decir, la especificación de las conductas - problemas y de las variables que las mantienen supone un requisito previo de toda terapia conductual. En otras palabras, una correcta evaluación es condición indispensable para un buen

**tratamiento. Por otra parte, la interdependencia entre la evaluación y el tratamiento se ve más claramente al recordar que el proceso evaluativo, particular para cada caso, es valorado empíricamente a través del tratamiento posterior.**

**5. La Evaluación Conductual requiere la utilización de datos objetivos fiables y válidos presentados en forma cuantitativa y recogidos, preferentemente, de la situación natural en la que se encuentra el sujeto. Esto implica que el evaluador conductual está preparado, primeramente, por la obtención de dispositivos de evaluación rigurosos a través de los cuales puedan obtenerse datos fiables y válidos y se realicen mínimas inferencias sobre la conducta de los sujetos. De entre ellos es la Observación el método por excelencia.**

**6. La Evaluación Conductual lleva consigo la validación experimental de todo el proceso en el que se integra el tratamiento del sujeto.**

### **EVALUACION DE OBSERVACION CONDUCTUAL.**

Dentro de la Evaluación Conductual, el método de observación es un elemento básico e indispensable para llevar a cabo esta apreciación.

Dentro del método científico se han generado diversas estrategias adecuadas al tipo de ciencia, sea exacta, fáctica o social. En la ciencia fáctica, uno de los primeros pasos dentro del método científico es la observación. Antes de los años 80's, sólo se consideraba a la observación como un elemento inicial, o un instrumento primordial en

**el método experimental para la consecución del experimento propiamente dicho. Sin embargo, tanto en las ciencias biológicas, en la etología, como en el Análisis Experimental de la Conducta, etcétera (Altmann, 1974, Anguera, 1983, 1991; Bakerman y Gottman, 1989; Santoyo y López, 1990; Santoyo, 1994), ésta se constituyó en una metodología en su derecho.**

Para el estudio del comportamiento de los organismos (incluyendo al organismo humano) en el escenario restringido o en su hábitat natural se han requerido desarrollar estrategias metodológicas, básicamente, de carácter observacional (Angura, 1983).

Esta metodología ha permitido el estudio de :

- a) los mecanismos implicados en tal comportamiento, es decir, cómo funcionan los sistemas conductuales.
- b) qué factores determinan comportamiento y su desarrollo, y
- c) cómo se despliega el flujo conductual momento a momento in situ (Bakerman y Gottam, 1989) o en escenario restringidos.

Los sistemas de observación etológica han sido pautas para el desarrollo de nuevos sistemas de observación conductual no solo en la biología (Lytton, 1980), sino también dentro del ámbito de la Psicología como en el Análisis Experimental de la Conducta y la Psicología del Desarrollo Social Interaccional (Santoyo, Espinosa y Bachá; 1994),entre otros enfoques.

La interrelación entre método observacional y método experimental en esta área del conocimiento es estrecha, dado que el segundo se basa en el primero y no podría

existir sin él. Aunque la metodología observacional en si misma sea la base para la metodología experimental, los hallazgos no alcanzan el soporte suficiente para dar explicación a las relaciones observadas. Dado que, para demostrar el estatus de una variable como el determinante, de algún cambio conductual se requiere, necesariamente, de la manipulación de tal determinante, evaluando el grado en que el comportamiento varíe por efecto del primero (Bunge, 1975).

La observación es, quizás para la ciencia fáctica, el primer elemento válido, dentro del método científico, sobre todo para aquellos enunciados empíricos "a posteriori".

La observación como estrategia para recabar datos conductuales se ha caracterizado por desarrollarse a partir de:

- a) el objeto de estudio, es decir, aquello que se va a observar;
- b) parejas de observadores entrenados para la recogida del dato conductual in situ o en escenarios restringidos;
- c) las circunstancias o situaciones donde se da la observación del objeto; y los medios de observación o instrumentos y medidas para recabar el dato conductual (Anguera, 1983)

La observación como método, tiene entidad suficiente para la obtención de un conocimiento científico que no pretende otro objetivo que plasmar una conducta presente, con suficiente "potencial de descubrimiento" , para no sólo describir aquella conducta y/o situación, sino llegar a explicarla convenientemente y establecer relaciones de causalidad; ni que decir tiene que seguir en sus líneas generales la

estructura del método general de la ciencia. En cambio como técnica, no significa otra cosa que una estrategia a seguir subordinada a las directrices de una línea de investigación a través de un método concreto; aquí la observación tiene por misión únicamente el suministro de información complementaria a las otras formas de recogida de datos.

De la misma manera que el método científico en general (o del método de las ciencias del comportamiento), se entiende que en la vía inductiva partimos de una realidad empírica, sin plantearnos ninguna conjetura acerca de la existencia o tipo de relación entre dos o más variables o conceptos, así también al utilizar la observación inductivamente, sólo pretendemos la descripción de una conducta, captar un evento, constatar la realidad, pero sin ir más allá de esta recolección de información.

Existen cinco fases del método observacional :

*Fase 1.* Utilización de la observación, siempre que sea preciso medir la conducta cuando los sujetos son libres de variar sus respuestas individuales y sociales en gran número de ocasiones con pocas o ninguna restricciones impuestas por el investigador, o bien en el laboratorio u otros marcos en que se ha limitado la gama de estimulaciones pero en que las conductas que pueden emitirse son relativamente ilimitadas. El uso de observación es necesario cuando no sean factibles técnicas automáticas de medida, por la complejidad del instrumento, por su costo, o por lo que es más frecuente, porque sólo implicaría una percepción vacía de contenido mínimamente interpretativo; y también cuando la información que se obtendría mediante tests estándar, cuestionarios o entrevistas no sería adecuados para los fines

### **de evaluación conductual.**

*Fase 2. Delimitación del objetivo; la evaluación es como la "observación sistemática de la conducta bajo condiciones prescritas y en relación con estímulos específicos".* El objeto de la observación son las diversas manifestaciones conductuales susceptibles de ser llevadas a cabo por el ser humano en los más diversos órdenes, como la comunicación; verbal, vocal, espacial, etcétera. En esta fase se aclara y clasifica el problema que permite determinar el tipo general de intervención necesario, de cara a un programa de tratamiento, modificación del entorno, o cualquier otra decisión. En esta fase marca claramente el paso de la observación pasiva a la activa.

En otras palabras se debe hacer una delimitación específica de la observación indiscriminada, pues perdería interés al no haber sido seleccionado un objetivo. Esta delimitación necesaria, implica el establecimiento de todas aquellas condiciones o características que deben reunir las sesiones de observación, para que los datos recogidos se ajusten al objetivo inicial y puedan ser consideradas como datos netos y por lo tanto, no rechazables.

La selección de las sesiones de observación está estrechamente ligadas con la técnica de muestreo escogida, y permite un mayor afinamiento anterior (ya que influirá al elegir un muestreo más adecuado) y posteriormente, por someter los datos recogidos a una verificación de una serie de aspectos que deben cumplirse.

Para facilitar la selección de los datos netos y como criterio de rechazo o no rechazo, conviene indicar algunos puntos que hay que pasar por desapercibido:

a) Cambios intersesiones, cuando las circunstancias que acompañan a las distintas sesiones de observación permiten seleccionarlas según se adaptan o no a las condiciones requeridas.

b) Cambios intrasesiones, cuando a lo largo de una sesión de observación tiene lugar un acontecimiento o hechos que inciden en la conducta que se desarrolla, repitiendo a partir de entonces en el resto de aquella sesión. Tales acontecimientos pueden originar el rechazo de los datos recogidos desde el momento de presentarse tal circunstancia.

c) Disrupciones temporales, tiene lugar cuando durante una sesión de observación se presenta un determinado evento o circunstancia que altera la conducta observada, rompiendo su continuidad, pero durante un corto espacio de tiempo, y sin incidencia ni repercusión posterior. Sólo sería rechazable el registro recogido en los momentos en que dure la ruptura en el transcurso de la sesión.

*Fase 3* Estrategia de muestreo; si precisamente desde la perspectiva conductual las respuestas o ejecuciones de los sujetos ante los elementos de una técnica se entienden como "muestra" de la actuación del individuo, deberán establecerse las pautas o criterios según los cuales la conducta o intervalo de tiempo o situaciones muestreadas sean representativos de la conducta que se pretende evaluar, con una previa caracterización de lo que se entiende por unidad de observación.

*Fase 4.* Recoger datos; debe estar claramente subordinada al objetivo de la observación como medio de evaluación conductual, por lo cual se buscará un adecuado sistema de registro, con los medios instrumentales que fueren necesarios, y

una vez establecidas previamente todas las características a que se hubiere de someter para conseguir mayor eficacia, como establecimiento de unidad de tiempo y/o eventos, tamaño del intervalo, de la muestra, etcétera

*Fase 5. Análisis e interpretación de resultados*, claramente subordinados al objetivo y a la naturaleza de los datos registrados, diferenciándose claramente si éstos son cualitativos o cuantitativos, y la relevancia que pueda ejercer en ellos el paso del tiempo como aspecto a tener en cuenta en la evaluación conductual

El proceso de observación debe permitir

1) Que el objeto observado sea de carácter público. Condición mínima necesaria para sustentar que la ciencia es objetiva, y donde la regla afirma que los resultados obtenidos por observación pueden reproducirse por otros especialistas en condiciones análogas.

2) Clasificar los resultados, es decir ubicarlos en clases de comportamiento, generado uno a varios sistemas o taxonomía de categorías conductuales.

3) Demostrar la fiabilidad de las propiedades o clases observadas de los hechos o las relaciones.

4) Describir objetiva y operativamente al hecho y/o a la relación entre hechos para llegar a la descripción y búsqueda de la función en las relaciones estudiadas (Anguera, 1983).

La observación en las ciencias conductuales, también es referida como observación naturalista. Como metodología ésta abarca un gran espectro con métodos

**abiertos y métodos cerrados; o más precisamente denominados como observación asistemática y observación sistemática, respectivamente. Y entre ambos métodos se encuentra la observación semi-sistemática que representaría un eslabón o tránsito entre ambos métodos.**

La asistemática o de método abierto, se caracteriza por no tener un objeto de observación particular, por ejemplo: cuando se hacen registros anecdóticos, la historia de casos, o un diario. Además en este tipo de observación no hay un plan predeterminado de observación, o el observador puede tener una idea difusa sobre lo que ha de observar. Ejemplo de la observación semi-sistemática es la descripción de un espécimen o ejemplar donde el observador registra lo que un organismo hace lo largo de un período predeterminado de observación.

En tanto que, la observación sistemática o de método cerrado, se basa en la selección de una estrategia sobre algún aspecto de la conducta a registrar, además este método es la base para el desarrollo de métodos de muestreo sistemático de observación y se caracteriza por:

- Ganar precisión en el registro del comportamiento.
- Permitir la cuantificación del comportamiento al sistematizar las estrategias de observación.
- Definir de antemano varias modalidades de conducta a registrar a través del diseño de códigos conductuales.
- El observador registrara cada ocurrencia de comportamiento, anotando el código predefinido (estos registros, genéricamente reciben el nombre de protocolos o

catálogos de códigos).

- **Diseño de formas de manera a fin de establecer la fiabilidad de los instrumentos.**

A demás este tipo de métodos se caracteriza por registrar y cuantificar los datos conductuales a través de la observación directa y no requiere de la inferencia. Cuando estos datos son tomados de puntajes obtenidos a través de observación indirecta como es el caso de los puntajes arrojados, por ejemplo en las pruebas que puntúan indirectamente la ejecución de un individuo; en vez de recolectar de manera directa los puntajes de tal ejecución (Cooper, 1987) Tal es el caso del uso de instrumentos sociocognocitivos de competencia social o cualquier otro tipo de prueba indirecta, donde se mencionó antes, se hace necesarios el uso de inferencia para traducir este dato (Cooper, 1987).

Esta es una de las razones más importantes que fundamentan el surgimiento y cada vez mayor el uso de la metodología observacional en las Ciencia Conductuales.

#### Sistemas de Observación y Recogida de Datos Conductuales.

La sistematización actúa en la observación a modo de estructuración o control externo tendiente a facilitar la determinación de las situaciones relevantes para la observación conductual, la forma de llevar a cabo la recogida de datos, el marco más adecuado y la posibilidad o no utilización de instrumentos técnicos. Casi paralelamente, el nivel de sistematización en el registro es función de la fase o estado en que se encuentra el estudio observacional y, a la vez, se halla en estrecha dependencia de la conducta o de las áreas de conductas registradas.

El analista conductual utiliza la metodología observacional como un medio idóneo

para recoger el dato conductual en diversos escenarios. Esta metodología se caracteriza por tomar la medición directa del comportamiento o ejecución de un individuo en la situación restringida o in situ.

En la ciencia conductual, la recogida del dato conductual se realiza mediante la medición directa del mismo, tal es caso del registro de las respuestas o los puntajes de conducta. Por ejemplo, estos son agrupados en tasa de respuesta, o en porcentaje de respuesta (Cooper, 1987). Estas medidas directas no requieren de inferencia, dado que ellas representan características particulares del comportamiento medido.

Por otra parte, la medición indirecta ha sido extensamente usada como un apoyo adicional; sin embargo, los datos obtenidos a través de ella, para su interpretación requieren de la inferencia; los puntajes en alguna prueba sociométrica cognocitiva, de actitudes, etcétera son ejemplos de una medición indirecta del comportamiento (Cooper, 1987).

La metodología observacional se desarrolla a partir de medir directamente el dato conductual. Y se ha clasificado en tres formas: a) Observación Asistemática,

b) Semisistemática, y c) Observación Sistemática (Anguera, 1983). En la siguiente tabla se muestra una forma gráfica de dividir a la observación:

OBSERVACION	Asistemática o Abierta	a) Historia del Caso b) Diario
	Semi-sistemática.	a) Descripción del espécimen o ejemplar
	Sistemática o Cerrada.	a) Medición Directa = Puntajes directos de conductas. b) Medición Indirecta = Pruebas (académicas, sociométricas, no conductuales, etcétera)

La metodología observacional agrupa un conglomerado de sistemas, estrategias, y cuantificación del comportamiento. Primero, se presentan algunos métodos de observación más empleados: abiertos o no sistematizados; semi-sistemáticos, y cerrados o sistemáticos (Anguera, 1983).

#### Observación No sistematizada o Muestreo Ab Libitum.

Se caracteriza por proporcionar una descripción simple, llana y narrativa de carácter cualitativo e informal, donde se recogen todas las características de la conducta, evento, situación o escena que se observa (Anguera, 1983). Ejemplos de este tipo de observación son el registro anecdótico, historia de un caso, o diario.

En la observación no sistemática existen dos tipos de descripción que se encuentran, inadvertidamente, mezclados: la descripción molecular y la descripción molar. La primera registra conductas o eventos puntuales concretos en exceso, tal es el caso de las conductas motoras. La segunda, emplea un nivel de abstracción mayor, donde se hace necesaria la interpretación de un conjunto amplio de situaciones, eventos o conductas (Anguera, 1983).

### **Observación Semi-sistemática o Descripción de Espécimen.**

Se define como aquel tipo de descripción donde se registra a un individuo, ejemplar o espécimen a través del empleo de una cámara; donde el investigador puede tener una aproximación más precisa de lo que ha de observar y registrar al usar tecnología más sofisticada. A este tipo de observación se le denomina semisistemizada debido justamente a adolecer de : a) un objeto de estudio definido, b.) la selección o desarrollo de un sistema de observación, codificación y registro que proporcione los datos observacionales que describan el problema a estudiar ( Anguera, 1983).

### **Observación Sistemática o Cerrada.**

Es la más utilizada en la evaluación conductual, y si bien en algunos casos restringe la libertad de observación de determinados fenómenos, se prefiere a la escasamente sistematización por su mayor precisión, si es que consigue conservar cierta flexibilidad y adaptarse a las situaciones concretas (Anguera, 1978, 1979).

La observación sistematizada pretende descubrir y precisar con exactitud determinados elementos conductuales que posee cierto valor predictivo y heurístico (Pascal y Jenkis, 1961) Implica: 1) un estudio anterior (observación escasamente sistematizada, si es de tipo empírico, o elaboración conceptual, si es de orden teórico) que le lleva a una especificidad y cuidadosa definición de la conducta escogida, con la consiguiente lista de categorías preparadas a modo de instrumento de observación, que con gran probabilidad serán reformadas para conseguir una mayor adaptabilidad a las conductas a evaluar; 2) la utilización de instrumentos técnicos que aseguren una exactitud en el registro y simultaneidad de datos de los distintos elementos de la

conducta; 3) control externo en diverso grado de intensidad, acorde con las características de cada caso, y en donde conviene aclarar a que se refiere precisamente al grado de estructuración de la situación de observación y del registro, con lo cual entendemos que existiría sólo diferencia cuantitativa de grado (y gradual) de control con el método experimental, pero no cualitativa, ya que al utilizar la observación estamos en condiciones de captar exactamente la variación producida, si bien no introducimos un estímulo directamente, aunque indirectamente lo hayamos previsto al elaborar el sistema de categorías o la escala de razen para registrar sus efectos (Anguera, 1980); 4) existe igual control del observador y del observado, limitando sus prejuicios y tendencias; 5) es factible la cuantificación, permitiendo una mejor comprensión de los registros, construcción de diagramas que muestren distintos tipos de relaciones, etcétera; 6) tiene un uso muy extendido en la observación conductual en marcos de laboratorios, si bien es aplicable claramente a los naturales; 7) admite técnicas de muestreo que permiten simplificar la recogida de datos, perseverando su integridad informativa.

La sistematización del registro, consiste en expresar en términos observables toda la información contenida en conductas o eventos, de manera que no se produzca pérdida de información o de matiz expresivo, todo ello en forma redundante que permita funcionalidad y rapidez con un adecuado adiestramiento. Como principal característica, se establecen las unidades de observación, o mínima cantidad de información —y por tanto con cierto contenido— referida a la conducta o evento que constituye el núcleo central de nuestra observación y al entorno que le rodea e incide

por estar en interacción constante, actuando como evento antecedente, evento consecuente o como ambos a la vez, si suceden a una conducta y proceden a la siguiente.

Se define como una vía específica accesible para registrar y cuantificar la conducta. Los métodos de observación sistemática que presentaremos a continuación se caracterizan por permitir:

- a) la observación y registro de la conducta, cuando no es conveniente o viable el uso de equipo especial.
- b) la observación y registro de la ocurrencia espontánea de la conducta en contextos naturales.
- c) la definición, de antemano, de varias modalidades de conducta y se registran los códigos asignados a ellas.

Un amplio grado de concordancia en la toma del dato conductual.

Una consideración importante respecto a la observación sistemática es que ésta no siempre permite observar secuencias de conducta por lo cual el investigador habrá de ponderar, según su pregunta, que tipo de unidad conductual requiere observar, ya que si la pregunta se refiere a patrones o estados y sus diferencias tendrá que contemplar el uso de sistema que permita la recogida de los datos secuenciales (Espinosa, 1997).

#### Componentes del Proceso de Observación

Son componentes los pasos a seguir y aspectos metodológicos necesarios en la planificación del proceso. Partiendo de la identificación de las unidades de

**observación, se sigue su selección o muestreo, el cual, a su vez, precisará que se haya seleccionado una técnica de registro adecuada, apoyada en un buen manual de observación, y contando con un suficiente grado de acuerdo entre los observadores como garantía de los datos recogidos (Bijou, Peterson y Ault, 1968)**

Ya establecidas las condiciones adecuadas para llevar a cabo la observación, es necesario adoptar el tiempo de unidades de observación que resulte más conveniente.

1. Registro como un todo. Se anotan rasgos de la conducta o características de un evento no referido específicamente a un aspecto concreto, sino a una situación global o desde sus distintas perspectivas, en muchos casos a "pinceladas", y de forma narrativa.

2. Intervalos temporales. Como su nombre lo indica, supone una partición del tiempo en unidades iguales entre sí y de longitud variable en cada caso, permitiendo conocer la ocurrencia de conductas dentro del contexto temporal (incluso mínimo) en que se producen, lo que facilitará el realizar posteriores análisis de desarrollo evolutivo, distinción en etapas o fases, comparar la distribución en el tiempo de otras conductas o entre distintos sujetos o según la situación del entorno, etcétera

3. Unidades principio-a-fin con significado psicológico. Útiles básicamente cuando se han llevado a cabo un muestreo de eventos por interesar el estudio de una conducta claramente definida y diferenciada, que posee sentido por sí misma, sin que importe su duración, mayor o menor, sino su ejecución completa.

4. Unidades principio-a-fin con significado psicológico y en relación con el marco. Se trata del mismo caso anterior pero cuando interesa conocer la incidencia diferencial

**de los distintos entornos sobre el tipo de conducta que se estudia y, por tanto, como en función de ellos, variará la forma de presentación, desarrollo y fin de la conducta.**

Si tenemos en cuenta que el propósito de una observación sistemática consiste en descubrir y precisar con exactitud ciertos elementos de conducta que poseen algún valor predictivo y heurístico (Pascal y Jenkis, 1961), se habrá de limitar sus características observables (Alvarez Villar, 1975):

- a) Frecuencia, o número de ocasiones de aparición de la conducta.
- b) Latencia, o tiempo que tarda en aparecer una conducta desde que se produjo la causa que la originó.
- c) Ritmo, o frecuencia de aparición por unidad de tiempo.
- d) Intensidad, o esfuerzo en la ejecución de una conducta (Tours, 1979).
- e) Duración, o tiempo en que se mantiene un determinado elemento de conducta.
- f) Cantidad de elementos que intervienen.
- g) Variedad de las respuestas.
- h) Condiciones, o aspectos asociados con la conducta sometida a evaluación.
- i) Dirección hacia la cual se orienta la respuesta conductual.
- j) Correlación, o adecuación de una respuesta al objetivo que se propone.

Como consecuencia, el observador debe mantenerse en una actitud objetiva y sensibilizada ante la conducta que pretende evaluar, escogiendo en cada caso como modalidad de respuesta la más relevante (o las más relevantes) para el objetivo perseguido.

**La Categorización, es uno de los procesos básicos que se deberá llevar a cabo**

**explícita o implícitamente**, en un estudio observacional mínimamente sistematizado por naturaleza o que pretendamos sistematizar a posterior. La categorización, que siempre es una fase (a veces muy prolongada) y nunca una actividad puntual, podríamos entenderla en esencia como un intento progresivo de agrupar la información recogida en base a ciertos criterios que en unos casos estaban perfectamente perfilados de antemano, y en otros son susceptibles de sucesivas revisiones y adaptaciones.

Un punto de partida sería un primer sistema de categorías provisional, con la posibilidad de que éstas no discriminen adecuadamente al referirse a conductas muy amplias, haya solapamiento de unas con otras, etcétera para ello se recomienda los siguientes procedimientos:

1) En primer lugar, llevar a cabo un detenido análisis conceptual, asumiendo el resultado de la discusión de orden metodológico. Para una correcta categorización es preciso una clasificación de un universo (conducta observada en una situación si se pretende una categorización ideográfica, o posible en un conjunto de ellas si se pretende nomotética), de tal manera que el objetivo de la clasificación tenga una especificación adecuada. Mediante esta vía procederíamos, pues, de las características observables a los sistemas basados en conceptos teóricos.

2) Decisión acerca del tamaño o amplitud de cada categoría, atendiendo a una discriminación positiva entre ellas y a que su número no sea tan excesivamente elevado como para que impida o dificulte un correcto registro posterior.

3) Definir las categorías en forma que sea identificables inequívocamente, implicando por consiguiente que un cambio en cualquier valor de un atributo afectaría

**grandemente a la consideración de una clase de evento, o conducta, o sujeto, etcétera**

Registro de las observaciones.

Como la más corriente de las técnicas de registro de observaciones, está la de los intervalos que, como su nombre lo indica, se rige por criterios cronológicos; ello independientemente (o al menos sin relación directa) de los sistemas de muestreo que se elijan en cada caso, aunque factores como la naturaleza de la conducta, la razón de la ocurrencias, el número y la complejidad de las categorías conductuales que deben ser registradas simultáneamente, así como el interés en patrones de conducta temporales, ejercen gran influencia a la hora de decidir entre un registro continuo (y probablemente con menos grados de sistematización) y uno por intervalos. La adopción de registro por intervalos comporta la aplicación de una serie de criterios, responsables de su exactitud, referentes a la correcta fijación de sus dimensiones y parámetros.

Registro de intervalos de una conducta compleja: Consideramos que una conducta es compleja cuando admite múltiples modalidades en una superposición de niveles que, a su vez, podrían ser categorizados independientemente.

Muestreo.

Probablemente, el primer fin empírico que se plantea en la observación del comportamiento es la recogida de muestras de conducta representativas de los repertorios de respuesta de los sujetos. La adecuación de la muestra depende, en parte, de los sujetos a observar, de la taxonomía conductual y del marco de

observación, así como del sistema de registro, de la decisión sobre la observación continua en el tiempo real *versus* una técnica de muestreo, y de que se trate de la observación de eventos, que son instantáneos, o de estados, que tienen una duración apreciable.

Altmann (1974) establece una clasificación útil de muestreo de eventos conductuales, según la cantidad que se registre de frecuencias de conductas (total, frecuencias parciales o muestreo *ad libitum* y no-ocurrencia o muestreo "uno-cero"), teniendo en cuenta, además, la razón de aparición de la conducta implícita (si los tiempos de observación son iguales) o explícitamente y el tipo de contenido del registro, que determinará si sólo se tienen en cuenta ocurrencias de una determinada conducta o si se incluyen otros tipos de datos.

Finalmente, y antes de la revisión de los sistemas de muestreo, es necesario establecer:

1) Catalogación de los inicios de sesión, que puede realizarse en un momento predeterminado, y a su vez existen diferentes posibilidades:

- La muestra de inicios de sesiones se escoge de forma aleatoria estratificada. Por ejemplo, número fijo de muestras por hora, momento del inicio elegido aleatoriamente dentro de cada hora, etcétera

- Muestreo regular de comienzos de sesión; por ejemplo, uno por hora, en cada hora de luz solar. O bien después de un tiempo fijo desde que concluyó la muestra anterior.

- Alternativamente, las sesiones de la muestra pueden empezar no en un

**momento temporal dado, sino cada vez que ocurre una conducta particular. Por ejemplo, siempre que se da una interacción entre dos individuos; siempre que un niño grita de determinada forma, etcétera**

- Por fin, puede no haber norma de catalogación, cuando las observaciones son *ad libitum*

2) Catalogación de finales de sesión. Puede fijarse:

- Después de un periodo constante de tiempo.

- Después de la ocurrencia de un número fijo de conductas.

- Una vez finalizada una clase particular de conductas o interacciones.

- Una vez desaparecen del campo de acción los sujetos sometidos a observación.

- Sin normativa en el muestreo *ad libitum*.

3) Número de sujetos por sesión, especificando si todas las conductas relevantes se registran para un individuo particular durante un periodo de la muestra (sujeto-facial), o bien para un subgrupo claramente definido. Alternativamente, puede no existir sujetos o subgrupos focales, ya sea por que sólo se registren frecuencias parciales o por que la atención se focalice en diferentes individuos en forma sucesiva, alternativa o no conocida.

4) Selección de sujetos focales. La elección entre individuos o subgrupos potencialmente focales pueden realizarse al azar mediante una tabla de números aleatorios (sujetos extraídos al azar entre todos los sujetos de un grupo), en forma aleatoria estratificada (selección de sujetos agrupados con base en determinadas

**características), de manera regular (por rotación sucesiva en un grupo de sujetos) o irregular (al seleccionar un individuo con base en algún criterio conductual, o por presentar características peculiares)**

#### **Muestreo Exploratorio**

Se trata de un muestreo no sistematizado e informal, en que no se utiliza ningún sistema de categorías, sino que simplemente se observa y registra aquello que atrae nuestra atención

Es apropiado en el comienzo de un estudio observacional para elaborar la lista inicial de elementos conductuales (lista de rasgos), que después registraremos sistemáticamente mediante otra técnica. Su principal inconveniente estriba en el sesgo que introduce el observador al actuar un proceso selectivo en la percepción, atención y registro que, aun inconscientemente, actúa en una dirección determinada; además, asume que todos los tipos de conducta tiene igual probabilidad de aparición, lo cual no es cierto (Bekoff, 1979) Blurton-Jones (1972) lo utilizó para observar la conducta social de los niños en unos parvularios. Se aprecia su carácter meramente exploratorio, propio de la observación pasiva, y de los primeros momentos en el inicio de un estudio en que es necesario un primer contacto con la situación.

#### **Muestreo de Ocurrencias.**

Pretende registrar todos los eventos y los estados (Altmann, 1974) relacionados correspondientes a las secuencias de conductas que nos proponemos observar, ya sea de una persona o un grupo. La diferencia con el muestreo anterior, es que el primero es exploratorio y, por lo tanto, ha bastado captar superficialmente la situación;

en el muestreo de ocurrencias ya existe un conocimiento suficiente de la conducta que se está desarrollando y ello facilita un encuadre, uso de términos adecuados, precisión, etcétera y por lo general no se contabiliza el tiempo, sino que la extensión dependerá de la situación, permitiendo en muchos casos, a través de su análisis secuencial, establecer una distribución temporal en fases.

Con una prudente selección de periodos de muestra, puede dar información precisa (Anguera, 1981) acerca de la razón de ocurrencias (y cambios temporales en la razón) de la conducta, y si todos los participantes pudieran ser identificados en cada ocurrencia de la conducta, sería equivalente al muestreo focal para el grupo (grupo-focal) respecto a una conducta particular. Cuando no es posible, los datos identificados constituyen una muestra no sesgada de las distribuciones de las conductas entre individuos (o clases) sino hay identificabilidad diferencial.

Como principales limitaciones hay que señalar que : a) las condiciones observacionales no siempre son óptimas, b) las conductas no son claramente selectivas respecto a la atención en todos los casos, y c) es difícil el registro cuando las conductas se suceden rápidamente (Bekoff, 1979)

Se recomienda cuando interesa el conocimiento de razones de aparición de la conducta, duración y sincronía conductual. De todas formas esta técnica de muestreo es apropiada para estudios de sincronía conductual sólo si las condiciones de observación y registro permiten su simultaneidad. En un tiempo de ocurrencias simultáneas, necesitamos una información más fina sobre la distribución temporal de la conducta.

### **Muestreo Focal.**

Sólo interesan determinados elementos conductuales específicos, que son muestreados a lo largo de un periodo establecido, y que consecuentemente se presentan asociados a otros eventos y/o estados que ésta en lógica interrelación, y por tanto deben también registrarse, pero sólo como marco de referencia para un mejor conocimiento e interpretación de los elementos focales. El periodo, a su vez, puede dividirse en intervalos, quedando consignada la frecuencia a partir del conteo realizado en el propio registro.

Se caracteriza, por tanto, por que todas las ocurrencias de acciones específicas de un sujeto o grupo concretos se registran (Anguera, 1981) durante cada periodo de la muestra, se entiende que el registro, como hemos indicado, no sólo abarca las acciones de los sujetos focales, sino también de las que van dirigidas a ellos (Farkas y Tharp, 1980).

La duración de la sesión viene condicionada por la obtención de datos suficientes y por la propia disponibilidad del observador. En muchas ocasiones convendrá aportar más detalles o aclarar la forma concreta de aparición de la conducta focal. Es recomendable la sistematización del registro, así como la focalización en un solo sujeto.

### **Muestreo de Tiempo.**

Se fundamenta en una selección de registro conductual que obedece a criterios cronométricos, presenta distintas modalidades, que básicamente pueden reducirse a dos:

a) **Muestreo de Tiempo Momentáneo** (muestreo de punto, de tiempo o de "Scan Sampling") La observación y correspondiente registro se realizan en instantes de tiempo predeterminados a lo largo de la sesión, ya sea regulares o irregulares, siendo registrada o no la conducta según que esté ocurriendo o no en el instante de la observación. Se trata, en efecto, de un muestreo no continuo sino discreto, siendo especialmente útil para la medida de "estados" (no de eventos), y pudiéndose aplicar tanto a un sujeto individual como a un grupo. En su caso más general, los puntos de tiempo son equidistantes. Cuando no lo son, las variables más frecuentes suelen ser; puntos de tiempo aleatorios en cuanto a la separación entre ellos y puntos de tiempo variables en función de eventos conductuales o del entorno.

b) **Muestreo de Tiempo por intervalos** (one-zero sapling, o muestreo de tiempo momentáneo) Una vez establecida la longitud del intervalo, se anota el registro al final de cada periodo, dejando constancia de si se ha producido o no la conducta, ya sea a lo largo de todo el intervalo o en una parte de él. Ello da lugar a las dos variantes del muestreo de tiempo por intervalos: a) intervalo total, cuando la conducta ha estado presente a lo largo de todo el intervalo, y b) intervalo parcial, cuando solo en parte del intervalo apareció la conducta

## **INSTRUMENTO DE OBSERVACION CONDUCTUAL**

Las investigaciones que se han hecho con la evaluación de observación conductual, para valorar tratamientos psicológicos, sociales, médicos, etcétera, han

**sido escasas las publicaciones en México:**

En 1983 Ryan, fundamentó un programa piloto de rehabilitación psicosocial para pacientes agudos hospitalizados, en donde la evaluación de dicho programa, se realizó mediante la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica.

Valencia y Colaboradores (1988), integró un programa de Rehabilitación Psicosocial, en el cual evaluó la funcionalidad del mismo a través de una Escala de Valoración Global y la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica.

En 1982, Ayala realizó un tratamiento integral de rehabilitación en enfermos mentales crónicos, donde evaluó el programa a través de la Escala de Observación Conductual BIO, en donde se ve un incremento favorable de las conductas sociales.

Quiroga (1984), evaluó un programa de tratamiento psicosocial en pacientes mentales crónicos, a través del Instrumento de Evaluación Conductual, creado por él mismo.

la Escala de Observación Conductual -EOC-

Santoyo, Espinosa y Bacha (1987, 1994) Utilizaron un sistema de observación conductual para valorar las interacciones sociales.

El instrumento que se utilizó para la realización de este trabajo fué el Instrumento de Observación Conductual (B IO: Behavior Instrument Observation) creada por Alevizos y Colaboradores en 1978, en la Universidad de los Angeles California, E.U.

Este instrumento evalúa la funcionalidad de un programa integrativo (desde el aspecto farmacológico, hasta el aspecto de conducta psicosocial.) A través de la observación de conductas que emite o no emite cada paciente durante su tratamiento.

Este instrumento consta de dos tipos básicos de categorías de conductas: Conductas Concomitantes (beber, fumar, comer, participar en terapia recreativas, platicar con otros, etcétera) y Conductas mutuamente exclusivas (caminar, correr, sentarse, acostarse con los ojos cerrados o abiertos, etcétera) En total se suman 21 conductas categorizadas y lo que es importante mencionar es el sitio o localidad donde se efectuó la observación de dichas conductas (En el comedor, en los banos, en los dormitorios, en el jardín, etcétera) En general, los rangos de intervalos de las observaciones que se registran son cada 10" a 15" durante las actividades que se realizan en el tratamiento.

Para obtener la frecuencia de las observaciones finales de todas las categorías y de cada paciente; se agrupan las 21 conductas categorizadas en 4 áreas de conductas: 1. Conductas Sociales: incluyen aquellas categorías como; Conversación de los pacientes con pacientes, con el personal a cargo, con otras personas, participación en terapia ocupacional, participación en reuniones grupales, participación activa en actividades recreativas, etcétera

2. Conductas No Sociales (o Conductas de Participación Individual): implican las categorías como; el beber agua, la alimentación, el autocuidado y el aseo personal, etcétera

3. Conductas de Trabajo: aquí se abarcan las categorías de; lectura, escritura, ayuda en el servicio de sus alimentos, participación en sus tareas, aseo de su área, etcétera

4- Otras Conductas (o Conductas Motoras): Incluyen las categorías como; el

**caminar, correr, estar de pie, sentado con ojos abiertos, sentado con ojos cerrados, acostado con los ojos abiertos, acostado con los ojos cerrados.**

Por medio de estas 4 áreas; se suman las frecuencias observadas durante toda la estancia de los pacientes, sacando medias, desviación estándar, para ver el incremento o decremento de las conductas registradas, y en su caso analizar la funcionalidad del programa examinado.

### III METODO

#### 3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El programa de Rehabilitación Psicosocial para pacientes hospitalizados, que se realiza en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "M.V.S.", plantea la necesidad de evaluar objetivamente el impacto de las acciones terapéuticas, presentándose así la siguiente interrogación:

¿Cuál es el impacto de las Técnicas de Rehabilitación Psicosocial y su objetividad de medición en el Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "M.V.S." en los pacientes psiquiátricos Hospitalizados?

Los objetivos específicos son:

1. Cuantificar las variaciones de la rehabilitación psicosocial al ingreso, durante la hospitalización y al egreso.
2. Identificar si el diagnóstico influye en la evaluación para la rehabilitación psicosocial.

#### 3.2 HIPOTESIS

Hipótesis de Trabajo:

**Existirá un efecto progresivo de las conductas psicosociales durante el tratamiento integral y al final de éste.**

**Hipótesis Estadísticas:**

**Hipótesis Alterna Hi.** Existirán diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de RPS de pacientes psiquiátricos hospitalizados al ingreso, durante la hospitalización y al egreso.

**Hipótesis Nula Ho.** No existirán diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de RPS de pacientes psiquiátricos hospitalizados al ingreso, durante su hospitalización y al egreso.

**Hipótesis Alterna Hi2.** Si existirán diferencias estadísticamente significativas en la evaluación del PRS según el diagnóstico.

**Hipótesis Nula Ho2 .** No existirán diferencias estadísticamente significativas en la evaluación del PRS según el diagnóstico.

### **3.3 VARIABLES:**

**Programa de Rehabilitación Psicosocial.**

**La evaluación de Observación Conductual.**

**Diagnóstico**

### **DEFINICION DE VARIABLES:**

**Definición Conceptual.**

**Programa de Rehabilitación Psicosocial:** Según Saraceno (1994), es un programa integrativo, donde se conjuntan todas las actividades tendientes a maximizar de oportunidades al individuo para su recuperación y la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad.

**Evaluación de Observación Conductual:** Es un modelo que pretende el análisis objetivo de los comportamientos relevantes de un sujeto y a los niveles de complejidad necesarios (es decir, comprende tanto sus respuestas motoras como fisiológicas y cognitivas) así como la detección de las variables, tanto orgánicas como ambientales, que provocan o mantienen tales comportamientos (Fernández, 1993).

**Diagnóstico:** Clasificación nosológica que agrupa signos y síntomas de alguna enfermedad. CIE-10

**Definición Operacional.**

**Programa de Rehabilitación Psicosocial:** Son alternativas terapéuticas que ofrece el grupo interdisciplinario del INNyN "MVS", las cuales son:

- a) Orientación a familiares de los pacientes hospitalizados.
- b) Terapia ocupacional.
- c) Tratamiento médico ( psicofarmacológico).
- d) Actividades recreativas.
- e) Terapias de Socialización.

## **f) Técnicas de modificación de hábitos.**

### **Evaluación de Observación Conductual:**

Se evaluará a los pacientes individualmente a través del Instrumento de Observación Conductual de Alevizos y Colaborador (1978). El cual evalúa 4 áreas categorizadas de conductas. Social, No Sociales (o de Participación Individual), De Trabajo y Otras Conductas (o Conductas Motoras), con el objetivo de valorar el Programa de Rehabilitación Psicosocial en los pacientes hospitalizados en el INNyN "MVS"

### **Diagnóstico:**

Se tomó en cuenta el diagnóstico que el psiquiatra considero pertinente. La clasificación diagnóstica de los pacientes fue el CIE-10, por ser la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud y la de uso obligatorio en las instituciones de Salud de nuestro país.

### **MUESTREO:**

La muestra fue de tipo intencional (Zinser, 1987; Levin, 1977)

### **3.4 SUJETOS:**

Una población de 20 pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del INNyN "M.V.S."

De acuerdo a los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:

    Tiempo de hospitalización mínimo de 3 semanas

    Sujetos de ambos sexos

    Edad de 18 a 65 años

- Criterios de exclusión:

    Pacientes que sean de consulta externa o de urgencias.

    Pacientes que tengan un tiempo total de 2 semanas de hospitalización.

### 3.5 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de Campo, de tipo descriptivo y evaluativo con la finalidad de valorar objetivamente la RPS en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

DISEÑO:

Se utilizó un diseño experimental, de un grupo relacionado en 3 condiciones. La muestra se organizó de la siguiente manera:

Diagnóstico.	Ingreso	Hosp.	Egreso.
Esquizofrenia.	8	8	8
T. Depresivos	6	6	6
T. A B	4	4	4
T.M.O.	2	2	2
Total.	20	20	20

**3.6 ANALISIS ESTADISTICO:** El análisis estadístico fue, considerando que el sujeto es su propio control y considerando cada medida conductual , se realizó un Análisis de Varianza; con el programa de " Análisis Estadístico (2) versión 1.0 Análisis de Varianza, Mayo 1991 por Zarabozo / Guevara (en la Unidad de Computo de Informática e Instrumentación de la Facultad de Psicología , con la asesoría del Psic. Benito Ramiez Prado).

Las conductas agrupadas de acuerdo al criterio de la escala comprenden cuatro áreas de conductas: 1.- Conductas Sociales, 2.- Conductas No Sociales , 3.- Conductas de Trabajo, y 4.- Otras Conductas.

Dado que las medidas son de observación Conductual No amerita un proceso de estandarización previo.

Las observaciones se realizaron durante las actividades rutinarias del paciente hospitalizado, durante su aseo, toma de alimentos, actividades de tipo social y recreativas, actividades de grupo y ocupacional, en forma individual.

**ESCENARIO:** Servicio de Hospitalización de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"

### 3.7 Instrumento.

El Instrumento que se utilizó: Instrumento de observación conductual (BOI), desarrollada por Alevizos y Colaboradores (1978, California, E.U.A.), Este instrumento evalúa la efectividad (o funcionalidad) de programas integrativos. Consta de 21 códigos

observables (Apéndice). Este instrumento se utiliza de manera individual, las categorías se anotan en una tarjeta con los datos del sujeto y el lugar de la observación, registrando si realizó o no realizó las conductas categorizadas, durante un intervalo de cada 30 sec. durante el día.

Y para la evaluación final se clasifican los 21 códigos en 4 categorías: 1.) Conductas Sociales, 2.) Conductas No Sociales, 3.) Conductas de Trabajo y 4.) Otras Conductas. Se obtienen frecuencias generales de cada categoría, en tres evaluaciones finales (al Ingreso -1era. semana de hospitalización—, Durante su hospitalización-3era semana de hospitalización—, y al Egreso - antes de ser dado de alta-).

### 3.8 PROCEDIMIENTO:

Se aplicó la escala conductual BIO a un grupo de 20 pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez", Durante toda su estancia en el Hospital. Las observaciones se registraron en las actividades diarias de cada paciente dentro de su tratamiento; desde que se levantaron, aseo personal, toma de medicamentos, alimentación actividades recreativas, terapia grupal, terapia individual, juntas socio - administrativas, actividades de orientación laboral, educativas, visita de los médicos especialistas y visita familiar; durante un mes, el cual es el tiempo promedio de hospitalización en dicho servicio. Obteniendo al final tres medidas de evaluación (Al Ingreso, En su Hospitalización, y al Egreso)

#### IV

### RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.

La información que se analizó en la presente investigación fué una evaluación del programa de Rehabilitación Psicosocial del INNyN "M.V.S." en pacientes hospitalizados, a través del Instrumento de Observación Conductual de Alevizos (BIO). Los datos obtenidos se analizaron de acuerdo a un programa de análisis de varianza.

Para evaluar el programa, fue necesario ver y analizar la evolución de los pacientes dentro del hospital, por esa razón se consideró el instrumento de observación para cada paciente durante su tratamiento y hospitalización.

Se examinó un grupo representativo de 20 pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría del INNyN, cuyas características demográficas son las siguientes (Tabla N°1) Tabla N° 1 Características Demográficas.

VARIABLES	Características	%
1.)SEXO	Masculino	50
	Femenino	50
2.)ESTADO CIVIL	Soltero(a)	55
	Casado(a)	40
	Divorciada	05
3.)OCUPACION	Empleado(a)	05
	Desempleado(a)	40
	Estudiante	20
	Labores del Hogar	35

#### 4.) EDAD.

Rango	18-62	años de Edad.
Promedio	35.60	" " "
Desv. Estd	12.75	" " "

#### 5.) ESCOLARIDAD.

Rango	06-15	años de Estudio.
Promedio	10.95	" " "
Desv. Estd	03.27	" " "

#### 6.) DIAS DE HOSPITALIZACIÓN

Rango	15-56	Días de Hosp.
Promedio	32.60	" " "
Desv. Estd	10.68	" " "

En donde, el 50% de la población corresponden al sexo femenino y el otro 50% al sexo masculino. Con una edad promedio de 35.6 años de edad. La escolaridad que más predominó fueron 10.95 años de estudio. El 55% de la población tiene un estado civil de soltero(a). El 40% de la población son desempleados y el 35% se dedica a las labores del Hogar.

En la siguiente tabla N°2, se presenta los diferentes diagnósticos de la muestra, tomando en cuenta la clasificación del CIE-10. El 40% corresponde al diagnóstico de Esquizofrenia, el 30% con Trastornos Depresivos, el 20% con Trastorno Afectivo Bipolar y el 10% de la población en general con un diagnóstico de Trastorno Mental Orgánico.

Tabla N°2

Diagnóstico del CIE-10:	Frecuencia.	%
Esquizofrenia	8	40
Trastornos Depresivos.	6	30
Trastorno Afectivo Bipolar	4	20
Trastornos Mentales Orgánicos	2	10

De acuerdo a las características del Instrumento de Observación Conductual que se utilizó, las categorías del mismo se dividen en cuatro áreas de conductas, para cada área se consideró el puntaje bruto de cada paciente promediándolo para obtener así un análisis de varianza de toda la población, durante su estancia en el hospital en tres condiciones diferentes al ingreso, en su internamiento (o durante su hospitalización), y al egreso del mismo, los resultados fueron los siguientes:

En el área de Conductas Sociales, al ingreso la muestra obtuvo una Media de 10.30, una Desviación Estándar de 5.77. Durante su hospitalización la media fue de 22.70, una desviación estándar de 5.75 . Al egreso se alcanzó una media de 37.25 , una desviación estándar de 3.35. Finalmente obteniendo una  $F(2,19) = 172.24$ ,  $p < .05$  (Tabla N°3, gráfica 1)

**Tabla N°3 Análisis de Varianza del Area de Conductas Sociales**

Grupo.	Media	Desv. Estd.	Err. Estd.
Ingreso	10.30	5.77	1.29
Hospitalización	22.70	5.75	1.28
Egreso	37.25	3.35	0.75

Fuente de Varianza	S.C.	gl	M.C.	F
Tratamiento (grupos)	7278.43	2	3639.217	172.24
Bloques (sujetos)	675.25	19	35.539	
Varianza Residual	802.90		21.129	
Total	8756.58			

En el área de Conductas No sociales (o de Participación Individual) se obtuvo una media al ingreso de 11.05, una desviación estandar de 3.92. En la hospitalización se obtuvo una media de 26.05 con una desviación estándar de 5.34. En el egreso la media fue de 41.15 y su desviación estándar de 3.13. Obteniendo una  $F(2,19) = 378.17$ ,  $p < .05$  (tabla 4)

**TABLA N°4 Analisis de Varianza de las Conductas No sociales (Participación Individual)**

Grupo	Media	Desv. Estd.	Error Estd.
Ingreso	11.05	3.93	0.88
Hospitalización	26.05	5.35	1.19
Egreso	41.15	3.13	0.70

Fuente de varianza	S.C.	g.l.	M.C.	F
Tratamiento(grupos)	9060.133	2	4530.067	378.17
Bloques(sujetos)	0567.250	19	29.855	
Varianza Residual	0455.200		11.979	
Total	10082.583			

En el área de Otras Conductas (Conductas Motoras), la muestra obtuvo al ingreso una media de 9.95 y una desviación estandar de 2.39. Durante su hospitalización se alcanzó una media de 18.40 y una desviación estándar de 3.06. En el egreso la media fue de 28.70, la desviación estándar de 1.129. Logrando finalmente una  $F(2, 19) = 440.01$ ,  $p < .05$  (tabla 5)

TABLA N°5 Analisis de Varianza de Otras Conductas ( Motoras)

Grupo	Media	Desv. Estd.	Error Estd.
Ingreso	09.95	2.395	0.535
Hospitalización	18.40	3.068	0.686
Egreso	28.70	1.129	0.252

Fuente de Varianza	S.C.	g.l.	M.C.	F
Tratamientos(Grupos)	3527.03	2	1763.517	440.01
Bloques(sujetos)	159.65	19	8.403	
Varianza Residual	152.30		4.008	
Totales	3838.983			

En las Conductas de Trabajo, se obtuvo una media al ingreso de 7.200 y una

desviación estándar de 0.713, Durante el internamiento se logró una media de 17.050 y una desviación estándar de 0.756. Al egreso se obtuvo una media de 27.250, con una desviación estándar de 0.523. Obteniendo finalmente una  $F(2,19) = 289.83$ ,  $p < .05$  (tabla 6).

TABLA N°6 Análisis de Varianza de las Conductas de Trabajo.

Grupo	Media	Desv. Estd.	Error Estd.
Ingreso	07.20	0.713	0.713
Hospitalización	17.05	0.756	0.756
Egreso	27.25	0.523	0.523

Fuente de Varianza	S.C.	g.l.	M.C.	F.
Tratamientos(grupos)	4020.43	2	2010.217	289.83
Bloques(sujetos)	0250.33	19	13.175	
Varianza Residual	0263.57		6.936	
Total	4534.33			

A continuación, se presenta los resultados obtenidos según el diagnóstico, a través de una comparación de medias, de acuerdo a las cuatro áreas de conductas:

En el área de Conductas Sociales: Se encontró (gráfica 2) que existe una mejoría global en lo que respecta a la conducta social en todos los grupos aunque es significativamente mayor en los pacientes con trastornos orgánicos funcionales que aquellos que muestran alteraciones mentales con daño estructural. Esto se traduce en

la siguiente tabla N°7

**TABLA N°7 CONDUCTAS SOCIALES SEGÚN EL DIAGNOSTICO.**

Diagnóstico	INGRESO		HOSP.		EGRESO	
	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.
Esquizofrenia	11.25	4.559	23.875	6.244	37.375	1.847
T. Depresivos	10.33	7.033	22.333	4.546	37.833	2.137
T. B. A.	08.75	7.805	22.750	2.517	39.000	0.816
T. M. O.	09.50	6.360	15.500	14.142	31.500	9.192

Area de Conductas No Sociales (Participación Individual): Se observa un notorio incremento de las conductas no sociales, aquellas referidas al autocuidado del paciente, el cual es ostensiblemente similar en todos los grupos. Lo cual se expresa en la siguiente tabla y en la gráfica N° 3.

**CONDUCTAS NO SOCIALES (PARTICIPACION INDIVIDUAL) SEGÚN EL DIAGNOSTICO**

Diagnóstico	INGRESO		HOSP.		EGRESO	
	Media	D. E.	Media	D. E.	Media	D. E.
Esquizofrenia	10.00	3.928	26.87	0.4.824	41.00	2.828
T. Depresivos	12.25	4.646	24.75	03.862	41.50	1.291
T. A. B.	12.00	3.098	26.50	03.782	42.00	3.033
T. M. O.	12.00	7.071	23.00	14.142	38.50	7.778

Area de Conductas de Trabajo: Se nota un incremento positivo en las conductas de trabajo, siendo más lento en el grupo de trastornos orgánicos. Esto se expresa en la siguiente tabla y en la gráfica N° 4.

ESTA TERCERA NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONDUCTAS DE TRABAJO SEGÚN EL DIAGNOSTICO

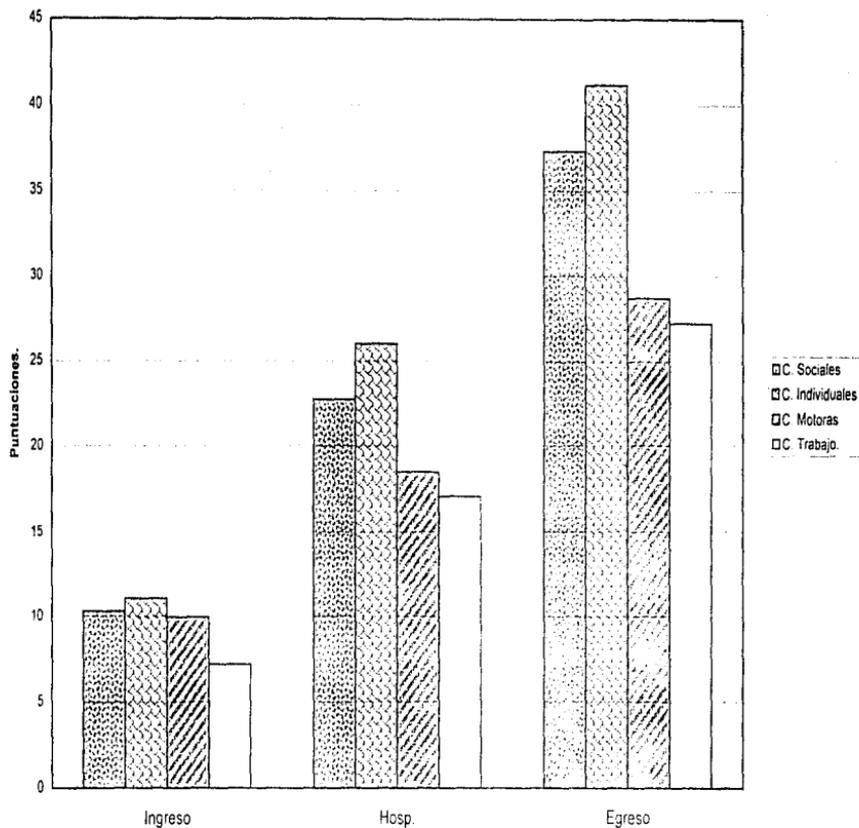
Diagnostico	INGRESO		HOSP.		EGRESO	
	Media	D E	Media	D E	Media	D E
Esquizofrenia	7 375	3 068	17 325	3 292	27 00	1 690
T. Depresivos	8 500	3 082	17 333	2 422	28 50	0 837
T. A B	6 25	2 986	16 000	3 367	28 00	2 160
T. M O	4 50	4 949	17 000	8 485	23 00	4 242

Area de Otras Conductas (Motoras): Se observa un incremento sustancial en todos los grupos de psicosis orgánicas, responde más lentamente al finalizar el período de hospitalización, logrando un incremento similar a los otros grupos. Esto se ve a continuación en la siguiente tabla y en la gráfica N° 5.

OTRAS CONDUCTAS (MOTORAS) SEGÚN EL DIAGNOSTICO

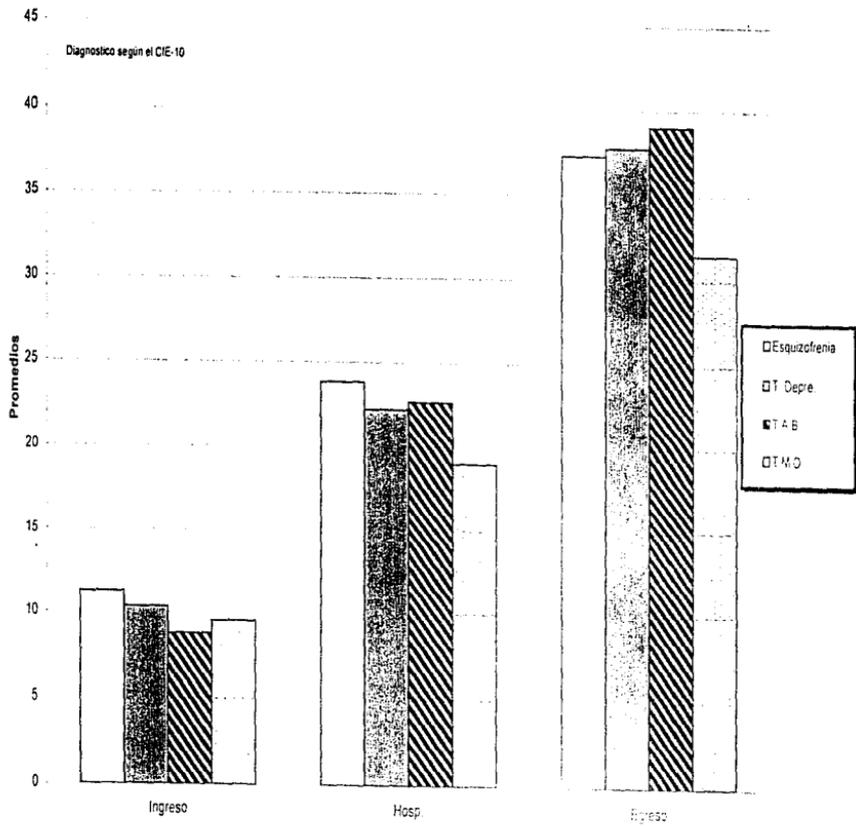
Diagnostico	INGRESO		HOSP		EGRESO	
	Media	D E	Media	D E	Media	D E
Esquizofrenia	9.50	1 069	18 875	3 182	28 875	0 835
T. Depresivos	11 33	3 502	18 833	2 858	29 50	0 548
T A B	10 00	0 816	17 000	1 414	27 75	0 957
T. M. O.	7 50	3 535	07 500	7 778	27 50	2 121

# Distribución de Conductas



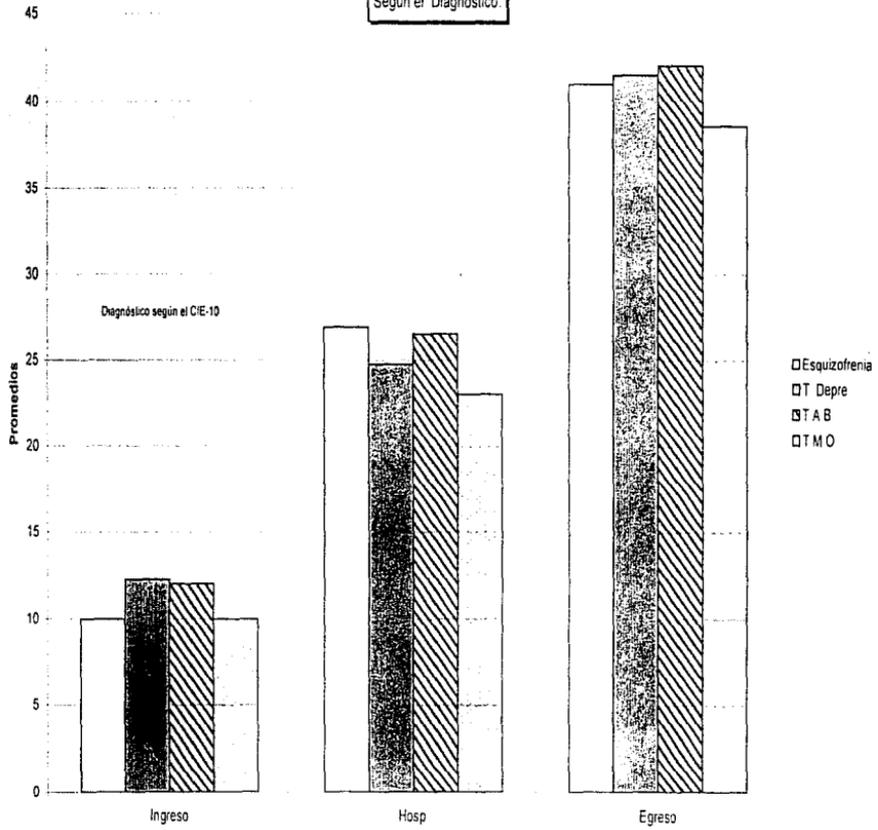
Gráfica 1

### Conductas Sociales Según el Diagnóstico



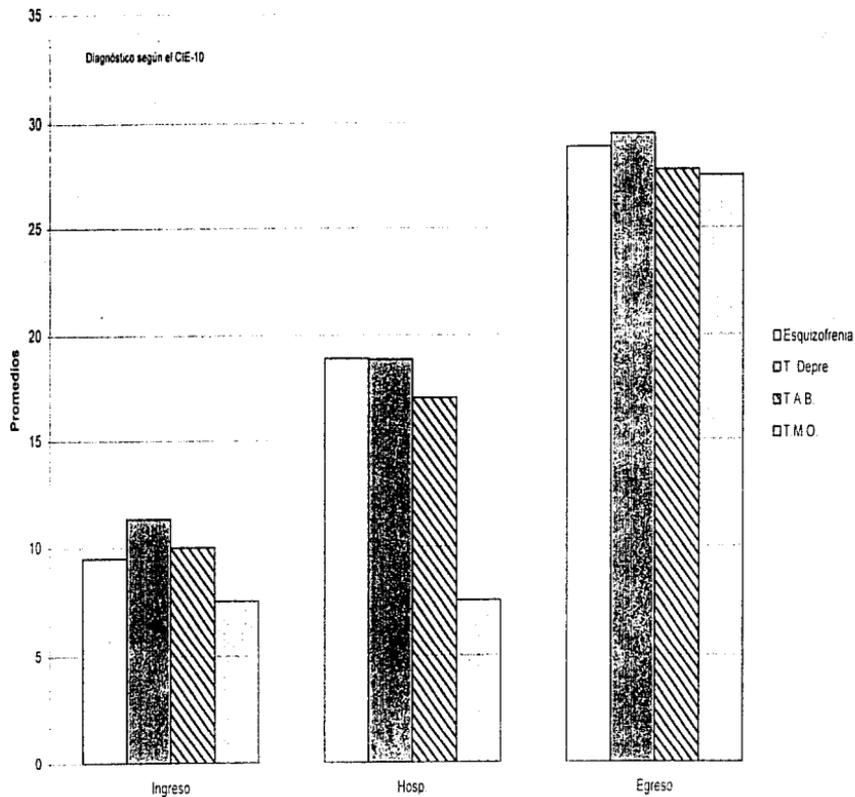
Gráfica 2

Conductas No Sociales  
Según el Diagnóstico



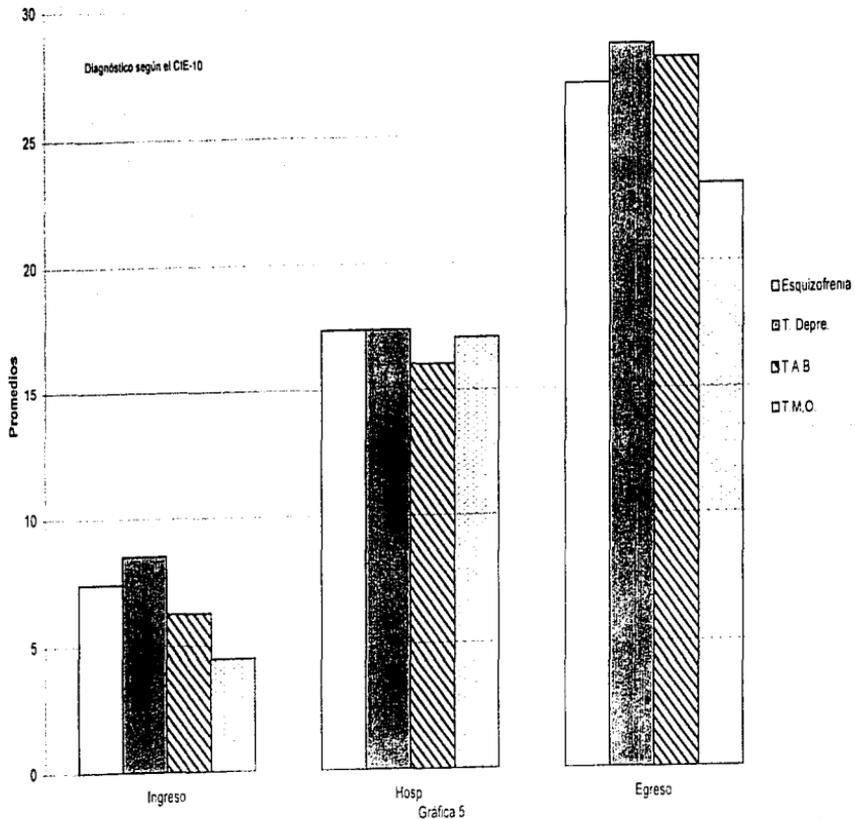
Gráfica 3

### Otras Conductas Según el Diagnóstico.



Gráfica 4

Conductas de Trabajo Según el Diagnóstico.



## V

### DISCUSION Y CONCLUSIONES.

De acuerdo al apartado anterior; cualitativamente los resultados muestran un progreso positivo en cada una de las áreas que mide el instrumento (BIO); esto indica que los pacientes en el área de Conductas No Social lograron una mayor puntuación, es decir, mejora el interés del paciente en las actividades del autocuidado, ya que, anteriormente se abandonaban a los pacientes en los hospitales o se los excluía de la comunidad y se les daba un tratamiento inadecuado el cual favorecía al deterioro cognoscitivo (Sánchez, 1995), perdiendo así varias funciones entre ellas, las habilidades de autocuidado, sin embargo, estas habilidades se van fomentando con un programa de rehabilitación psicosocial ya que favorece el desarrollo de ellas. Estos resultados coinciden con los de Aguirre y Colaboradores (1995), en donde, encontraron que los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNyN incrementaron positivamente en el área del cuidado personal.

Los resultados que se encontraron en el área de Conductas Sociales coinciden con (Valencia 1986 y 1968, Medina 1993, y Ayala 1982) en donde básicamente como muestra la gráfica No.1 se observa un progreso en las tres evaluaciones; esto significa que, el funcionamiento social se fomentó adecuadamente logrando la participación grupal y a la par disminuyendo los niveles de síntomas negativos de la propia enfermedad como son el aislamiento social y la apatía (Wing y Brown, 1978, Wallace, 1980) así, los pacientes se mostraron más seguros y abiertos a las relaciones

interpersonales, e interesados en las terapias grupales y en las actividades recreativas, logrando favorablemente las ganancias de esta última como: el medio de intercambio social, la autoexpresión, disciplina, confianza en sí mismo, interés en las actividades, adaptación social, funcionamiento psicomotor fino y grueso, la reducción de síntomas como ansiedad, agresividad y sentimientos de minusvalía, coincidiendo con (Watts, 1990., Ryan, 1983 , Ayala, 1982) notando que el paciente se vuelve más activo y menos pasivo en la participación de su tratamiento (Myerson, 1939).

Se encontró en cuanto al funcionamiento de los psicofármacos un resultado congruente con las dos áreas restantes, Conductas de Trabajo y Otras Conductas, donde en la gráfica No. 1 se muestra un restablecimiento pausado, esto es, que se decrementaron los síntomas psicóticos, la depresión, la ansiedad, los estados agresivos y los estados de apatía que causa las enfermedades y la hospitalización, y así se logró nivelar adecuadamente los medicamentos, esto se ve en la coordinación de movimiento psicomotor grueso y fino, pues de acuerdo a Córdova y Colaboradores (1976), un programa como este, debe de contar con un triple empuje: Terapéutico, Psicofarmacológico y Ocupacional-Recreativo, favoreciendo las ganancias obtenidas por el medicamento (Valencia , 1988).

En la gráfica No. 2, se muestra la evaluación de los pacientes de acuerdo al diagnóstico, en donde, se observa claramente que en el área de Conductas Sociales, los cuatro diagnósticos que se manejaron en este trabajo responde a una evolución favorable, notándose más en los trastornos afectivos bipolares, dadas las características

de la propia enfermedad, las actividades sociales se les facilitan y las ejecutan de manera más adecuada y asertiva, los pacientes con estados depresivos y esquizofrenia, obtienen finalmente un adecuado desenvolvimiento social, al igual que los pacientes con trastornos mentales orgánicos, los cuales tienen un desarrollo menor que los demás, y corroborando con lo que sugiere Monteverde (1967), el cual demanda un tratamiento integral para los pacientes con Trastorno mental orgánico, ya que se obtendrán mejores resultados en la rehabilitación de estos, lo que se confirma en la grafica No. 2.

En la grafica No. 3 Los pacientes con trastorno afectivo bipolar, muestra en el área de Conductas No Sociales (o de participación individual), una recuperación en las actividades individuales como beber agua, comer alimentos, cuidado personal, etcétera. Ya que en los trastornos afectivos bipolar, se van desarrollando mejor, recuperando la motivación que encierra esta área,

En las Conductas de Trabajo, los pacientes con estados depresivos son los más altos en la evaluación final, indicando con esto, que este tratamiento finalmente motiva la recuperación de estas habilidades perdidas, como el mantenimiento de su área (barrer, sacudir, trapear, etcétera), ya que con esto se logran reintegrar a su entorno familiar, al igual que en los diferentes diagnósticos.

En la gráfica No 5, se aprecia la recuperación de la psicomotricidad de los pacientes, específicamente los pacientes con estados depresivos, participan activamente en las actividades recreativas recuperando la funciones psicomotoras gruesos y finas, esto es igual que en cada uno de los demás diagnósticos, coincidiendo con los resultados de Ryan (1986), Aguirre (1995 )y Valencia (1995).

**Este trabajo se resume en las siguiente conclusiones:**

1.- En primer término, se puede notar que en el área de conductas Sociales el análisis de varianza, la razón F que obtuvo es,  $F(2,19)=172.24, p<.05$ ; En el área de Conductas No Sociales (o de Participación Individual) el valor fue una  $F(2,19)=378.17, p<.05$ , En el area de Conductas de Trabajo la razón F fue de,  $F(2,19)=289.83, p<.05$ . Y en el área de Otras Conductas (o Motoras) fue una  $F(2,19)=440.01, p<.05$

Todos los valores que se obtuvieron, son mayores al .05 esto indica que son significativos; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se aceptar la hipótesis alterna.

En donde:

"Si hay una diferencia estadísticamente significativa en la evaluación del Programa de Rehabilitación Psicosocial de los pacientes psiquiátricos hospitalizados al ingreso, durante su tratamiento y al egreso del mismo".

Lo que significa que el Programa de Rehabilitación Psicosocial para pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNyN "MVS", es funcional de acuerdo con los resultados presentados y coincidiendo con la definición de esta, donde la rehabilitación psicosocial es el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de oportunidades del individuo para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad (Saraceno, 1992) y además esta aproximación terapéutica integral anima a cada paciente a desarrollar plenamente sus capacidades a través de los procedimientos terapéuticos, psicológicos, de aprendizaje y de soporte ambiental.

**Con esto se logra devolver la dignidad humana, y sus originales roles sociales y afectivos. Es decir, la rehabilitación Psicosocial integra las necesidades de los pacientes y le ayudan a reincorporarse en su ambiente social favorablemente.**

2.- En segunda instancia, se observó que de acuerdo a la evaluación del programa según el diagnóstico los resultados no muestran una gran diferencia estadísticamente significativa, Por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Concluyendo que:

"No existen diferencias estadísticamente significativas en la evolución del tratamiento según el diagnóstico"

Por lo cual, la Rehabilitación Psicosocial favorece a cualquier padecimiento mental, ya que a la larga se va desarrollando benéficamente en el restablecimiento de su sintomatología y disminuyendo las secuelas de dicha patología como el deterioro cognoscitivo (Sánchez, 1995).

#### LIMITACIONES Y SUGERENCIAS:

Una de las limitaciones fue que el instrumento (BIO) que se utilizó, es un instrumento de Observación Conductual, y se toma su tiempo en evaluar a cada paciente en el período de su estancia en el hospital, como consecuencia, la muestra no se pudo ampliar más.

Otro punto es que no se logró obtener el apoyo de otros doctores, por lo que solo se limitó a evaluar a los pacientes del Dr. Lara Tapia, y sería conveniente valorar a los

demás pacientes para ver si el tratamiento es uniforme.

En cuanto a las sugerencias, se mencionan algunas:

La RPS se debe de difundir como una alternativa al tratamiento de pacientes crónicos a nivel nacional, ya que se han obtenido resultados de una alta efectividad evitando la cronicidad y las secuelas del deterioro cognoscitivo (Lara, Sánchez 1995).

Para lograr la optimización del establecimiento y mantenimiento de los enfermos mentales hospitalizados se debe de educar a la población (Lara, Ocampo 1995) con programas para la salud, dirigidos a los familiares de los pacientes, en todo el sector de salud, ya que los resultados señalados por Lara y Colaboradores, son favorables influyendo en el trato del familiar hospitalizado y logrando una comprensión sana en las relaciones familiares.

Implantar programas motivacionales al personal de enfermería, ya que la actitud de ellas hacia la enfermedad en ocasiones es indiferente, este es el resultado de una investigación realizada en el INNyN (Aguirre y Coronado, 1995), en donde las enfermeras de cuidados intensivos eran las únicas con actitud positiva y en el servicio de psiquiatría su actitudes eran de indiferencia, con esto se obstaculiza la recuperación de los pacientes. Esta actitud es importante, por que, el personal de enfermería esta con los pacientes las 24 horas del día, los siete días de la semana, por esa razón un programa de relación enfermera-paciente y de motivación es vital, ya que el buen manejo de él, va a dar óptimos resultados y va a favorecer en el tratamiento de los pacientes.

Es importante señalar que el tipo de instrumento que se utilizó, pese a que se lleva tiempo, es un método de evaluación eficaz y objetivo, tomando en cuenta el marco

**teórico, esta investigación utilizó una metodología observacional sistemática, en donde la medición fue directa . Este tipo de evaluación, debería de tomar en cuenta en las investigaciones que integren este tipo de tratamientos, ya que el campo de investigación del psicólogo es bastante amplio y se puede sacar provecho del mismo, por que forma parte del método científico y ésta evaluación conductual tiene una gran confiabilidad.**

Los resultados de la línea de investigación del INNyN, se encontro que, el seguimiento e intervención extramuros que se brindan a los enfermos pos-hospitalizados dan una atención oportuna a las posibles recaídas Díaz (1997) además se ha encontrado que los familiares de los pacientes padecen una psicopatología de depresión moderada ( Morfín, 1995) y que son familias con una dinámica en donde predominan una cohesión desarticulada, en donde no hay un buen pronóstico de adherencia terapéutica (Pacheco, 1995). Esta línea de investigación, tendría mayor éxito, si se implementaran programas conductuales de adherencia terapéutica a los pacientes dados de alta ya que estan nivelados, y a los familiares de éstos durante la hospitalización.

## VI

### BIBLIOGRAFIA:

- Alevizos P. DeRisi W, Liberman R, Eckman T, y Callahan E.: The Behavior Observation Instrument: A method of Direct observation for program evaluation. *J.A.B.A.* :11,243-257,1978.
- Anguera, A. ; *Manual de Practicas de Observación*, De. Trillas, México. 1988.
- Anthony, WA: Understanding and advocating for psychosocial rehabilitation. *Bull.Wapr* 5(4):5-6, 1993
- Ayala, H.E. Chism, S.K. Cárdenas, G. Rodríguez, M. Cervantes, L. y Caballero, P. Una Alternativa al Tratamiento y Rehabilitación de Enfermos Mentales Crónicos. *Salud Mental*, 5, (1): 87-93 , 1982
- Ayala, H.E. Quiroga, H. Mata, M A, Chism, S.K: La familia enseñante: Evaluación del modelo en México en términos de reincidencia en su aplicación a una muestra de niños inhaladores de solventes industriales. *Salud Mental* 4(1):11-15, 1981.
- Bachrach, L.L.:Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the care of long-term patients. *Amer. J. Psychiat.*, 149(11): 1455-1463, 1992
- Bell, MD and Ryan, ER: Integrating psychosocial rehabilitation into hospital psychiatric service. *Hosp Community Psychiat.*,35:1017-1023,1984
- Bond, GR, Whiterdge, TF, Setze, PJ, Dincin, J.: Preventing rehospitalization of clients in a psychosocial rehabilitation program. *Hosp.Community Psychiat.*, 36:356-362,1985.
- Caballo, V.E.: *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de la Conducta*. Ed. Siglo XXI, España, 1991.
- Casalta, C.H., Becarra, J.: *Modificación de Conducta: Tácticas de Observación e intervención*, Ediciones de la Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1981.

- Córdova, A, Duarte, D, Rodríguez, M. y Puente, G.: Rehabilitación de esquizofrénicos crónicos sometidos a un triple empuje: Psicofármacos, psicoterapia de grupo y ergoterapia, en Córdova Castro, A. (Ed): *Teoría y Práctica de Psiquiatría Social*. Editorial Científica-Técnica, La Habana, 1976. Cap.9 pps 89-99.
- Cortés, C. Coronado, N. y Aguirre, L.: La Escala NOSIE en la Evaluación de Enfermos Psiquiátricos Crónicos Hospitalizados, en *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Farmacológico Archivos INNyN* 10(3):147, 1995.
- Cruz, J. A.: *Predictores Clínicos y Psicosociales para Rehabilitación Psicosocial en Pacientes con Trastorno Mental Orgánico* Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "M.V.S" Enero, 1996
- Espinosa, A.C.: *Metodología Observacional*. Facultad de Psicología de la UNAM, México, 1997.
- Fernández, B. Carrobes, J.A.: *Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones*. Ed. Pirámide, Madrid, 1983.
- Fernández, F. *Compendio de Psiquiatría*, De. Oteo, España, pp.645-656.
- Goldfried, M. R. *Behavior Change Through Self-Control*. Ed. Holt, Rinehart and Winston inc., 1973, USA.
- JANOS, F. Un punto de vista sobre la Rehabilitación del Paciente Psiquiátrico en Hungría" en *SALUD MENTAL*, 9( 2):23-29, 1986.
- Kerlinger, N F.: *Investigación del Comportamiento* Ed. Mc,Graw-Hill, México, 1991
- Kyesch, J. Hofling, K. *Enfermería Psiquiátrica*, Ed. Sudamericana, México, 1985.
- Lara, T.H. Características Clínicas de evaluación de Pacientes Psiquiátricos crónicos Hospitalizados en el INNyN "M.V.S." *INNN Archivos*, 10(3): 147 y sig., 1995.
- Levin, J.: *Fundamentos de Estadística en la Investigación social*, Ed. Harla, México, 1979.
- Medina, S., Gelya, F. Future time Perspective and dally Occupations of persons with

Chronic Schizophrenia in a board encare Home. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(1): 1994.

- Morfín, A.: Psicopatología en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNyN "MVS". *Archivos INNyN* . 10(3): 147, 1995.
- Monteverde, A. D : Rehabilitación de los inválidos por epilepsia. *Rev.Inst.Nal.Neurol.* 1(2) 15-17, 1967
- Ocampo, M. T.,Cardoso, M.A. y Lara Tapia H.: Variables socioeconómicas y dinámica familiar en pacientes psiquiátricos problema.. *Archivos INNyN* . 10(3): 146, 1995.
- Ordaz, D. E. *La Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y Práctica*. Ed. MINSAP, Cuba, 1988
- Pacheco, I.A y Lara Tapia H.:Dinámica familiar y conflicto en un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNyN "MVS". *Archivos INNyN* . 10(3): 147,
- Pucheu R.,C: Conceptos y Alternativas para la Rehabilitación del Enfermo Mental. *Salud Mental*, 4(3):4-12, 1981.
- Quiroga, A.H., Cárdenas, L.G.,Vite, S.A., Mata, M.A., Molina, A.J. Ayala, H.E. Programas de tratamiento Psicosocial para la Rehabilitación del Paciente Mental Crónico Hospitalizado en México. Descripción, Resultados y Perspectivas. *Rev. Mex. de Psicología*. S.M.P., 3(1): 44-58,1986.
- Rimn, C. D., Masters, C. J.: *Terapia de la Conducta*. Ed. Trillas, México, 1980.
- Rozanes, T.M.: Algunas consideraciones sobre la hospitalización del paciente psiquiátrico. *Salud Mental* :7(3): pags, 1984.
- Ryan, H.P. Un programa experimental psicossocial para pacientes agudos hospitalizados. *Salud Mental*. 6(2):pags.74-79.1983.
- Santoyo, V.C., Espinosa, A.M.C.: Un sistema de Observación Conductual de Interacciones Sociales., *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 13(1,2):

235-253.

- Santoyo, V.C., Espinosa, A.M.C., Bachá, M.G.: Extensión del Sistema de Observación Conductual de las Interacciones Sociales: Calidad, Dirección, Contenido, Contexto y Resolución *Revista Mexicana de Psicología*, 11(1): 55-68.
- Saraceno, B.: La Rehabilitación entre Modelos y Prácticas. *Anales de Salud Mental* (1992) VIII: 235-243.
- Sarasono, I.G. Sarasono, G.B. *Psicología Anormal*. Editorial Trillas, México, 1986.
- Torres, R.A. La línea de investigación para la Rehabilitación Psicosocial de la División de Psiquiatría del INNyN "M V S" *Archivos INNN* 10(3): 147, 1995.
- Valencia, M., Otero, B., Rascon, M.A., Núñez, M., Gonzalez, N.: Un Programa de Intervención Clínica en un Hospital Mental. *Salud Pública Mex.*, 28(5): 480-488, 1986
- Valencia, M.: Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. *Psiquiatría*, 4(1), 71-96, 1988
- Valencia M.: Características clínicas y funcionamiento psicosocial en el seguimiento de pacientes esquizotróficos. *Memorias del VII Congreso Mexicano de Psicología, S.M.P.*, México, febrero, 1995.
- Watts F. y Bennett D. *Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y Práctica*, De. Noriega-Limunsu. 1990 México. . Rehabilitación
- Zinzer, O. *Principios de Psicología Experimental*. Ed. Mc Grail Hill, México, 1987.

**ANEXO**

**INSTRUMENTO DE OBSERVACION CONDUCTUAL.**

- 1.Caminar.
- 2.Correr.
- 3.Estar de pie.
- 4.Sentado.
- 5.Acostado.
- 6.Beber.
- 7.Fumar.
- 8.Comer.
- 9.Morder (chicle/uñas).
- 10.Autocuidado.
- 11.Leer/escribir.
- 12.Actividades recreativas.
- 13.Conversación con otros pacientes.
- 14.Conversación con miembros del personal o visitantes.
- 15.Conductas inapropiadas.
- 16.Ayuda en la preparación de sus alimentos.
- 17.Aseo de su área.
- 18.Terapia ocupacional/individual.
- 19.Participación en juntas grupales.
- 20.Otros (llorar o reír).
- 21.Ausente.