

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE AJUSTE Y DESAJUSTE
PSICOSOCIAL EN LA PRACTICA CLINICA INSTITUCIONAL

T E S I S
Que para optar por el grado de:
MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A
MARCELO/VALENCIA COLLAZOS

México, D.F.

1981



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.

Para María Julia y Juan Pablo

Con amor

Por darme el tiempo para realizar este trabajo

Agradecimientos especiales a mi directora de tesis,
maestra y amiga María Elena Medina Mora, por tu
asesoría, apoyo y ayuda

Y a todas aquellas personas que contribuyeron a la
realización de este trabajo

I N D I C E

1. INTRODUCCION

- 1.1 Problema
- 1.2 Objetivos
- 1.3 Alcances y limitaciones
- 1.4 Importancia del tema

2. CONSIDERACIONES TEORICAS Y CONCEPTUALES

- 2.1 Necesidades psicosociales del individuo
- 2.2 Teoría de roles
- 2.3 Conceptos relacionados: ajuste, desajuste, conducta desviada, incapacidad, normalidad, anormalidad, enfermedad mental, salud mental.
- 2.4 Modelo psicosocial

3. REVISION DE LAS ESCALAS

- 3.1 Escala normativa de ajuste social (Barrabee y Cols.)
- 3.2 Escala de disfunción social (Linn y Cols.)
- 3.3 Escala de reajuste social (Holmes y Cols.)
- 3.4 Escala de ajuste social y personalidad (Clark).

3.5 Entrevista estructurada y escalada para determinar desajustes.
(Gurland y Cols.)

3.6 Escala de ajuste de Katz.
(Katz y Cols.)

3.7 Escala de ajuste social
(Weissman).

3.8 Otras escalas

4. NATURALEZA METODOLOGICA DE LAS ESCALAS

4.1 Introducción

4.2 Marco teórico

4.3 Contenido y características

4.4 Aspectos complementarios

5. CONCLUSIONES Y DISCUSION

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INTRODUCCION

Un aspecto que día a día cobra más importancia en el campo de la Medicina, Psiquiatría y Psicología, es el referente a la importancia e influencia de factores sociales y culturales en las enfermedades y padecimientos que antes eran considerados exclusivamente desde el punto de vista orgánico y psicológico.

La influencia de estos factores sociales y culturales han motivado a médicos, psiquiatras y psicólogos a desarrollar técnicas e instrumentos para evaluar el funcionamiento social de los individuos, especialmente de aquellos considerados como desviados socialmente, los cuales al apartarse de las normas impuestas por la sociedad, son sometidos a tratamientos psicoterapéuticos, así como a diversos programas de rehabilitación.

En la práctica clínica se considera que eventos de la vida con cierto "stress" están frecuentemente asociados con la enfermedad mental. Individuos que constantemente tienen dificultad de enfrentarse satisfactoriamente a eventos de stress, se considera que estos eventos están relacionados con cierta deteriorización psicológica, lo que los pone en la necesidad de intervención terapéutica (Dekker, Webbs, 1974). Esta manifestación de síntomas o de eventos de stress están relacionados con la obtención de ayuda psi-

cológica profesional, por lo tanto se debe hacer una distinción entre síntomas clínicos y los de aprobación y desaprobación social, es por eso que la psicoterapia en este sentido es importante, en parte por reducir los síntomas clínicos, pero más que todo por tratar de incrementar la efectividad social para que el individuo pueda desempeñarse socialmente en forma apropiada.

En la medicina y psiquiatría tradicionales se partía del énfasis acerca de la presencia de cierta patología para determinar padecimientos. Hoy en día la Psicología y Psiquiatría modernas han cambiado y entre sus objetivos está el realizar una evaluación de las habilidades de la persona de funcionar y desempeñarse en un contexto social. La psicopatología, entonces es sólo un factor que determina la enfermedad del sujeto, la naturaleza del ambiente social sería otro determinante significativo que indicaría la necesidad del sujeto, si debe ser hospitalizado, canalizado a psicoterapia o recibir otra clase de tratamiento.

Lo que se utiliza hoy en día en la práctica clínica institucional es un enfoque multidisciplinario, donde equipos constituidos por médicos, psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas, rehabilitadores, enfermeras, etc., se dedican a la evaluación, cuidado y tratamiento del enfermo mental. Este sistema permite una valoración total del paciente y que a su vez se reco-

nozca la importancia y relevancia de factores sociales y emocionales en la enfermedad mental, que junto con los aspectos clínicos, así como la noción de prevención, diagnóstico y tratamiento en el individuo deben ser considerados en relación a factores sociales y emocionales que constituyen el ambiente del paciente lo que nos llevaría a considerar esto como la base de una medicina completa de la persona "Whole Person Medicine", término empleado por Fitzgerald, (1970).

Los factores psicosociales, pueden afectar muchas condiciones clínicas que se presentan en la práctica hospitalaria al psicólogo clínico, y por lo tanto pueden precipitar o prolongar la enfermedad mental. En muchos casos el contenido clínico del problema es mínimo y la consulta se puede deber a la incapacidad del paciente de poderse enfrentar al stress del ambiente o a cualquier evento común.

Forman (1966), estima que la mitad de las situaciones que se presentan en la práctica clínica tienen factores sociales y emocionales relacionados con el diagnóstico. Crombie (1963), considera que de todos los problemas traídos a consulta, el componente emocional es tan importante o quizás más importante que el componente orgánico. Sheppherd (1966), en una encuesta en Londres en la práctica general, encontró que factores sociales como: problemas

domésticos y de vivienda, individuos con carencia de vínculos estrechos, etc., debían ser considerados como elementos importantes en la etiología de la enfermedad mental. Sylph (1969), en un estudio de pacientes neuróticos crónicos encontró que este grupo tenía un número significativo de dificultad social particularmente problemas de relaciones interpersonales y ajuste psicosocial. Tarnopolsky y Cols. (1973) en un estudio epidemiológico domiciliario encontró que el 54% de las personas afectadas por seis grandes síndromes psiquiátricos, sufre incapacitación social. Cooper (1971), en una encuesta encontró que una gran proporción de desórdenes psiquiátricos están asociados con varias formas de dificultad social. En otro estudio, Brannigan y Cols. (1977), indican que la expectativa externa está relacionada con un pobre ajuste psicológico y que la psicoterapia puede ser utilizada en forma efectiva para modificar dicha expectativa externa.

1.1 Problema

Se plantea como problema, dentro de la práctica clínica psicológica, la importancia de evaluar y determinar el funcionamiento social de pacientes mentales en términos específicos de su ajuste o desajuste psicosocial.

El fenómeno de la enfermedad mental ocurre en el siste-

ma social donde una serie de factores familiares, económicos, sociales, ocupacionales, etc. y de la comunidad en general, influyen en el curso de la enfermedad del paciente lo que produce repercusiones en su cuidado y tratamiento hospitalario. Es por lo tanto, relevante conocer los factores sociales que influyen en la etiología de la enfermedad mental

El interés a través de los años se ha concentrado en el ajuste hospitalario y comunitario del enfermo mental, reflejado en el entrenamiento en programas de psiquiatría comunitaria, estudios en el ajuste posthospitalario de enfermos mentales, encuestas epidemiológicas, etc., para lo cual se desarrollaron técnicas e instrumentos de evaluación que a través de la investigación permiten medir el ajuste o desajuste social de los pacientes.

1.2 Objetivos.

Sabemos que en una entrevista clínica, el individuo proporciona información sobre una generalidad de conductas desarrolladas, de otra manera lo que explica son los roles que desempeña en las diferentes áreas de su vida. Es aquí donde cobra importancia la aplicabilidad de los diversos tipos de entrevista conocidas con el nombre de escalas de ajuste o desajuste psicosocial.

El propósito de esta tesis es evaluar la utilidad de las

diferentes clases de escalas de ajuste/desajuste psicosocial dentro de la práctica clínica psicológica institucional. Las escalas de ajuste-desajuste psicosocial han sido utilizadas con diferentes objetivos en la práctica clínica. A través de su uso se han tratado varios aspectos como: determinar el grado de ajuste o desajuste en diferentes tipos de pacientes psiquiátricos, ajuste o desajuste hospitalario y en la comunidad, evaluar el nivel de ajuste del paciente utilizando a un familiar como informante, considerar pacientes que en base a su ajuste o desajuste social puedan ingresar a diversos programas de rehabilitación, evaluar el nivel de ajuste o desajuste de pacientes que estuvieron en psicoterapia, evaluar la efectividad de diversos tratamientos psicoterapéuticos, así como el desempeño social de diferentes poblaciones y en diferentes estratos socioeconómicos.

1.3 Alcances y limitaciones.

En este trabajo no se recomienda una escala sobre las otras, sino más bien poner énfasis en la importancia de las escalas como un complemento valioso dentro de la práctica clínica psicológica.

Una escala de ajuste o desajuste psicosocial es un instrumento diseñado para que en una forma más o menos sistematizada se

pueda recabar impresiones del paciente por parte del entrevistador.

Es en realidad una entrevista en ciertos casos estructurada y otras veces semiestructurada, que dura aproximadamente 30 minutos y que cubre aspectos específicos del ajuste o desajuste psicosocial del paciente como son: la conducta desviada, fricción con otros, tensión, etc.

Los términos ajuste y desajuste se utilizarán indistintamente ya que mientras algunas escalas miden el ajuste psicosocial, otras miden el desajuste psicosocial de los individuos.

De manera que además de evaluar la utilidad de las escalas de ajuste-desajuste social en la práctica clínica institucional, se verá el uso que se puede dar a la escala como complemento de un diagnóstico clínico, es decir utilizar la información que la escala proporciona como diagnóstico social, a manera de tener una historia más completa del back ground del paciente y también considerar si la información que cada escala proporciona es importante y relevante dentro de la práctica clínica institucional.

La naturaleza descriptiva del estudio no permite el plantear hipótesis. Sin embargo puede ser el inicio de investigaciones posteriores que permitan abordar el tema del ajuste y desajuste social en pacientes mentales.

Estos estudios permitirán el plantear hipótesis que al comprobarlas sirvan como respuesta al problema del funcionamiento so-

cial, comparando diferentes poblaciones de pacientes, así como correlacionando la enfermedad mental con variables clínicas y sociales.

1.4 Importancia del tema

Un tema clásico de interés en el campo de la salud mental es el funcionamiento social de pacientes en términos específicos de su ajuste o desajuste hospitalario y comunitario.

Criterios reales nos permiten darnos cuenta de que la enfermedad mental ocurre en el sistema social y que factores como: la vida familiar, vida social, ocupación, relaciones maritales, aspecto económico, etc., pueden influir en el funcionamiento social del paciente, así como en su enfermedad y tratamiento.

El evaluar el ajuste social del individuo considera tomar en cuenta al paciente y a su ambiente social, es decir medir la conducta social del sujeto.

El incluir el mundo social del paciente implica añadir instrumentos que midan el ajuste o desajuste social del paciente como algo diferente a los síntomas y anormalidades.

Las escalas aparecen entonces como un nuevo método de evaluar al paciente que pueden ser manejadas en forma independiente o como un complemento, una forma de servicio para el enfermo

mental para conocer mejor su problema y por lo tanto tener un panorama más completo de la condición del paciente en la práctica clínica psicológica, así como relacionar el tema con otros aspectos psicoterapéuticos, diagnósticos, de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Las escalas pueden ser aplicadas por psicólogos clínicos con un previo entrenamiento sobre su manejo.

El tema de estudio pone de relieve los factores sociales que influyen en la enfermedad mental y permite detectar cambios en el paciente a través del tiempo, así como realizar consideraciones futuras buscando soluciones apropiadas de acuerdo a la realidad latinoamericana.

Al estar disponibles las escalas, una extensa revisión y estudio aparece como una medida apropiada.

DESCRIPCION DEL INDICE

La tesis como indica el índice, consta de los siguientes capítulos:

1. Introducción
2. Consideraciones teóricas y conceptuales.
3. Revisión de las escalas
4. Naturaleza metodológica de las escalas
6. Conclusión y discusión.

 Referencias bibliográficas

En el primer capítulo se hace una introducción general al tema de estudio, destacando la importancia de evaluar el ajuste y desajuste social de los individuos mediante el uso de las escalas en la práctica clínica institucional, poniendo de relieve la importancia de factores sociales y culturales en la etiología y prevalencia de la enfermedad mental.

En el capítulo dos, Consideraciones teóricas y conceptuales, se discuten todos los aspectos relacionados con el ajuste y desajuste social y sus conceptos asociados como son: normas, roles sociales, influencia del medio ambiente, proceso de socialización,

cultura o grupo social, necesidades psicosociales del individuo, interacción social, sociedad, desaprobación social, incapacidad social, impedimentos sociales, tolerancia de la psicopatología por parte de la sociedad, control social, evaluar el funcionamiento social con fines de diagnóstico, intervención psicológica, diagnóstico social, diagnóstico clínico, etc.

El capítulo tres, comprende una revisión y análisis de las diferentes escalas de ajuste y desajuste social y su aplicación en la práctica clínica.

El capítulo cuatro; Naturaleza metodológica de las escalas, se desarrolla en base al capítulo tres; Revisión de las escalas. Se trata de explicar la metodología empleada en las escalas revisadas, así como las diferentes clases de sujetos a quienes se puede aplicar las escalas, las características más importantes del instrumento y sus modos de aplicación. También se mencionan muy brevemente las diferentes pruebas realizadas para probar la validez y confiabilidad de las escalas.

En el capítulo cinco, se presentan las conclusiones del estudio y finalmente las referencias bibliográficas.

2. CONSIDERACIONES TEORICAS Y CONCEPTUALES

2.1 Necesidades psicosociales del individuo.

El hombre desde el momento que nace al mundo trae consigo una serie de necesidades básicas ya sean fisiológicas y psicológicas; las que lo hacen totalmente dependiente de otros seres humanos para su supervivencia. La conducta humana se constituye de acuerdo a nuestras relaciones con otros y está condicionada a la influencia que la sociedad ejerce sobre nosotros, lo que implica que todos estamos sometidos a un proceso de interacción social donde las experiencias adquiridas varían de individuo a individuo haciendo que cada individuo sea distinto a los demás.

Para Newcomb (1950), existen tres factores fundamentales que el individuo debe poseer para ser incorporado a la sociedad humana: capacidad de irritabilidad, capacidad de respuesta y capacidad de aprendizaje. Lo primero se refiere al hecho de ser sensibles a las carencias de ciertas condiciones ambientales necesarias para nuestra supervivencia. Si no respondemos irritados al excesivo frío o calor o al hambre, no estaríamos capacitados para sobrevivir, esto nos lleva al segundo factor: capacidad de respuesta, es decir responder cuando hemos sido irritados. El niño recién nacido, por ejemplo, no podrá sobrevivir si no está capacitado para succionar, respirar,

etc., y finalmente capacidad de aprendizaje, que se refiere a la capacidad de utilizar la experiencia, aunque se podría vivir sin esta capacidad, se la considera de vital importancia, tanto para la adaptación y la adquisición de la conducta humana.

Haciendo uso de estas tres capacidades el individuo puede participar en el proceso de interacción social, recibir la influencia de éste para posteriormente adquirir y desarrollar conductas sociales adecuadas.

Es necesario resaltar dos niveles de influencia: dentro de este proceso: el inicial o sea el de la niñez, caracterizado por una excesiva dependencia de la conducta aprobada, como parte importante del proceso de socialización. El niño llevará a cabo este proceso de acuerdo a la cultura que pertenezca. El segundo nivel es el posterior, el cual ocurre después de la iniciación del niño al proceso de socialización y consiste en la adaptación a nuevas demandas sociales, donde existen diferentes alternativas de respuesta, las cuales pueden ser aprendidas. El individuo entonces es incorporado dentro del marco de las actitudes, valores y conductas aceptables dentro de la sociedad en que se desarrolla y que incluye el aprendizaje, la adquisición y desempeño de todos estos factores de acuerdo a las influencias del medio ambiente. Erich Fromm (1949), señala que la sociedad conforma la experiencia de manera

que "la gente quiere actuar como tiene que hacerlo y (por lo tanto) obtiene gratificación si actúa de acuerdo con los requisitos de la cultura".

Otro aspecto importante dentro de las necesidades básicas del individuo es el referente a las motivaciones de los seres humanos. Una variedad de esquemas explicativos han sido desarrollados sobre este tema, sin embargo, es importante considerar dos distinciones claves principales: la primera referente a los motivos primarios, con base fisiológica necesarios para la supervivencia como son el hambre, la sed, etc. y la segunda, los motivos adquiridos o aprendidos, que se originan en la experiencia social. Otro tipo de distinción está relacionado con la naturaleza de las motivaciones humanas, las que hacen al hombre diferente de otras especies.

En este punto es importante detenerse y revisar lo realizado por los científicos sociales en lo que se refiere a clasificar o jerarquizar la motivación humana, es decir los motivos que influyen la conducta social, vistos como motivos sociales, tomando en cuenta que la problemática de las motivaciones básicas del hombre presenta interrogantes aún no resueltas.

Teniendo como base varios estudios interculturales Ralph Linton (1945), propone tres necesidades psíquicas que a su manera

de ver "son las más generales y significativas para la comprensión de la conducta humana"; son las siguientes: la necesidad de respuesta emocional por parte de los otros, que se origina en las relaciones tempranas de dependencia ocurridas en la infancia. La necesidad de seguridad a largo plazo: tomando en cuenta el presente pero con proyección hacia el futuro es decir el poder vivir con la idea de recibir una gratificación posterior y finalmente la necesidad de experimentar cosas nuevas ya que las principales necesidades ya han sido satisfechas.

Otto Klineberg (1954) clasifica los motivos en cuatro categorías basándose en datos biológicos y antropológicos. Hace una distinción entre motivos "confiables" (dependable motives) con una base fisiológica definida y otra gama de motivos menos confiables sin base fisiológica, lo que lo lleva a elaborar la siguiente clasificación: motivos absolutamente confiables con base fisiológica y por lo tanto universales como son: el hambre, la sed, necesidad de descanso, sueño, eliminación, etc.

Motivos con base fisiológica con excepciones individuales: el sexo, la conducta materna después del parto, la autopreservación, etc.

Motivos de base fisiológica indirecta como la agresividad y la fuga, pero que varían según los individuos y las sociedades.

Motivos que carecen de base fisiológica y que se manifiestan a causa de pautas sociales comunes o con el propósito de satisfacer fines prácticos, aunque no confiables se menciona a la necesidad de unión, de pertenencia, sentimiento paternal, filial, auto-sumisión, etc.

El concepto de efectuación (effectance) elaborado por Robert White (1959), amplía la idea de categorías expuestas por Linton acerca del deseo humano de experimentar y de evitar el hastío. White considera que el deseo de tener la habilidad para poder manejar el medio es una característica humana y que la motivación de efectuación es parte integrante de la "necesidad humana de actividad exploratoria y de juego enderezada a adquirir competencia de un modo adaptativo".

Sin duda, la contribución más grande a la clasificación de la motivación humana es la jerarquía de motivos de Maslow (1954), quien considera que los motivos deben ser vistos como una serie; de los más vigorosos y dominantes hasta los restantes, los cuales adquieren vigorificación cuando los más vigorosos y dominantes hayan sido satisfechos.

La jerarquía que Maslow propone está constituida de la siguiente manera:

Las necesidades fisiológicas, como el hambre, la sed, el sexo, la actividad física, etc.

Las necesidades de seguridad que incluyen la seguridad referente a la privación física y psicológica.

Las necesidades de pertenencia y amor, que comprende relaciones afectivas y afiliativas, etc.

Las necesidades de estima que consisten en el deseo que todas las personas tienen de obtener una evaluación estable y elevada de sí mismas que se resume en el autoconcepto y en la estima de los demás.

Las restantes necesidades y la realización de las mismas dependen del deseo de auto-realización y de las capacidades de la personalidad de los individuos.

De las distintas opiniones mencionadas acerca de la motivación social podemos deducir que los seres humanos precisan algo más que la satisfacción de sus necesidades de supervivencia para poder participar de una experiencia verdaderamente humana. El relacionarse e identificarse socialmente o culturalmente es algo imprescindible para el ser humano lo mismo que obtener su propia identidad y realización personal así como querer que su experiencia sea más o menos predecible y existe también en él, el deseo de experimentar usando sus propias habilidades y así poder enfrentarse al ambiente viviendo nuevas experiencias.

2.2 Teoría de Roles

Dentro del estudio de ajuste y desajuste psicosocial sin lugar a dudas uno de los temas más importantes es el de los roles que el individuo debe desarrollar en el transcurso de su vida. A través de los años el tema ha adquirido considerable importancia por lo que la literatura acerca del mismo se ha visto incrementada y enriquecida provocando el interés de psicólogos, psiquiatras, investigadores y profesionales en relaciones humanas entre otros.

Rol es un término prestado directamente del teatro, es una metáfora que intenta determinar que la conducta se adhiere a ciertas partes o posiciones y no a los actores que las recitan o leen.

Rol proviene del latín rotula que se refiere a una hoja envuelta alrededor de un rodillo o cilindro de madera. La hoja llevaba la parte escrita que el actor iba a recitar, la escritura se refería a la conducta de hombres y mujeres en la vida real, luchando en sociedades no muy bien organizadas. La continuidad de la metáfora va de la vida real al drama y del drama a una teoría psicológica acerca de individuos actuando dramas de la vida real.

En lo que se refiere a la palabra "teoría" en el contexto de Teoría de Roles, Sarbin y Allen (1969), la entienden como una serie de proposiciones que empleando un idioma consistente, guían a la búsqueda de los hechos.

Desempeño de roles

La teoría gira alrededor del desempeño de roles de las personas en situaciones sociales así como los antecedentes y condiciones que concurren a determinar las variaciones de desempeño de cada individuo. La atención principal se fija en la conducta social del sujeto y en este sentido la teoría de roles cierra la brecha entre el individuo y su grupo y entre su historia personal y la organización social. El estudiar al individuo en forma aislada no tiene lugar en la teoría de roles.

Al observar a una persona desempeñar su rol social, se pueden hacer inferencias acerca de lo apropiado y convincente de su desempeño. Existe un cuestionamiento básico que se puede utilizar como guía para la observación de la conducta social.

1. Es la conducta apropiada a la posición social conferida o designada al actor? Esto quiere decir si la actuación del actor indica que éste ha tomado en cuenta el contexto ecológico en el cual la conducta ocurre? En resumen, ha seleccionado el actor el rol correcto?

2. Es el desempeño apropiado? Esto es, si la conducta realizada cumple las normas que a la vez sirve como un criterio de evaluación del observador? Es la actuación evaluada buena o mala?

3. Es el desempeño convincente? Esto significa que si el desempeño puede llevar al observador a expresar sin equivocarse que el actor está ocupando una posición legítima (Sarbin y Allen, 1969).

Las respuestas a estas preguntas pueden ser obtenidas activando los procesos humanos de juzgar la conducta, teniendo en cuenta características como estilo, tiempo, movilidad y duración.

Como parte del desempeño de roles existen tres factores importantes en utilidad práctica y conceptual, estos son: 1) Número de roles; 2) Involucración y esfuerzo del organismo; 3) Prioridades del desempeño de roles.

1) Número de roles

Sin duda cuantos más roles pueda un actor desempeñar mayor será su preocupación para responder a las exigencias de la vida social. A través de la observación de los roles que desempeña el sujeto se puede determinar el tiempo empleado en ciertos roles, así como el grado de involucración.

Cameron (1950) dice al respecto:

".... un miembro de cualquier sociedad organizada debe desempeñar más de un rol, si quiere cooperar en forma efectiva con sus miembros. Para el patólogo de la con-

ducta, esto implica que una persona que tenga en su repertorio una variedad de roles reales y bien practicados, estará mejor equipada para cumplir situaciones nuevas y críticas que la persona que tiene un repertorio pobre, sin práctica y socialmente irreal ..."

2) Involucración y esfuerzo del organismo.

Se refiere al grado o nivel de involucración del organismo en el desempeño de sus roles con un nivel de alta intensidad hasta un nivel de involucración mínima.

Sarbin y Allen, consideran ocho niveles de involucración que a continuación se reproducen.

Ninguna involucración

I Desempeño casual del rol

II Desempeño (actuación) ritual

III Ensimismamiento

IV. Desempeño del rol como si
estuviera en estado hipnótico

V Neurosis histriónica

VI Extasis

VII Objeto de brujería y
hechicería (a veces irreversible)

3) Prioridad en el desempeño de roles.

Que se refiere a la cantidad de tiempo que una persona pasa desempeñando un rol relacionado con el tiempo que utiliza en desempeñar otros roles. Un médico por ejemplo puede pasar diez horas al día viendo pacientes pero puede alternar esta actividad con otros roles como ser: maestro, esposo, deportista, etc.

Expectativa de los roles

Las expectativas de los roles sirven de enlace o unión entre la estructura social y el desempeño de los roles. Esta estructura social a su vez está compuesta de posiciones y status que se traducen en las acciones esperadas que la persona que ocupa esa posición debe desempeñar. Se espera que el director de un hospital realice ciertas conductas o roles pero habrán otras conductas que no se espera que realice. Otras veces de acuerdo a la posición se espera un desempeño uniforme del rol incluyendo a una variedad de personas y grupos: por ejemplo un sacerdote. En otros casos el rol varía de acuerdo al grupo social por ejemplo un inspector de cárceles.

Las expectativas de los roles se compone de: "los derechos y privilegios, deberes y obligaciones de cualquier ocupante de una posición social en relación con las personas que ocupan otras posiciones en la estructura social".

El ocupante de una posición, por ejemplo el presidente de un país, deberá ejercer sus derechos y privilegios, deberes y obligaciones en forma complementaria con personas que ocupan otras posiciones sociales. Al ocupar una posición social la persona se verá confrontada con una variedad de personas que ocupan posiciones complementarias y desempeñan roles sociales. La totalidad de roles complementarios relacionados con un rol dado se conoce como "role set", Merton (1957).

Las expectativas del rol pueden ocurrir en un contexto formal o informal de acuerdo al sistema de roles y al grupo social existente. Las expectativas de roles generalmente facilitan la interacción proveyendo a los que interactúan oportunidades de realizar predicciones recíprocas de conducta. Las expectativas de roles deben ser lo más claro posibles ya que expectativas de roles no muy claras o ambiguas hacen que la conducta sea mucho más difícil de predecir. Al desempeñar sus roles se espera que el individuo actúe en forma apropiada en el sentido de que conducta es esperada y más aún se espera que el actúe en una forma particular ya que otros esperan que el actúe así, esto implica que su conducta sea aprobada o desaprobada ya que las expectativas de roles son contribuyentes de la naturaleza y calidad de su desempeño de roles. Las expectativas de roles generalmente definen los límites de conducta

tolerada, son especificaciones que se adhieren a las normas grupales.

Lugar adecuado para desempeñar el rol.

La meta más importante que el individuo tiene como miembro de la sociedad es el poder sobrevivir. Para esto el individuo debe colocarse en el lugar adecuado dentro de la estructura social para desempeñar sus roles en forma apropiada. El individuo posee un repertorio variado de roles, del cual debe elegir uno de acuerdo con la situación y también tomar en cuenta las posiciones de otros de manera que pueda ocupar el lugar preciso para desarrollar su rol. La manera de localizar la posición de la otra persona y darle su lugar es a través de sus actos. Estos pueden ser: movimientos corporales, actos verbales, expresiones faciales, tono de voz, vestimenta, etc.

El poder reconocer estas características en una persona conduce al sujeto a poder predecir los roles y responder a las señales sociales ecológicas. El que exista más certeza por parte del sujeto de darse cuenta de los actos del otro hace que pueda darse cuenta con mayor precisión de su ubicación dentro del sistema social.

Demandas del rol.

Se puede afirmar que los roles que el individuo realiza

en su diaria interacción social, pueden variar de lo infinito a unos cuantos, específicos y determinados roles. Por ejemplo, una persona que llega a un hospital espera encontrar a médicos, enfermeras y enfermos desempeñando diferentes roles. La conducta de estas personas servirán de guía para que el individuo pueda realizar sus roles apropiados. Sin embargo, algunos aspectos adicionales pueden ser introducidos al momento de desempeñar los roles y de acuerdo a la situación que se encuentren los que interactúan.

Estos aspectos adicionales se conocen como demandas del rol y que como su nombre lo indica son demandas que se hacen para el desempeño de un rol más específico.

Cualquier situación que se aleje de lo convencional, de lo predecible y de lo familiar motiva a que se exija que las demandas del rol sean cumplidas. Esta exigencia se da cuando las expectativas del rol no han sido cumplidas y es por lo tanto necesario incluir aspectos adicionales que se traducen en demandas del rol.

En una sociedad perfecta no habría la necesidad de las demandas del rol, con el cumplimiento de las expectativas del rol sería suficiente. Sin embargo no hay sociedades perfectas, los grupos sociales en que nos desenvolvemos muchas veces no están bien organizados lo que motiva que las normas sociales estén en constante ejercicio demandando un específico y apropiado desempeño de rol.

les para poder mantener un buen equilibrio y bienestar social.

El desempeñar un rol puede ser visto como una tarea que debe ser llevada a cabo de la mejor forma posible para cubrir las expectativas del rol. Obviamente este desempeño varía de individuo a individuo. Que tan bien el individuo realiza esta tarea depende de las habilidades que tenga y de la disponibilidad de éstas.

La habilidad puede ser definida como: la capacidad, la soltura, la predisposición, estado de alerta, etc., de realizar cierta tarea a un cierto nivel dado de competencia. La habilidad de desempeñar el rol se refiere entonces "a las características que el individuo posee que resultan en un desempeño de roles efectivo y convincente, aptitud, experiencia apropiada y entrenamiento específico".

Todos los roles tienen un contenido de las experiencias tempranas de socialización por lo que las condiciones tempranas de aprendizaje en la vida son importantes para la adquisición de las habilidades, las cuales posteriormente serán incrementadas con el debido entrenamiento.

Se da el caso de un actor profesional que posee grandes aptitudes para desempeñar un rol en el escenario, y que además el desempeño de su rol sea convincente, asimismo puede tener

la habilidad de desempeñar varios roles en forma apropiada. Lo mismo ocurre con las personas al desempeñar sus roles interpersonales. Una persona puede ser apta y tener la habilidad para desempeñar mejor cierto rol, mientras que otra no pueda hacer esto, se deduce que las diferencias varían de individuo a individuo, las cuales pueden ser atribuidas a las habilidades que cada individuo posea en su desempeño de roles.

Congruencias del self (uno mismo) con el rol.

El self aparece como un elemento importante dentro de la teoría de roles. Es una estructura que aparece como resultado de experiencias pasadas con otras personas y objetos.

Se desarrolla a través de una serie de eventos que empiezan desde las primeras semanas de vida de la existencia del self y puede diferenciar a las personas por los roles sociales que desempeñan, así como empezar a demostrar ciertas habilidades en desarrollar roles de otros y con el uso del lenguaje poder calificar al self como bueno, malo, feo, etc.

La relación entre el self y el rol cobra importancia especialmente por el efecto que pueden tener las congruencias del self con el rol en el desempeño de roles cuando las características del self son congruentes con los requerimientos del rol, el desempeño de roles es más efectivo y apropiado que cuando el rol y el self son incongruentes.

Se entiende como congruencia del self con el rol: "al grado de traslape o de ajuste que existe entre los requerimientos del rol y las cualidades del self", (Sarbin y Allen 1969).

Para que exista la congruencia del self con el rol, el desempeño del rol debe ser del agrado de la persona que lo realiza, así como estar involucrado y comprometido con el rol, lo contrario presentaría el caso de incongruencia del self con el rol lo que produciría un conflicto entre ambos.

La audiencia.

El término audiencia se refiere al público o a los que observan la acción. Un aspecto importante de la teoría de roles es lo que se conoce como diada: un grupo social compuesto de dos personas; algo más específico y refinado sería la tríada en la que se reconoce la presencia de una audiencia que observa el desempeño de roles. Esta tríada está compuesta de tres elementos importantes:

1. La persona que desempeña o ejecuta el rol.
2. Otra persona que desempeña un rol complementario.
3. Un tercero que observa el proceso de interacción social.

Se han desarrollado un sinnúmero de clasificaciones acerca de los diferentes tipos de audiencias pero lo más aconsejable es

considerar tres tamaños o tipos de audiencia : numerosa, grupo pequeño y la diada.

La audiencia numerosa como su nombre lo indica está compuesta de un gran número de personas, las cuales a veces permanecen en una situación más o menos pasiva y también pueden proveer retroalimentación positiva o negativa de acuerdo a la acción que se esté desarrollando.

El segundo tamaño de audiencia contempla a los que participan por ejemplo en una conferencia donde los observadores pueden interactuar con los que exponen el tema dándose así una situación de participación activa.

Finalmente, la diada que contiene la audiencia más pequeña, o sea, el que tiene un rol complementario de la persona que desempeña el rol.

Es importante aclarar que las tres clases de audiencia descritas pueden estar representadas simbólicamente en la persona, la audiencia puede existir en forma imaginaria aunque físicamente esté ausente. En el desempeño de roles siempre se tiene que tomar en cuenta a otras personas reales o imaginarias y lo que podrían ser sus reacciones ante nuestra conducta. Las imaginaciones que tiene el hombre son las que guían gran parte de su conducta social.

El término audiencia no solamente se refiere a la presencia de otras personas cuya función consiste en escuchar u obser-

var. La palabra audiencia designa cualquier situación social en la cual el desempeño del rol de una o más personas es el objeto de atención de una o más personas, cuya presencia puede ser real o imaginaria, contemporánea o remota.

Sabemos entonces que la audiencia puede ejercer cierta influencia en las personas que desempeñan o ejercitan sus roles. Para concluir esta parte es necesario ver las funciones que la audiencia tiene en el desempeño de roles.

Como primer punto, la audiencia ayuda a establecer la realidad social del rol y lo confirma aceptando o rechazando el desempeño del rol. En segundo lugar, las respuestas de la audiencia guían a la persona en su desempeño del rol a través de aplausos, por ejemplo, puede aumentar la intensidad del desempeño de rol, o censurar la actuación manifestando protestas o desagrado por la conducta; tercero, otra función de la audiencia es proveer refuerzo social aprobando o desaprobando la conducta de los que realizan los roles. Finalmente, la audiencia contribuye al mantenimiento de los roles a través del tiempo y así mismo después de observar a la persona desempeñar diferentes roles en distintas ocasiones, poder distinguir y determinar distintos grados de roles en diferentes tiempos y lugares.

Complejidad de roles.

Pasamos a otro punto que se refiere a la complejidad de roles que el individuo debe desempeñar en su vida diaria. Hasta el momento hemos estado abocados en el desempeño de un rol y su rol complementario.

Es importante que nuestras observaciones acerca del desempeño de roles que los individuos efectúan sean realmente un reflejo de la conducta que realizan éstos en la vida social, es decir que llenen un modelo de observación de lo que ocurre en la vida real en la cual el individuo se ve confrontado con una variedad de roles de los cuales debe elegir algunos y realizarlos simultáneamente en un corto tiempo lo que provoca una complejidad y multiplicidad de roles, haciendo que el individuo cambie de un rol a otro, notando una transición entre los diferentes tipos de roles disponibles a través del tiempo así como el esfuerzo que pone en la realización de varios roles y los conflictos entre roles, que se presentan, tomando en cuenta la posición que el individuo ocupa en el sistema social y citando como ejemplo, una sucesión de roles: empleado, esposo, padre; que el individuo puede realizar en el transcurso de un día. Shakespeare dice "One man in his time plays many parts. His acts being seven ages", en Sarbin y Allen (1969).

Así mismo los roles pueden ser realizados formal o informalmente dentro de una variedad de categorías como roles en el

aspecto familiar, social, sexual, político, económico, religioso, etc.

La mejor forma de diferenciar los roles en una forma sistemática es la que propone Linton (1945) que utiliza dos tipos: rol adscrito y rol logrado. Los roles adscritos serían los cuales con los que el individuo nace o los que no requieren esfuerzo de su parte, como: sexo, edad, parentesco, etc.

Los roles logrados o adquiridos serían los que el individuo asume en base a su esfuerzo como: ocupación, matrimonio, etc.

Mientras más simple sea el desempeño de roles, será más fácil para el individuo desenvolverse en forma apropiada y tener una vida social más aceptable. Sin embargo, algunos problemas se pueden presentar al tener el individuo múltiples obligaciones de roles. Se considera que mientras el individuo tenga más ocupaciones y diversas funciones en el sistema social será más difícil desempeñar los roles en forma apropiada. La falta de coordinación de roles por parte del individuo podría resultar en un conflicto de roles y un sinnúmero de dificultades. El exceso de demandas de los roles, tiempo, esfuerzo, habilidad, podrían ir en contra del individuo y producir un "rol strain" Goode (1960) o sea, sentir la dificultad de no poder cumplir con las obligaciones que requieren los roles.

Una solución al problema sería reducir los roles que el

individuo debe realizar. Es importante que el individuo pueda manejar esta multiplicidad y complejidad de roles, satisfaciendo las demandas de los roles en forma adecuada y de acuerdo a la importancia, tiempo y lugar de cada rol.

Existen también ciertas ventajas acerca de que el individuo posea una gran variedad de roles y los pueda desempeñar. Aquí estaríamos hablando más que todo del repertorio que tiene el sujeto, cuanto más variado sea su repertorio, el individuo tendrá más oportunidad de afrontar los problemas en forma positiva y de integrarse más a la sociedad. Se considera que la ausencia de un gran repertorio puede ser responsable de un desempeño de roles inefectivo.

El número de roles en el repertorio de una persona es considerado como una variable de suma importancia en lo que se refiere a enfoques teóricos en relación con la psicopatología. Cameron y Margaret (1951) encontraron que la ausencia de habilidad para desempeñar un rol es un determinante importante en trastornos paranoides.

Existen tres factores que determinan la alocaación de tiempo y energía en los roles que el sujeto debe desempeñar. Primero, las normas bajo las cuales el sujeto se desenvuelve en la sociedad. Segundo, los premios y castigos que el sujeto recibe de parte de los que realizan los roles complementarios con él. Tercero, estimar las

reacciones de los que observan la acción, es decir, de la audiencia.

Conflicto de rol.

Varias veces a lo largo de esta explicación de la teoría de roles se ha mencionado el término conflicto de rol, pero en ningún momento se llegó a explicar y definir qué se entiende por este aspecto.

Podemos empezar indicando que muchas veces el individuo se encuentra en situación en que dos o más posiciones requieren un desempeño contradictorio de roles, lo que provoca un conflicto en los roles que el individuo debe realizar.

Se pueden identificar dos tipos de conflictos: el primero que se debe a la ocupación simultánea de dos o más posiciones que tengan expectativas de roles incompatibles (inter-rol) y el segundo que involucra expectativas contradictorias en dos o más grupos en relación con un mismo rol (intra-rol).

Un ejemplo, de inter-rol sería una persona que se encuentra en medio de dos posiciones como el capataz de una fábrica quien se encuentre entre los obreros y el patrón simultáneamente sin pertenecer a ningún grupo.

El director de una escuela que se encuentra entre las expectativas de dos o más grupos como: las autoridades educati-

vas, los maestros, padres de familia, estudiantes etc., sería un ejemplo de (intrarol). Este conflicto también puede ocurrir en un mismo grupo que tenga expectativas simultáneas contradictorias para un mismo rol.

Al experimentar el conflicto de rol, la persona tendrá que hacer uso de las técnicas o habilidades disponibles para ajustarse a una vida social adecuada. Esto obviamente dependerá de tres factores. Los sucesos o eventos pasados, los refuerzos recibidos por realizar el rol y la disponibilidad de los roles haciendo que el individuo pueda resolver las expectativas incompatibles del rol.

Aprendizaje del rol.

Se puede decir que el desempeño de roles es el producto de las experiencias de aprendizaje del sujeto y ocurre a través del proceso de socialización que se inicia en la infancia y que dura hasta la adultez.

En la infancia el proceso de aprendizaje consiste básicamente en aprender los roles que se le asignan al niño tomando en cuenta la posición social que ocupa. El niño aprende a actuar en forma apropiada de acuerdo a su edad, sexo y también a adquirir las normas impuestas por la sociedad.

El proceso de aprendizaje en el adulto consiste más que todo en desarrollar los roles adquiridos.

La adquisición del rol implica la inclusión de una serie de mecanismos de aprendizaje que con el transcurrir del tiempo se van haciendo más y más complejos, por eso el rol debe ser aprendido en forma total, como una Gestalt, y no por partes o pedazos.

El concepto rol, implica interactuar, ésto ocurre generalmente en un contexto social donde los roles son complementarios. Un aspecto que debe ser aprendido son las expectativas del rol en base a las especificaciones del propio rol del sujeto considerando los derechos y obligaciones del rol, así como los roles complementarios.

El aprender las expectativas del rol no es suficiente en este proceso. El desempeño de roles consiste en desarrollar, conductas apropiadas, en situaciones y lugares específicos y que estén asociadas con cierta posición social. La habilidad de discriminación de las diferentes posiciones sociales es una técnica que debe ser adquirida en el aprendizaje del rol. La persona debe aprender a discriminar cuál grupo de expectativas está asociado con cierta posición social.

Existe una diferencia en contenido en el proceso de socialización entre el niño y el adulto. Esta diferencia consiste en

un cambio de valores y motivos en el niño al desempeño de la conducta total en el adulto. La alocación de roles es importante ya que en la niñez el aprendizaje consiste básicamente en desarrollar los roles adscritos en base a edad, sexo, posición social, etc. En el adulto el aprendizaje consiste más que todo en el desempeño de roles adquiridos durante su crecimiento y desarrollo.

Esta diferencia de roles adscritos en la niñez y roles adquiridos en la adultez implican otra distinción que se traduce en el ir aprendiendo "como" y "que". El niño gradualmente va aprendiendo "como" actuar apropiadamente en ciertas situaciones de acuerdo a su edad, sexo y posición social que ocupa. Su aprendizaje consiste en practicar y mejorar la adquisición de roles. En el adulto el aprendizaje parece ser más que todo en "que". El individuo puede adquirir las expectativas del rol aprendiendo "que" es lo que debe aprender.

Finalmente una última distinción que es importante incluir referente a los terminos socialización y aculturación.

El proceso de socialización consiste en aprender las prácticas elementales que todos conocen para llegar a ser miembro de cualquier cultura, es decir adquirir las normas básicas de la sociedad, por ejemplo: comunicarse, normas de educación, etc. Posteriormente, ocurre el proceso de aculturación que consiste en adquirir los roles y posiciones dentro de la sociedad. El individuo aprende

de el rol de maestro, policía, médico, etc., así como los roles que él debe desempeñar.

A manera de concluir esta sección sobre el aprendizaje del rol es conveniente a manera de ilustración explicar como el rol es aprendido: adquirido, adoptado, asumido y desempeñado en el teatro y su correspondiente de cómo el rol es adquirido en la sociedad.

En el teatro el actor tiene un script, el que indica qué conducta seguir, ya sea verbal, de gestos o actividad. En la sociedad el individuo tiene esta misma información disponible, al iniciar su trabajo, por ejemplo donde las especificaciones del trabajo que debe desarrollar están determinadas.

Tanto para el actor como para el individuo no es suficiente conocer las especificaciones del rol, sino que éste debe ser practicado en conjunción con los otros actores o individuos en posiciones complementarias hasta llegar a perfeccionar el desempeño del rol.

En los niños se puede ver a menudo que juegan roles de adultos, por ejemplo: médico, maestro, policía. El practicar estos roles hace que el niño los vaya aprendiendo de manera que el prepararse para desempeñarlos implica que el niño los aprenda. El proceso psicológico consiste en preparar, adquirir, entrenar y practicar el rol.

Otro aspecto de este modelo consiste en la inclusión o presencia de un director, supervisor o guía de roles. Por su experiencia el director puede aconsejar y guiar al actor en el desempeño de su rol, observando el desempeño, detectando errores y sugiriendo el apropiado entrenamiento en una variedad de formas ayudando al actor a realizar un rol apropiado y convincente. El que guía el desempeño de roles sería como un regulador del aprendizaje que provee refuerzo social al individuo para su aprendizaje de roles.

Al aprender y practicar su rol, la persona no solamente aprende su rol sino también los roles complementarios para lo cual debe saber las expectativas de éstos, o sea conocer la totalidad de roles.

Efecto del desempeño de roles en la identidad social.

Un último tópico que debe ser incluido y que es un resultado natural de la teoría de roles, es la teoría de identidad social.

La identidad puede ser vista como la variedad de disposiciones que tiene la persona y que se compone de las interacciones con los que ocupan los status complementarios. La identidad social comprende las valoraciones hechas por otros, quienes tienen

el poder de hacer dichas valoraciones, las cuales tratan de formar la identidad dependiendo de las sanciones y refuerzos que puedan dar estas valoraciones.

El análisis de la identidad social se basa en la colocación del individuo y de los otros en los diferentes sistemas sociales relevantes al individuo, al colocarse en el sistema social ecológico el individuo se pregunta: ¿Quién soy yo? y en relación a los otros, ¿quién es él?, ¿quién es usted?, obteniendo muchas veces simples respuestas que indican un status o posición como: estudiante, médico, vendedor, etc. Estas simples respuestas deben estar respaldadas por conductas que satisfagan las expectativas y las demandas del rol. La pregunta correcta sería: ¿Si el desempeño del rol satisface las expectativas? Es decir, si la conducta del individuo es congruente con las expectativas que tienen otras personas significantes.

Tomemos como ejemplo a un maestro. La identidad social de su rol consistiría en evaluar la dimensión de su conducta y si ésta satisface las expectativas, de los que observan la conducta, que pueden ser diferentes para un maestro de escuela que para uno de universidad.

Al localizar a la persona en el sistema social nos interesa saber si es buen o mal maestro, ¿Qué tan importante es el rol de maestro para el individuo?, y si ocupa diversas posi-

ciones ¿Qué importante es el estatus y posición de maestro para él?. El observador dará una respuesta en base al juicio hecho sobre qué tan convincente desempeña su rol este maestro. Esto dependerá del esfuerzo que el individuo pone en el desempeño de su rol, así como el tiempo que le dedica, de manera que sus conductas pueden ser utilizadas como señales convincentes que establecen la conducta como apropiada.

Existen tres dimensiones que facilitan el entendimiento de la identidad social:

1. La dimensión del status.
2. El valor que se da o valoración de la dimensión y
3. La dimensión de involucración, Sarbin , Scheibe y Kroger (1965)

La dimensión del status está basada en la colocación que ocupa el sujeto en la estructura social y está definido por las expectativas del rol que tienen los interesados. Cada miembro de la sociedad tiene el mínimo rol de ser una "persona". La identidad social asignada a un individuo incluye una variedad de roles, cada rol localizado de acuerdo a la dimensión del status, siendo algunos roles portadores de mucho poder y estima y otros de poco o casi nada.

La dimensión de la valoración se refiere a que el individuo al desempeñar su rol debe validar su ocupación de cierto

estatus, el cual es valorado por otros que observan y que determinarán si el desempeño es malo o bueno.

Una valoración negativa indicará que la persona deba dejar su trabajo, abandonar la escuela, retirarse de un club, etc. Por otro lado por el buen desempeño de los roles adquiridos, la persona recibirá reconocimiento, premios, diplomas, etc.

Finalmente, la tercera dimensión de involucración que incluye el esfuerzo de participación y el tiempo dedicado al rol. La involucración depende de la dimensión del status en que se encuentre el sujeto.

Estas tres dimensiones tomando en cuenta las relaciones entre roles, así como las diferencias y variaciones de colocación del sujeto y su relación con los otros, son los que establecen la identidad social.

Una vez que el individuo, ha adquirido su status apoyado por los que desarrollan sus roles complementarios e interactúan con él, puede encontrar una variedad de oportunidades para desempeñar otros roles y ser valorado positivamente. La identidad social se adquiere a través de una serie complicada de conductas que realiza el individuo. Nuestro enfoque se ha basado más que todo en la formación de la identidad social como resultado del desempeño de roles que al producir cambios influyen en la conducta.

Muy brevemente y en términos generales podemos concluir que en la teoría de roles el desempeño del rol es un acto social que es visto como una secuencia compuesta de varias etapas.

Primeramente, se localiza el rol de los otros en la ecología social tomando en cuenta las expectativas de la posición social que ocupan.

El localizar el rol de los otros hace que el sujeto se localice y determine su propio rol, activando las expectativas del rol correspondientes. El desempeño del rol sería la terminación de la secuencia, es decir, la manifestación de conducta que sigue todas las etapas.

La teoría de roles parte del punto de vista de que el ser humano es un organismo que interactúa y que están en constante actividad y que sus conductas deben acomodarse y asimilarse en la ecología social que está en cambio constante.

Una última interrogante debe ser formulada: ¿Cuál es la relación de la teoría de roles con el funcionamiento social? La relación e importancia radica en que los individuos en su vida social están en un proceso constante de desempeñar sus roles en las diferentes áreas de la vida: personal, social, familiar, ocupacional, sexual, etc.

Las escalas de ajuste y desajuste psicosocial están construidas teniendo como base los roles que el individuo desarrolla dentro de estas áreas mencionadas en su vida social.

El tema se trata en detalle en el Capítulo 3, donde se hace una revisión y análisis de las diferentes escalas de ajuste y desajuste psicosocial así como su aplicación práctica.

Para el desarrollo de la teoría de roles se utilizó como guía el modelo que proponen Sarbin y Allen en el *Hand-Book of Social Psychology*, (1969).

2.3. Conceptos relacionados: Ajuste, desajuste, conducta desviada, incapacidad, normalidad, anormalidad, enfermedad mental, salud mental.

Es de vital importancia a estas alturas abordar el tema de ajuste y desajuste social, incluyendo algunas definiciones, así como ciertos conceptos asociados como conducta desviada, normalidad, anormalidad, enfermedad mental y salud mental, etc.

Realmente existen varias definiciones de ajuste, cada una hecha en base a diferentes enfoques tanto teóricos, clínicos como sociales. Solamente se incluirán algunas definiciones generales con el propósito de tener una idea bastante clara sobre el concepto de ajuste ya que se considera más apropiado tratar este tema desde el punto de vista de como diferentes autores lo utilizan, que los llevó a desarrollar el término en base a varias teorías así como a la creación de diferentes escalas que miden ajuste y desajuste psicosocial. En base a este criterio el tema será tratado con amplitud en el Capítulo 4 donde se hará una descripción y revisión de las escalas.

La definición más común de ajuste es la encontrada en el diccionario de Español Moderno (1975), el cual define al ajuste, como la "acción de ajustar, exactitud, acoplamiento" y el ajustar como: adaptar, exactamente una cosa a otra, avenirse, acomodarse.

Simon & Schuster (1973) registran al ajuste como:
un acomodamiento, arreglo.

El diccionario de Psicología del Fondo de Cultura Económica de México (1977) define al ajuste como: "Cualquier operación por la cual un órgano u organismo se relaciona de modo más favorable con el medio, o con toda la situación externa e interna"

Chaplin (1974) en su diccionario de Psicología define al ajuste como: 1. "Variaciones en las actividades del organismo con el propósito de superar una barrera y satisfacer necesidades".
2. "El establecimiento de una relación armónica con el ambiente físico y social".

Coleman (1972) define el ajuste como: "El resultado de los esfuerzos del individuo de tratar y manejar el stress y conseguir sus necesidades". Para Frazier y cols (1976) el ajuste es: "La relación entre la persona, su ser interior y su medio ambiente". East (1970) entiende el ajuste como: "El proceso por el cual un ser viviente se acomoda dentro de las condiciones que lo rodean.

Los términos adaptación y acomodación son muchas veces usados como sinónimos de ajuste.

A. Porot (1977) en su Diccionario de Psiquiatría define al ajuste en el sentido de adaptación como: "Un conjunto de relaciones mediante las cuales un individuo modifica su estructura o

su comportamiento para responder de una manera armónica a las condiciones que le plantea determinado ambiente".

Braunstein (1976) dice que: "La adaptación es sin duda, la incorporación de los esquemas de conducta que la estructura ha creado en el sujeto a lo largo de su proceso formativo; es sujeción."

Frazier (1976) por su parte explica que la adaptación es una "adecuación o conformación al medio ambiente, típicamente mediante una combinación de maniobras autoplásticas que implican modificación en el self y maniobras aloplásticas que implican modificación del medio ambiente externo." El resultado final es una adaptación satisfactoria que se denomina "ajuste". Chaplin (1974) lo resume como: Un cambio estructural o funcional que aumenta el valor de sobrevivir del organismo. Finalmente, East (1970) que utiliza el concepto de conducta adaptativa, que son: maneras como un organismo actúa para satisfacer sus propias necesidades y de llenar las demandas del medio ambiente.

Lo contrario del ajuste es el desajuste y consiste en la: Acción de desajustar o desajustarse, Warren (1979). Frazier (1976) se refiere al desajuste como a los intentos desafortunados de adaptación. East (1970) lo explica como: perturbaciones de la personalidad que impiden el desarrollo de las capacidades del individuo y lo inhiben de cumplir sus obligaciones y responsabilidades.

Chaplin (1974) lo explica en dos formas: 1. La incapacidad del individuo de desarrollar patrones de conducta que lo lleven a conseguir éxito en su ambiente. 2. Sin exactitud; una enfermedad mental. Simony Cols. (1973) como: 1. Ajuste defectuoso; mala adaptación, incapacitación, desequilibrio. 2. (psicológicamente) desadaptación al medio. Martin (1975) la acción de desajustar o desajustarse. Coleman (1972) más o menos un perdurable fracaso de ajuste, carencia o falta de armonía con uno mismo (self) o con el ambiente. Para Price (1972) el desajuste existe cuando el organismo niega o distorciona experiencias conscientemente haciendo que estas experiencias no puedan ser incorporadas en uno mismo (self) lo que produce incongruencia. El término desajuste psicológico, es visto desde un punto de vista social, cuando la persona experimenta incongruencia con signos de infelicidad, ansiedad y desorganización.

No es realmente necesario seguir dando más definiciones de ajuste y desajuste. Este proceso sería interminable ya que en casi cualquier libro de Psicología Anormal se puede encontrar estas definiciones. Con todo lo mencionado queda una idea acerca de que es el ajuste y el desajuste, entendiendo al ajuste como la acción de ajustar, acomodar, acoplar, adaptar, arreglar y relacionarse en forma favorable con el medio y con lo interno,

con el propósito de satisfacer necesidades. Filosóficamente sería la acción de adaptarse, una ordenación ajustada, acoplamiento de medios afines de las actividades a sus objetivos, Martín (1975) y por otro lado el desajuste se refiere a los intentos desafortunados de adaptación Frazier (1976).

El desajuste social es también relacionado con la conducta desviada, que realiza el sujeto. Hay varias maneras de ver y definir el tema. Una que considera a la conducta desviada como una definición estadística, es decir que la conducta desviada constituye las variaciones del promedio, pero esta definición puede ocasionar dificultades y conclusiones confusas si se encuentra, por ejemplo a la mayoría de los individuos como desviados.

Se ha tratado también de definir a la conducta desviada como un fenómeno patológico; una enfermedad poco saludable la cual se desvía de alguna norma asumida de conducta.

Los que ven la conducta desviada de esta forma la consideran como una forma de enfermedad mental o de un desorden psicológico.

También se toma en cuenta la reacción de la sociedad y la forma de etiquetar la conducta en el individuo. Para que constituya un acto de conducta desviada éste debe primeramente ser reconocido e identificado para que luego se produzca una reacción formal o informal de las agencias de control social. Al respecto en-

contramos que "La teoría de conducta desviada debe estar enfocada específicamente en las interacciones que definan las conductas como desviadas y que también organizan y activan la aplicación de sanciones por los individuos, grupos y agencias de control", Kitsuse (1964)

La conducta desviada es esencialmente la violación de cierto tipo de normas de un grupo, o las desviaciones desaprobadas de las normas. No puede ser definida satisfactoriamente en forma estadística, patológica, etiquetada o por la reacción de la sociedad. Obviamente las conductas que se desvían de las normas toleradas pero que provocan solamente poca desaprobación, estas conductas conciernen poco a la sociedad. Cohen (1959) considera que solamente aquellas desviaciones en las cuales la conducta está dirigida a ser desaprobada o que excede en grado suficiente los límites de tolerancia por parte de la comunidad constituye la conducta desviada. Esto incluye desviaciones de las normas como delincuencia, crimen, prostitución, homosexualidad, farmacodependencia, alcoholismo, desórdenes mentales, suicidio, etc. Merton, (1966) hace una distinción entre dos tipos de desviación: conducta aberrante y disconformidad. Conducta aberrante sería lo que se ha venido explicando como conducta desviada como, crímenes donde el individuo rompe las normas impuestas para su propio beneficio y donde realmente no busca cambiar las normas. El disconforme como los hippies y agitadores políticos, que comunidan públicamente

su descontento y que desafían la legitimidad de las normas y de las leyes.

El grado de desaprobación de la conducta en el momento en que esta se realiza depende obviamente de la naturaleza de la situación y del grado de tolerancia de la conducta por parte de la sociedad. Una situación de desviación depende por lo tanto de las reacciones de otros y en un sentido de las reacciones de la persona que realiza la conducta.

En lo que refiere a la enfermedad mental, se pueden considerar a los desórdenes mentales como la desobediencia de las normas dentro del contexto social en que éstos ocurren.

El desobedecer las reglas en lo que refiere a la enfermedad mental ha sido llamado: "El residuo de desobediencia de las reglas" (residual rule breaking) por Thomas (1966) y que se distingue de otra clase de desacato a las normas. De acuerdo a este punto de vista, hay normas definidas sobre el crimen, perversiones sexuales, emborracharse, etc., lo que queda es el residuo sin etiquetación específica.

El desacato de las normas relacionadas con la enfermedad mental incluía: retiro del contacto con otros, alucinaciones, delirios, lenguaje peculiar, agresión, conducta compulsiva, hipocondriasis; etc. Algunas personas con desórdenes mentales tienen dificultad en relacionarse con otros y en compartir las normas,

y objetivos de otros en situaciones dadas.

En general todas las sociedades toleran cierta variedad de conductas y cierta cantidad de excentricidad pero generalmente los desórdenes mentales exceden los límites de esta excentricidad.

La diferencia entre conducta normal y anormal radica en las reacciones que tiene la sociedad para con estas dos clases de conducta. La persona que responde en forma apropiada o "correcta" a un estímulo social desarrolla un proceso de recibir el estímulo, tener la habilidad para emitir la respuesta apropiada y recibir la consecuente aprobación social. Así mismo, la respuesta debe realizarse en un tiempo y lugar apropiados para luego recibir una retroalimentación adecuada acerca de las consecuencias de su conducta. A pesar de que realmente no existen conductas específicas adaptadas a todo tiempo y lugar, en todas las culturas existen expectativas acerca de los roles que el individuo debe desempeñar. Existe la expectativa en el individuo de que: "Si hago esto ahora, luego recibiré mi recompensa", lo anormal viene entonces como algo inesperado, algo que perturba y que es difícil de entender. La persona cuya conducta se puede llamar desajustada o anormal está probablemente actuando en una forma inexplicada para la gente que la observa. La persona estaría ignorando indicadores importante de su medio ambiente y actuando en

una forma a veces llamada irracional.

Por ejemplo, con la anorexia nerviosa, la persona, al ser incapaz de comer puede llegar hasta la muerte. En el sentido biológico ésto sería incomprendible y se podría explicar la conducta en términos de estar fuera de los límites de normalidad. Esto causaría malestar para los que observan la conducta y un mayor problema porque al no cumplir las reglas, la persona pone en duda la validez de ellas de manera que el individuo no estaría respondiendo apropiadamente y su conducta podría ser considerada como impropia.

La conducta anormal podría ser vista entonces como una falla de evidenciar y de mostrar ciertas habilidades. Es por eso que muchas veces el tratamiento puede ser formulado en el sentido de que el paciente adquiriera nuevas y más efectivas habilidades en respuesta a la estimulación social, para desempeñar sus roles en una forma más apropiada.

El adquirir habilidades durante el proceso de aprendizaje está asociado con el rol asignado al individuo; la carencia de estas habilidades pondrá al individuo ante un conflicto en relación a los roles que debe desempeñar. La conducta anormal sería algo no usual debido a la falta de habilidades. Sería como enfrentar al individuo a un examen para el cual no está preparado, no domina o no conoce el material. La conducta anormal sería entonces

inesperada, impredecible, incomprensiva e inefectiva.

Cuando por otro lado, la persona no se encuentra en su medio ambiente realizará respuestas no apropiadas, las cuales obviamente no recibirán la aprobación social correspondiente; esto llevará a la persona a la apatía e indiferencia, a sentirse fuera de lugar y probablemente a no emitir respuestas; la gente a su alrededor no le prestará atención y terminará aislándose de todo contacto social. Muchas veces la conducta es llamada anormal por alguien que preferiría que la conducta sea diferente. El evitar el contacto social y aislarse hace que la persona no aprenda los roles y las habilidades sociales apropiadas para su grupo social.

La conducta anormal por lo tanto, puede ser explicada como la conducta inesperada y perturbadora por el hecho de no poder realizar la respuesta apropiada lo que implica que la persona no ha aprendido las normas sociales que son modelos de conducta que un grupo en particular acepta y espera y que son compartidos por los miembros de ese grupo.

La conducta anormal también impide al sujeto desempeñar su rol social adecuado, entendiendo por rol social al patrón de conducta que caracteriza a la persona que ocupa un status o posición en una situación social.

Podemos aseverar que las normas y los roles se consideran como los pilares estructurales del ambiente social.

Las normas al ser modelos de conducta de una acción, especifican qué conducta es "normal" o esperada y qué conducta es anormal. Existe por lo tanto, la norma ideal, así como la norma social, las que representan la conducta esperada del sujeto dentro del grupo social el cual tiene sus normas que consisten en acuerdos que dictan las conductas aceptables y esperadas, así como las actitudes de los miembros del grupo y que también sirven para juzgar la conducta de éstos. El aprender las normas y roles y desempeñarlos apropiadamente conduce a los sujetos a un ajuste en sus relaciones interpersonales, a satisfacer sus necesidades y las de los otros.

Además de las reacciones que tiene la sociedad en el sentido de etiquetar a los individuos como normales o anormales es esencial tomar en cuenta también el aspecto clínico, como complemento del acto social de identificar al sujeto como normal o anormal. En este sentido la anormalidad puede ser entendida como una conducta que viola las reglas interpersonales establecidas de manera que requiere la intervención de un profesional de la salud mental. El caso se da muy claramente en una emergencia, es decir, cuando el mismo sujeto, un observador, sus familiares, la policía, etc., piden ayuda inmediata. Esta ayuda puede

ser prestada en un servicio u hospital de salud mental por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc. El paciente emergente de esta situación es definido por Knox (1961) como . . . "aquel que se da cuenta que sus capacidades de adaptación han sido reducidas al punto que no puede manejar sus problemas sin ayuda profesional". En este sentido en el servicio psiquiátrico o psicológico se encuentra la solución al problema concibiendo al paciente como una emergencia social. Muchas emergencias sociales no son necesariamente emergencias psicológicas, sin embargo, toda emergencia psicológica es simultáneamente una emergencia social ya que ésta lleva un peligro inmediato o remoto.

Viendo esto como una conducta social Jackson (1964) dice: "No es tan probable que las personas lleguen a un hospital mental sólo por el hecho de ser infelices o que estén sufriendo, generalmente son enviadas cuando su conducta provoca inconvenientes, vergüenza, o el sufrimiento de otros, de manera que aunque el diagnóstico pueda ser psiquiátrico, los síntomas a través de los cuales la enfermedad es inferida, están relacionados con la conducta social". Cuando la conducta social de una persona ocasiona problemas implica la intervención de un profesional de la salud mental.

Se puede notar muy claramente que el tema de la normalidad-anormalidad ha sido explicado en forma general teniendo exce-

sivo cuidado de no incluir definiciones sobre normalidad y anormalidad. Aquí ocurre lo mismo que con los términos ajuste y desajuste en relación con la normalidad y anormalidad y consiste en que existen tantas y variadas definiciones que nunca se llega a un acuerdo y mucho peor a terminar el tema. Solamente se utilizaron los términos normalidad y anormalidad en el sentido de que son considerados como equivalentes de los conceptos de ajuste y desajuste psicosocial. A través de los años se ha considerado el tema de la normalidad y anormalidad como muy controversial, por lo que se podría decir que este tema amerita otro trabajo de tesis.

Es sin embargo, importante incluir a manera de conclusión algunos procedimientos utilizados en investigación para definir normalidad y anormalidad. Scott (1958) utiliza 6 definiciones operacionales en relación con la enfermedad mental obtenidas de la literatura psicológica y psiquiátrica:

1. La enfermedad mental puede ser definida como el hecho de estar expuesto a tratamiento psiquiátrico.
2. El desajuste puede ser un equivalente de la enfermedad mental.
3. El diagnóstico psiquiátrico puede ser un criterio para la enfermedad mental.
4. La enfermedad mental puede ser definida subjetivamente.

5. La enfermedad mental puede ser definida por test psicológicos objetivos.

6. La enfermedad mental puede ser descrita en términos de ausencia de salud mental.

Finalmente incluimos dos conceptos más relacionados con el ajuste y desajuste psicosocial. Nuevamente se trata de temas muy amplios con una diversidad de significados que varían de cultura a cultura pero que es necesario incluirlos por su importancia ya que uno de ellos es considerado como la meta ideal, es decir: la salud mental y su contraparte, la otra cara de la moneda: la enfermedad mental.

Se debe enfatizar que no se pretende realizar una amplia exposición del tema sino más bien incluir la salud y la enfermedad mental como dos elementos relacionados con el tema de esta tesis al igual que otros mencionados anteriormente como la conducta desviada, normalidad-anormalidad y ajuste-desajuste.

Habíamos visto previamente al ajuste como los intentos que realiza el individuo de funcionar en forma apropiada en su grupo social y al desajuste como los intentos desafortunados que provocan incongruencias en el sujeto. En este sentido se puede hablar de salud mental cuando un organismo funciona produciendo equilibrio entre sus partes y la enfermedad mental cuando hay carencia de ese equilibrio, la salud sería el estado óptimo y la en-

fermedad la desviación de ese estado.

A manera de ilustración y tratando de ser más técnicos y objetivos es imprescindible escoger e incluir solamente algunas definiciones de salud mental hechas por personas importantes en este campo:

La Organización Mundial de la Salud afirma que la salud es: "Un completo estado de bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad", (1960).

Karl Menninger, psiquiatra dice: "Debemos definir la salud mental como el ajuste de los seres humanos al mundo y hacia otros, con un máximo de efectividad y felicidad. No solamente eficiencia o contentamiento o la gracia de obedecer las reglas del juego animosamente. Es todo junto. Es la habilidad de mantener el temperamento igual, una inteligencia alerta, una conducta socialmente aceptable y una disposición feliz. Esto, yo pienso, es una mente sana", (1945).

H.B. English, psicólogo, dice: "Salud mental es un estado relativamente perdurable donde la persona está bien ajustada, tiene entusiasmo de vivir y está obteniendo actualización y realización del self. Es un estado positivo y no sólo la ausencia de enfermedad mental", (1958).

W.W. Boehm, trabajador social: la salud mental es "Una condición y un nivel de funcionamiento social el cual es

aceptado socialmente y que produce satisfacción personal." (1965)

A manera de conclusión podemos hacer notar como la palabra ajuste y funcionamiento social aparecen en las definiciones explicando de esta forma la relación entre ajuste y salud mental. La enfermedad mental por otro lado puede ser explicada como una perturbación severa que impide el funcionamiento normal y que incapacita a la persona a desarrollar sus roles en forma apropiada. El desajuste en relación con la enfermedad mental serían conductas que acarreamos consecuencias negativas para pacientes que presenten fallas de adaptación y que se encuentren solos e infelices teniendo dificultades con los problemas de la vida y pasando por periodos difíciles de ajuste y adaptación.

La salud mental abarcaría a individuos con altos niveles de confianza, con la habilidad de incrementar y mantener un funcionamiento efectivo para que se sientan bien en su desempeño de roles en los diferentes aspectos como su ocupación o trabajo, actividades sociales, relaciones familiares, interpersonales y recreativas.

2.4. Modelo Psicosocial.

Ullmann y Krasmer (1969) explican que para que una actividad humana sea designada como anormal una situación social debe estar incluida a pesar de lo problemático que resulta el tratar de definir la desviación, anormalidad, etc como sinónimos de desajuste. Podríamos definir la desviación como el no poder actuar de acuerdo a las expectativas de otros y anormalidad como el tipo de desviación que llama la atención profesional de psicólogos y psiquiatras.

La conducta esperada y la desviada dependen de las variables de tiempo, lugar y de la persona que realiza la acción. Linton (1945), desarrolla el concepto de "el status de la persona" Explica en primer término, que el lugar que en cierto tiempo un individuo ocupa dentro de un sistema es referido como el status. El segundo término, o sea el rol, es usado para designar la suma total de los diferentes modelos de conducta asociados con el status del individuo. Pronko (1963) considera que el clasificar es lo primero de toda actividad humana. Siempre se tiene a una persona, observando el fenómeno, la cual percibe similitudes y diferencias. En este caso el clasificar sería similar al etiquetar.

Etiquetar la conducta es un acto social como cualquier otro, desarrollado y mantenido por contingencias reforzantes.

Una conducta al ser desarrollada puede ser etiquetada como normal o anormal por los que observan la acción. Para el profesional ya sea psicólogo o psiquiatra, el etiquetar la conducta estaría en relación con el proceso de diagnosticar al paciente y de acuerdo a la severidad de su trastorno decidir acerca de su hospitalización.

En la práctica médica, por ejemplo, el médico decide si hospitaliza al paciente, tomando en cuenta si este está enfermo o no. En ciertos casos es aceptable hospitalizar al paciente por precaución, si posteriormente se considera que el paciente no corre peligro, se puede decir que el médico ha obrado con precaución e inclusive tanto el paciente como la familia le estarán agradecidos por su preocupación y cuidado. En realidad no hay un estigma con el hecho de estar enfermo físicamente y más que todo si el mal es temporal. Una revisión médica toma solamente unas horas o días, y si el tratamiento que se da al paciente es el apropiado, el alivio será a corto plazo.

En lo que refiere a la enfermedad mental, la toma de decisión de hospitalizar al paciente tiene un sentido diferente. La duda persiste acerca de si la decisión de hospitalizar al paciente llevaría a un incremento en vez de disminución de los síntomas y problemas de conducta del paciente y además quedar para siempre con el estigma de haber sido paciente en un hospital mental.

Así mismo, otros problemas relacionados con la enfermedad pueden surgir si la hospitalización es prolongada. Hoy en día el tiempo de permanencia de un paciente en un hospital mental comprende un promedio de 4 a 6 semanas, aspecto que es recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

Los programas comunitarios de salud mental a su vez se abocan a mantener al paciente fuera del hospital para que éste busque en el medio ambiente la forma más apropiada de ajuste.

En este sentido serán las respuestas del paciente los elementos importantes que den la solución entre modos deseables e indeseables de ajuste o entre conducta sana y enferma.

Comparando un último aspecto del enfoque fisiológico y el psicológico podemos decir que la diferenciación entre las respuestas fisiológicas y psicológicas se debe más bien a los aspectos de la situación que a la reintegración de los aspectos originales. Hollingworth (1930) dice que: "Los procesos mentales son aquellos en que un estímulo parcial sirve apropiadamente o aproximadamente para provocar respuestas sólo ocasionadas anteriormente por situaciones más complicadas". Hollingworth llama a este proceso: reintegración, cuando una respuesta es provocada por un estímulo parcial de su antecedente anterior y agrega: "... Podrá ocurrir que la respuesta esté determinada con exceso por los detalles, sin tener debidamente en cuenta las demás ca-

racterísticas presentes en ella. La respuesta resulta así determinada más bien por contextos pasados que por contextos presentes. Tenderá, por consiguiente, a ser extravagante, inútil, mal adaptada y por consiguiente neurótica. El predominio de inicios de fragmentos especiales de una situación podrá traducirse así en ajuste ineficaz a dicha situación. La adaptación eficaz requiere que todos los hechos presentes puedan concurrir para determinar conjuntamente el carácter de la respuesta. Los individuos en quienes esta sinergia o cooperación apropiada de todos los detalles de una situación no tiene efectivamente lugar carecen de una característica que, para fines de comunidad, podemos designar como "alcance o sagacidad".

Ya se mencionó previamente que el diagnosticar, puede ser considerado como un acto social, hecho en base a un entrenamiento previo con el propósito de decidir si una persona está sana o enferma. También se definió anormalidad como la conducta que se desvía de tal manera que se requiere la intervención de un profesional de la salud mental. Szasz (1966) al respecto dice que: "Cuando la gente desempeña sus roles sociales en forma apropiada, es decir que, cuando las expectativas sociales son realizadas en forma adecuada su conducta es considerada normal"

Por otro lado, la persona que actúa en una forma inesperada en un área en la cual alguien tiene privilegios e intereses crea un problema para la otra persona. La función social por parte de los observadores consistiría en etiquetar a la persona como alguien desviado.

Muchas veces algunos términos, como por ejemplo: telefonista, no solamente clasifican una ocupación sino que también definen las expectativas del rol que dicha persona debe desempeñar. Se supone que la ocupación de una telefonista es contestar el teléfono, pero qué pasa por ejemplo si en vez de hacerlo, la telefonista se pone a escribir y cuando se le inquiriere sobre su conducta, no responde o finalmente dice que está escribiendo un libro dando soluciones a los problemas mundiales. Si su conducta persiste la telefonista será despedida y si se resiste probablemente la persona encargada pedirá ayuda que se traducirá en que la persona sea llevada a un hospital mental ya que su conducta no es la esperada y además está perturbando a los demás. En este caso la intervención profesional sería una forma de control social que vendría a ser la solución al problema de manera que el control social puede ser afectado a través de la intervención psicológica. Sin embargo, muchas veces esto se realiza desde el punto de vista de cada individuo por eso, toda ofensa debe ser cuidadosamente definida para que el individuo sepa con anterior-

ridad que conductas son aceptadas y que otras no lo son. Sobre este aspecto de enfermedad mental presentado aquí, Menninger (1963) dice: "podemos definir enfermedad como cierto estado de existencia no confortable para alguien para el cual la ciencia médica ofrece, o existe la creencia en la gente que ofrece alivio. El sufrimiento puede estar en la persona enferma, en los que están a su alrededor o en ambos, pero una alteración ha ocurrido en la economía total de la personalidad, lo cual llega a ser el foco de nuestra atención clínica." Se puede ver por lo tanto que la persona experimenta ciertas dificultades en la situación social para la cual se considera que el campo de la salud mental ofrece una respuesta.

El evaluar y determinar el estado del paciente permite la intervención del especialista de salud mental. Esta intervención presenta ciertas ventajas sociales. Si la persona estaba enferma mentalmente, se puede explicar que la intervención e interacción no fueron hechas por razones de control ni tampoco por tratar de privar a la persona de su libertad, sino que la decisión fue en beneficio de la persona y que el paso siguiente no será darle un castigo sino más bien darle un tratamiento que sirva para su rehabilitación.

Se podría considerar la intervención profesional como una actitud apropiada y aconsejable. Por otro lado, las actitu-

des y opiniones de la gente hacia la enfermedad mental también entran en juego. Numally (1961) encontró que la opinión de la gente sobre la enfermedad mental es muy similar a la opinión de los especialistas como ser psiquiatras, psicólogos, etc. Manis y Cols. (1963) encontraron que pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos tenían más o menos la misma opinión acerca de la enfermedad mental. Sin embargo, las actitudes de la gente hacia el enfermo mental son más negativas que las actitudes del profesional. Algo bueno y deseado sería que la gente compartiera el punto de vista del profesional acerca de que la enfermedad mental es como cualquier otra enfermedad y que por lo tanto debe ser tratada por un especialista, es decir ver a la enfermedad mental desde un punto de vista más humanitario. Woodward (1951) dice que: "la enfermedad mental es una enfermedad que debería evocar un entendimiento con simpatía y que requiere alguna forma de tratamiento profesional."

Así como el profesional puede valorar la conducta anormal del paciente esta conducta también puede ser detectada por gente no profesional; parientes, amigos, observadores, etc. En el caso de la telefonista, la conducta anormal de esta fue detectada por la persona encargada quien pidió posteriormente la ayuda e intervención profesional. Zubin (1966) dice al respecto: "la detección en vez del diagnóstico, de enfermedades mentales, es

hecha generalmente por gente común, la persona misma, su familia, amigos, vecinos, la comunidad y sus autoridades".

Para la detección inicial de la enfermedad mental, la gente generalmente toma en cuenta aquellos aspectos de la conducta del paciente, que se desvían de las normas sociales y culturales esperadas. Para Zubin (1966) la enfermedad mental se basa en la desviación de las normas culturales juzgadas por un observador y no incluye el que la persona se encuentre en una situación no confortable o de malestar como lo plantea Menninger. Respecto a las actitudes sociales que influyen en la función de etiquetar así como en la definición de la enfermedad mental Jerome Frank (1961) dice:

"Una consecuencia interesante, aunque un poco desafortunada del hecho de que las actitudes sociales desempeñan un papel tan importante en la definición de la enfermedad mental está en la educación con miras a que la salud mental puede ser un arma de dos filos. En efecto, enseñando a la gente a considerar determinadas clases de ansiedad o rarezas de conducta como enfermedades más bien que como reacciones anormales a las tensiones de la vida, como excentricidades inocuas o como debilidades morales, podrá causar acaso alar-

ma y aumentar la demanda de psicoterapia.

Esto podría explicar el hecho curioso de que el uso de la psicoterapia tienda a mantener el paso con su disponibilidad. Cuanto mayor es el número de servicios de tratamiento y cuanto más se conocen tanto mayor es el número de las personas que buscan ayuda. La psicoterapia es la única forma de tratamiento que parece crear al menos hasta cierto punto, la enfermedad que trata".

A manera de conclusión de este vasto tema podemos citar a Scott (1958), quien revisó las definiciones de salud mental con el propósito de averiguar si existía alguna definición de salud o enfermedad mental que pueda ser utilizada en investigación. Concluyó que las definiciones discrepaban unas de otras y que por lo tanto no eran utilizables.

En esta parte el desajuste social ha sido tratado como equivalente de la enfermedad mental. Por lo mencionado se puede decir que la noción de ajuste no es absoluta, sino más bien que cambia de un tiempo a otro y de un lugar a otro, por lo que las definiciones de ajuste deben ser específicas de la situación. Un ingrediente importante relacionado con el tema de estudio es el factor ecológico y clase social asociado con la enfermedad mental.

En este t3pico existen dos 3reas de importancia: locaci3n geogr3fica y clase social. Estudios al respecto han producido resultados interesantes.

Faris and Dunham (1939) utilizaron la t3cnica de admisiones a instituciones psiqui3tricas como un 3ndice de salud mental. Estos autores indican que un n3mero desproporcionado de esquizofrenicos provenientes de 3reas ecol3gicas desorganizadas ingresaban a los hospitales y a3aden que cuando los contactos sociales son adecuados y si la persona no es ni protegida ni ignorada de su corriente cultural, la esquizofrenia es rara.

En estudios ecol3gicos relacionados a la asociaci3n de la clase social con la enfermedad mental tenemos a Srole y Cols. (1962) que estudiaron la prevalencia de la enfermedad mental hasta el punto de incapacidad y encontraron que la clase social baja estaba asociada con altos porcentajes de incapacidad.

El estudio m3s importante y conocido en esta 3rea es el de Hollingshead y Redlich (1953) quienes como primer paso delinearon la estructura de las clases sociales en la poblaci3n de New Haven, Connecticut y sus alrededores. Definieron 5 clases sociales de clase alta a clase baja. Luego se realiz3 un censo psiqui3trico para determinar cuanta gente de cada clase recib3a atenci3n psiqui3trica en un d3a determinado. Encontraron una asociaci3n alta y significativa entre clase social y el estar bajo tratamiento psiqui3trico. Un porcentaje menor de gente de clases

altas se encontraba bajo tratamiento, por otro lado un gran número de personas bajo tratamiento provenían de clases bajas. La clase más baja por ejemplo, comprendía el 17.8% de la población total pero representaba un 36.8% recibiendo tratamiento. Otro dato importante fue que el diagnóstico dado a cada persona estaba significativamente asociado con su clase social. Las personas de clases sociales más elevadas eran diagnosticadas como neuróticas, mientras que la gente de clase social baja como psicóticos, los porcentajes de diagnóstico fueron: clase alta: 53% neuróticos y 47% psicóticos; clase baja: 8% neuróticos y 56% psicóticos. Por último se encontró que el tipo de terapia dada a los miembros de las clases sociales difería, recibiendo los de clase alta, psicoterapia y los de clase baja algún tratamiento físico como por ejemplo, electroshocks o tratamientos no específicos.

En un estudio en 87 países, Vail y Cols. (1966) investigaron 123 variables y encontraron que países pobres tenían una mayor incidencia y prevalencia de enfermedad que países ricos.

La evidencia parece indicar que niveles socioeconómicos bajos están asociados positivamente con la enfermedad mental, ya sea como causa o como efecto. Sin embargo esta evidencia no refleja una visión panorámica aceptable del problema sino más bien los resultados son manifestaciones de los conceptos actuales de enfermedad mental.

Un último aspecto que debe ser incluido es el que se refiere a los factores socioculturales en la etiología de la enfermedad mental.

Algunos temas de importancia en este tópico son: la relación entre padres e hijos, las enseñanzas de los padres, las contradicciones de la sociedad, las confusiones y dificultades de la vida cotidiana, así como la variedad y naturaleza contradictoria de los roles que el individuo debe desarrollar.

El ser humano desde que nace está expuesto a un sin fin de estímulos buenos y malos. Se considera que la experiencia temprana en el niño es importante para el proceso de socialización y al transformarse en adolescente muchas veces es lanzado a un mundo para el cual no está preparado por lo que sus experiencias podrían ser algo traumáticas.

Una manera de abordar el problema podría ser el desarrollar una lista y enumerar los diferentes traumas sociales que el individuo experimente desde su niñez y tomar éstos como elementos socioculturales importantes dentro de la etiología de la enfermedad mental.

Por otro lado, los valores que tiene el individuo son también importantes. Estos pueden entrar en conflicto y transformarse en conflicto de roles, donde se ve al individuo teniendo que desempeñar roles contradictorios, unos adquiridos en la fami-

lia y otros impuestos por la sociedad.

La idea de continuidad y discontinuidad cultural de Benedicts (1948) nos puede ayudar a entender la gran influencia que tiene el medio ambiente social así como la temprana influencia de la familia en el individuo.

La autora, explica que cuando no hay discontinuidad entre lo que se espera del niño y lo que se espera del adulto, como en muchas sociedades primitivas, la neurosis no aparece. Sin embargo, en la sociedad occidental, diferentes conductas son requeridas a personas de diferentes edades.

El niño en cierta manera es protegido y por otro lado restringido mientras que del adulto se espera que tenga iniciativa, seguridad, etc.

Quando el individuo pasa de un grupo de edad a otro se encuentra que los roles que anteriormente eran para él prohibidos, ahora los debe desempeñar. Tiene que cambiar su irresponsabilidad por responsabilidad, su sumisión por su libertad de actuar e inclusive su actitud hacia la autoridad cuando por ejemplo, llegue a ser padre o a ocupar alguna situación de poder dentro del sistema social. Estas discontinuidades culturales son pues, características de nuestra sociedad.

El desajuste sería el resultado de que el individuo se mantenga fijado a un nivel de pre-adulto y se sienta incapaz de

tomar el siguiente paso que la sociedad espera de él. Podemos ver entonces que la enfermedad mental puede aparecer determinada tanto por la influencia familiar como por las discontinuas estructuras de la sociedad.

Horney (1937) al referirse a la "neurosis de nuestro tiempo" habla de la internalización en el consciente del individuo de los conflictos, entre los requerimientos de las diversas etapas de la vida humana.

Habíamos mencionado anteriormente que la experiencia temprana en el niño es, importante. Sin embargo debemos aclarar que la neurosis no se debe solamente a traumas infantiles, sino al encuentro de un viejo trauma con uno nuevo, esto quiere decir que un trauma temprano no es suficiente para la aparición de la enfermedad, sino que este trauma tiene que ser reactivado en el adulto, por una situación social.

Tanto la familia como los factores socioculturales están presentes en la formación y solución de conflictos, discrepancias y contradicciones internas del individuo.

La combinación de influencias familiares y sociales no debe ser vista como una situación donde estos factores son simples agregados, sino que ambos están integrados como un conjunto.

A manera de conclusión algunos aspectos deben ser

subrayados.

A través de las diferentes definiciones y concepciones, podemos considerar a la anormalidad como una desviación de las normas y expectativas, lo que permite a la gente intervenir y realizar el trabajo de detectar casos y evaluar los síntomas en una forma muy diferentes a la que realiza el especialista.

El determinar la conducta anormal es una evaluación social y la función social de etiquetar a una persona como enfermo mental es una forma de resolver un problema social.

Se ha encontrado que la gente tiene ciertas ideas acerca de la anormalidad y del rol del enfermo mental condicionando la situación de etiquetar como una forma de resolver un problema social y no como la solución final de determinar la conducta clásica anormal en sí.

No hay un sólo estándar universal de normalidad, pero sí, normalidad para cada grupo y cultura.

A través del modelo psicosocial y en una forma muy modesta, se han tratado algunos aspectos referentes a la salud y enfermedad mental.

Se utilizaron estos términos para darle un mayor alcance al problema. Sin embargo, como ya se mencionó previamente, el ajuste psicosocial ha sido tratado como un elemento o

componente y tal vez como un equivalente o un aspecto relacionado con la salud mental y el desajuste de la misma forma en relación con la enfermedad mental.

En un acápite de este capítulo se vieron algunos conceptos relacionados con el ajuste social como: adaptación, capacidad, normalidad y salud mental y otros relacionados con el desajuste social como: incapacidad, anormalidad, enfermedad mental, etc.

El concepto de ajuste como proceso de adaptación se refiere a un elemento fundamental de la experiencia humana con el transcurso del tiempo; la cualidad de cambio adaptativo y por lo tanto de ajuste.

"Implica las necesidades actuales del individuo, el modo en que son conformadas por la experiencia anterior y su relación con las satisfacciones futuras" Hollander (1972).

El hombre influye sobre sus semejantes y a su vez es influido por ellos. Sus capacidades las adquiere a través del contacto con otros seres humanos, esta relación tiene su origen en la interacción social por lo que el ajuste estaría supeditado a las fuerzas sociales que actúan sobre él poniendo de relieve la importancia que la sociedad tiene en el individuo.

Como miembro de la sociedad el individuo realiza una serie de conductas relacionadas con los roles que debe desempeñar,

estas conductas se realizan de acuerdo a la posición que ocupa en la estructura social. Linton (1945) dice al respecto:

"El lugar que cierto individuo ocupa en un sistema dado y en un momento dado, será su status con respecto a ese sistema. El segundo término, rol, designa la suma total de las pautas culturales asociadas con un status particular. Incluye, por lo tanto, las actitudes, los valores y la conducta adscritos por la sociedad a todas y cada una de las personas que ocupan ese status".

A través del modelo psicosocial se pretende llegar a un mejor entendimiento de la problemática del paciente.

La investigación científica nos indica que una sola perspectiva, ya sea ésta, orgánica, psicológica o sociocultural no ofrece una visión completa del problema, por lo que ha emergido en forma gradual un enfoque interdisciplinario cuyo propósito es integrar los factores biológicos, psicológicos y socioculturales que afectan al paciente, lo que nos permite tener un cuadro clínico comprensivo.

El modelo psicosocial como su nombre lo indica es llamado así porque reconoce la importancia de los factores sociales así como los psicológicos. Este modelo sin embargo, parte de la noción de que el individuo es un ser bio-psico-social, lo que implica el tomar en cuenta el factor orgánico como otro elemen-

to importante dentro de este esquema, el cual estaría compuesto de tres elementos importantes:

1. Necesidades básicas de orden biológico como hambre, dormir, etc.
2. Estados psicológicos internos y de conducta. Necesidades y satisfacciones que obtiene como: afecto, aceptación social, pertenencia, etc.
3. Aspectos socioculturales como: medio ambiente, grupo social, cultura, etc.

La combinación apropiada de estos tres factores debe producir un estado de equilibrio en el individuo, lo que hace que se adapte y lo lleve a una apropiada resolución de sus problemas. Este equilibrio o armonía produce satisfacción, lo que significa que el individuo presente un buen nivel de ajuste.

Una combinación inadecuada por otro lado produce lo contrario: desequilibrio, falta de adaptación, frustración e incapacidad de manejar sus problemas, es decir desajuste.

El modelo psicosocial permite evaluar y determinar al sujeto en términos de su ajuste o desajuste psicosocial.

3. REVISIÓN DE LAS ESCALAS

3.1 Escala Normativa de Ajuste Social (A Normative Social Adjustment Scale)

La Escala Normativa de Ajuste Social fue desarrollada por Paul Barrabee, Edna L. Barrabee (Boston, Massachusetts) y por Jacob E. Finesinger (Baltimore, Maryland).

Los autores tomaron en cuenta los siguientes aspectos para el desarrollo de la escala: intereses principales, enfoque del problema, definición de ajuste social, esquema teórico, áreas de evaluación, aspectos relacionados con el ajuste social como normas, conducta desviada, etc., modo de calificar, administración y aplicación de la escala.

Su interés partió del deseo de poder evaluar resultados de psicoterapia acerca de la cual encontraron en una revisión de la literatura que existen ciertos aspectos que generalmente son tomados en cuenta en lo que a evaluación se refiere como: integración de la personalidad, sintomatología física y mental y finalmente ajuste social.

Su principal interés, sin embargo, consistía en desarrollar un sistema de evaluación en el que se tomaran en cuenta datos relacionados exclusivamente con el ajuste social, para lo cual decidieron desarrollar una escala que sirva para medir ajuste social.

El enfoque utilizado comprendía los siguientes aspectos:

1. Definir ajuste social con más precisión.
2. Usar un esquema teórico que sirva como marco de referencia

para un enfoque integrado.

3. Seleccionar la conducta que será observada para evaluarla dentro del enfoque.
4. Proveer una escala con normas explícitas y criterios de desviación de esas normas en términos de variables independientes.
5. Determinar el método de aplicación de la escala.
6. Diferenciar los niveles de ajuste y los cambios entre niveles.

Definición de ajuste social

Para definir el término: ajuste social, consideran a éste como un "proceso" o como una "evaluación". Como proceso sería un concepto dinámico que incluye tanto la actividad que uno realiza más la parte afectiva. Serían actividades a través de las cuales el individuo trata de satisfacer sus necesidades, tomando en cuenta los roles que desempeña de acuerdo a la posición que ocupa en la sociedad.

La evaluación se refiere a que también el proceso de ajuste social es logrado tomando como punto de partida a las normas, las cuales sirven como parámetros del desempeño y de las actitudes que son parte de patrones de conducta que la sociedad espera del individuo.

El ajuste social puede ser definido como: "el grado por el cual una persona llena las expectativas normativas y sociales de

conducta que constituyen sus roles".

Esquema teórico

El esquema teórico contiene muchos aspectos interesantes, todos ellos ya mencionados en los primeros capítulos.

Como punto de partida se menciona que el individuo tiene necesidades básicas, las que deben ser satisfechas para que éste pueda sobrevivir. Afirman que la sociedad "institucionaliza" las metas de sus miembros y que ciertos patrones de conducta son hechos legítimos por la sociedad, por lo que cada individuo debe actuar de acuerdo a las normas y a las expectativas impuestas por la sociedad.

El individuo al ocupar cierta posición en la sociedad, adquiere varios status con los debidos derechos y obligaciones relacionados con su desempeño así como con las actitudes hacia ese desempeño. Asimismo, la sociedad ofrece ciertas alternativas de conducta que el individuo puede escoger para satisfacer sus necesidades.

La relación entre la posición que el individuo ocupa y su status, puede ser observado como el individuo desempeña sus roles, su actuación puede ser vista como la de una persona que realiza una actuación psicológica que incluya los patrones de conducta esperados.

La conducta social esperada, comprende dos aspectos: el desempeño del rol, que puede ser observado y el afecto, ya que toda persona puede o no obtener cierta satisfacción al desempeñar sus roles. Esto varía entre los individuos, ya que cada uno tiene su propia

personalidad y sus necesidades, que son tan diferentes de un individuo a otro.

Se considera al individuo como un actor en una situación compuesta de "medios, fines, condiciones, normas y necesidades" y que debe actuar de acuerdo a las normas impuestas. Obviamente, algunos individuos perciben las expectativas de sus roles en una forma muy diferente que la sociedad. Estos individuos pueden presentar una conducta desviada demostrando su incapacidad para cumplir con las expectativas de la sociedad.

Teniendo como objetivo la escala, el interés radica en ver como una persona actúa y como maneja o demuestra el afecto.

Concluyen el esquema teórico indicando que: "la personalidad, la condición mental, la salud física y las condiciones externas del ambiente son importantes para entender la dinámica etiología del ajuste social".

Áreas de evaluación

Para el desarrollo de la escala se decidió escoger aquellas áreas que incluyan aspectos significativos de la actividad total del individuo y que a su vez sean aspectos que representen un adecuado ajuste social.

Cuatro áreas importantes fueron consideradas: área de trabajo, área económica, área de vida familiar y área de vida en la comunidad.

A continuación se reproduce la lista de variables independientes utilizadas en cada área.

Area de trabajo

- A. Horas de trabajo
- B. Regularidad en el trabajo
- C. Cambios en el trabajo
- D. Relaciones interpersonales
- E. Afecto (hacia el trabajo)

Area económica

- A. Estado financiero
- B. Afecto

Vida familiar

- A. Familia nuclear (procreación)
 - 1. Ajuste marital
 - a. Concordancia
 - b. Amor
 - c. Ajuste sexual
 - (1) Frecuencia de relaciones sexuales
 - (2) Orgasmo
 - (3) Satisfacción
 - (4) Afecto
 - 2. Relaciones entre padres-hijos
 - a. Contención o dificultades de manejo
 - b. Sentimiento hacia el hijo
 - c. Afecto
 - 3. Desempeño de responsabilidad en el hogar
 - a. Extensión
 - (1) Cuidado personal
 - (2) Cuidado del niño
 - (3) Cuidado del hogar
 - b. Afecto
- B. Familia extendida
 - 1. Ajuste con los padres
 - a. Naturaleza de las relaciones
 - b. Sentimientos hacia los padres
 - c. Afecto

2. Ajuste con los hermanos
 - a. Naturaleza de las relaciones
 - b. Afecto

Comunidad

- A. Sociabilidad
 1. Número de amigos
 2. Grado de socialización con amigos o con familiares
 3. Afecto
- B. Actividades
 1. Uso de facilidades en la comunidad y/o participación en las organizaciones de la comunidad
 2. Afecto

En relación a las variables independientes, los autores incluyen el concepto de "normas" como un componente importante dentro del desarrollo de la escala, para lo cual seleccionaron normas que fueran aplicables a una mayoría de personas y que a la vez tengan un valor discriminatorio.

Consideran que hay 2 tipos de normas; la norma "ideal" que consiste en saber lo que tenemos que hacer y la norma "real", o sea lo que la mayoría de la gente hace.

Utilizaron la norma "ideal" como el determinante o patrón de "un ajuste social satisfactorio". Se consideró que "una persona que llene las expectativas o normas ideales de todas las variables independientes en un área de actividades sociales, tendría un ajuste social excelente en esa área".

Para cada variable independiente, existe una norma ideal explicada de la siguiente forma:

Area de trabajo: que consiste en trabajar regularmente en un empleo de tiempo completo; cambiar de trabajo sólo para superarse; mantener buenas relaciones con el jefe y con los compañeros de trabajo y tener un afecto positivo hacia todos los factores relacionados con el trabajo.

Area económica: ser suficientemente independiente económicamente para tener algunos lujos y ahorros y para estar satisfecho con su status económico.

Vida familiar: en las relaciones con el cónyuge tener un alto grado de entendimiento, un amor profundo y un buen ajuste sexual; con los hijos, tener pocas dificultades en el manejo y mucho afecto; en las responsabilidades del hogar; funcionar en forma efectiva en el cuidado personal, cuidado de los niños y atención del hogar; tener buenas relaciones con los padres demostrando gran afecto, lo mismo que con los hermanos, tener un afecto positivo en todas las relaciones ya mencionadas.

Comunidad: tener muchos amigos, visitarlos a menudo, usar las facilidades de la comunidad, participar en organizaciones comunitarias, tener un afecto positivo en todas las relaciones ya mencionadas.

Conducta desviada

Cuando hablamos de la conducta que realiza el individuo debemos considerar que casi siempre existe la probabilidad de que

realice alguna conducta que se desvíe de la norma ideal o simplemente de las normas establecidas, considerando que cada individuo tenga su propia configuración de ajuste y que se pueda dar cuenta del grado de desviación que presenta en relación a su ajuste total, para lo cual es necesario determinar varios grados de desviación, los cuales puedan ser evaluados en relación a su conducta desviada.

A mayor desviación, el individuo se vuelve menos permisivo, por lo que su ajuste social es más pobre.

Para determinar los distintos grados o niveles de desviación, se incluyeron descripciones de conducta para cada variable independiente, comprendiendo un rango de conducta ideal a conducta desviada incluyendo una escala básica lineal de 5 puntos que evalúa desde un nivel excelente de ajuste a un nivel pobre de ajuste (desajuste).

Posteriormente a cada número se le asigna un peso para obtener un resultado más consistente. La selección de pesos se efectuó en base al conocimiento que se tenía acerca de las expectativas sociales. Por ejemplo: en el área familiar se da más peso al afecto, lo contrario ocurre en el área ocupacional donde se da más peso al desempeño de la ocupación que al afecto.

Presentación de un caso

A manera de ilustración, los autores presentan un caso donde muestran la relación de la situación actual clínica del paciente con los resultados de la escala.

Brevemente describen la historia del paciente y su problemática

en relación a las 4 áreas que cubre la escala: área de trabajo, área económica, vida familiar y vida en la comunidad.

A continuación se reproduce un área de evaluación a manera de ilustración. (Ver I. Área de trabajo y la hoja de puntaje).

Habíamos mencionado anteriormente que cada área está compuesta de una lista de variables independientes: A, B, C, D y E, como se indica posteriormente. A su vez, cada variable contiene una escala de 5 puntos que evalúa desde un nivel de ajuste excelente hasta un nivel de desajuste y para cada variable se obtiene un resultado, el cual se multiplica por el peso asignado a cada resultado, con valores de 5 a 1, siendo 5 muy satisfecho; 4, satisfecho; 3, neutral; 2, insatisfecho; 1, muy insatisfecho. Cada valor se obtiene preguntando al paciente que tan satisfecho o insatisfecho se encuentra en cada área de evaluación.

Posteriormente el resultado de cada variable se multiplica por el peso, obteniendo un resultado para cada variable. Se suman los resultados y se obtiene un puntaje total de 34 el cual se divide entre 10, o sea la suma de las 5 variables más los pesos y se obtiene un resultado final que consiste en el nivel de ajuste para esa área.

A manera de ilustración, se incluyen dos variables independientes con su escala respectiva de 5 puntos en el área de trabajo.

I. Area de Trabajo

A. Horas de Trabajo

5. Tiempo completo (40 horas por semana)
4. 3/4 tiempo de trabajo
3. 1/2 tiempo o probabilidad de tiempo completo
2. 1/4 tiempo o probabilidad de 1/2 tiempo
1. Desempleado

I	A
5	

B. Regularidad en el trabajo

I	B
3	

C. Cambios de trabajo

I	C
5	

D. Relaciones interpersonales

I	D
3	

E. Afecto (hacia el trabajo)

5. Muy satisfecho
4. Satisfecho
3. Neutro
2. Insatisfecho
1. Muy insatisfecho

I	E
1	

HOJA DE PUNTAJE

I. Area de Trabajo

	Puntaje	X	Peso	=	=
A	5		3		15
B	3		3		9
C	5		1		5
D	3		1		3
E	1		2		2
Total					34
					=
					I
					3.4

RESULTADOS DE CADA AREA

- I. Area de trabajo 3.4
- II. Area económica 2.8
- III. Vida familiar 2.0
 - Familia nuclear (procreación) 1.7
 - Ajuste marital 1.7
 - Ajuste entre padres-hijos 1.5
 - Desempeño de responsabilidades en el hogar 2.4
 - Familia extendida 3.2
 - Ajuste con los padres --
 - Ajuste con los hermanos 3.2
- IV. Vida en la comunidad 1.3
 - Sociabilidad 1.3
 - Actividades 1.3

En base a los resultados de la escala, se puede concluir que el paciente tenía un adecuado ajuste laboral (3.4), su ajuste en el área económica era menos que adecuado 2.8, su ajuste familiar

era pobre (2.0) y su ajuste comunitario muy insatisfactorio (1.3).

Administración y aplicación de la escala

La escala no es una prueba con preguntas y respuestas. La información se obtiene a través de una entrevista estructurada, donde el sujeto tiene la libertad de discutir las diferentes áreas que cubre la escala, debiendo intervenir el entrevistador solamente para clarificar dudas y utilizar preguntas cortas si el entrevistado no contestó algo o si cambió de tema o de un área a otra.

Las áreas deben ser abordadas en el mismo orden que vienen en la escala, pudiendo el entrevistador tomar notas durante la entrevista. El tiempo de aplicación de la escala, es de aproximadamente una hora.

Una explicación previa al sujeto, sobre el contenido y uso de la escala, es aconsejable con el propósito de obtener mejores resultados y que de esta forma el sujeto no presente resistencias durante la entrevista.

Se considera también necesario que el entrevistador haya tenido previo entrenamiento en lo que se refiere a entrevistas estructuradas, así como en el manejo y aplicación de la escala, para la cual existe un manual de capacitación.

Después de la aplicación de la escala, los puntajes se anotan en una hoja de respuestas y se tarda aproximadamente 10 minutos en realizar los cálculos correspondientes.

Finalmente es importante tomar en cuenta la diferenciación entre el nivel de "ajuste" y la "mejoría" o progreso que el paciente pueda obtener.

Se puede medir el ajuste de un paciente, comparando sus niveles de ajuste en diferentes periodos. Por otro lado, la "mejoría" implica un cambio o movimiento. Se considera que a mayor cambio o movimiento, mayor el alcance de mejoría del paciente.

En lo que se refiere a la validez y confiabilidad de la escala, se puede decir que en estos aspectos el instrumento es limitado, ya que no se han realizado pruebas rigurosas acerca de su validez y confiabilidad.

En un estudio realizado por Miles cols. (1954), en lo que se refiere a validez, se encontraron acuerdos esenciales entre el trabajador social psiquiátrico quien calificó el ajuste, y el psiquiatra quien utilizó su criterio clínico para calificar la escala.

Se considera pertinente realizar estudios en lo que a validez y confiabilidad de la escala se refiere.

3.2. Escala de Disfunción social.

(A Social Dysfunction Rating Scale)

Desarrollada por Margaret W. Linn, William B. Sculthorpe, Margaret, Evje Phillip H. Slater y Spencer P. Goodman. Veterans Administration Hospital, Miami, Florida.

En una breve introducción los autores explican que la escala fue desarrollada principalmente como un instrumento de investigación ya sea para evaluar cambios en tratamiento o para medir independientemente disfunción social en lo que a ajuste se refiere.

En algunos estudios que revisaron encontraron que existen algunos elementos importantes como: el manejo y solución de problemas, la conducta adaptativa, etc. en la evaluación del ajuste.

Utilizan los conceptos como "funcionamiento efectivo" y "disfunción" como extremos de cada lado de un continuo; de otra forma están hablando de ajuste y desajuste social. Explican que "un funcionamiento efectivo produce un equilibrio en la persona y en su interacción con el medio ambiente. Esto incluye una satisfacción adecuada e integrada de las necesidades de la persona relacionadas con sus metas y como se ve la persona en su logro de esas metas. Disfunción, por otra parte, implica descontento e infelicidad acompañada de actitudes negativas hacia uno mismo".

Otros factores como la ansiedad y cierta patología en las relaciones interpersonales pueden disminuir en la persona la habilidad de manejar adecuadamente situaciones de tensión, así como de realizarse y actualizarse en lo que le concierne a sus roles más significativos. La disfunción por lo tanto engloba aspectos como: el sentido de la vida, estilo de vida, factores en situaciones que afectan la tensión ambiental, capacidades personales que lleven a la persona a manejarse en su medio ambiente, etc.

La escala de disfunción social pretende cuantificar observaciones objetivas del individuo en relación a su interacción disfuncional con su medio ambiente.

Durante un período de tres años, la escala fue sometida a diversos cambios y modificaciones, realizando estudios de validez y confiabilidad de la misma, hasta que finalmente se adoptó un formato de 21 reactivos divididos en 3 áreas, utilizando 6 categorías de calificación.

Las áreas son vistas como tres sistemas importantes:

- Sistema personal
- Sistema interpersonal
- Sistema de desempeño de actividades

Las categorías de calificación son las siguientes:

- 1 ausente; 2 muy leve; 3 leve; 4 moderado; 5 severo;
6 muy severo.

SOCIAL DYSFUNCTIONING RATING SCALE

Directions: Score each of the items as follows:

- | | | |
|----------------|-------------|----------------|
| 1. Not Present | 3. Mild | 5. Severe |
| 2. Very Mild | 4. Moderate | 6. Very Severe |

SELF SYSTEM

1. _____: **LOW SELF CONCEPT** (feelings of inadequacy, not measuring up to self ideal)
2. _____: **GOALLISSNESS** (lack of inner motivation and sense of future orientation)
3. _____: **LACK OF A SATISFYING PHILOSOPHY OR MEANING OF LIFE** (a conceptual framework for integrating past and present experiences)
4. _____: **SELF-HEALTH CONCERN** (preoccupation with physical health, somatic concerns)

INTERPERSONAL SYSTEM

5. _____: **EMOTIONAL WITHDRAWAL** (degree of deficiency in relating to others)
6. _____: **HOSTILITY** (degree of aggression toward others)
7. _____: **MANIPULATION** (exploiting of environment, controlling at other's expense)
8. _____: **OVER-DEPENDENCY** (degree of parasitic attachment to others)
9. _____: **ANXIETY** (degree of feeling of uneasiness, impending doom)
10. _____: **SUSPICIOUSNESS** (degree of distrust or paranoid ideation)

PERFORMANCE SYSTEM

11. _____: **LACK OF SATISFYING RELATIONSHIPS WITH SIGNIFICANT PERSONS** (spouse, children, kin, significant persons serving in a family role)
12. _____: **LACK OF FRIENDS, SOCIAL CONTACTS**
13. _____: **EXPRESSED NEED FOR MORE FRIENDS, SOCIAL CONTACTS**
14. _____: **LACK OF WORK** (remunerative or non-remunerative, productive work activities which normally give a sense of usefulness, status, confidence)
15. _____: **LACK OF SATISFACTION FROM WORK**
16. _____: **LACK OF LEISURE TIME ACTIVITIES**
17. _____: **EXPRESSED NEED FOR MORE LEISURE, SELF-ENHANCING AND SATISFYING ACTIVITIES**
18. _____: **LACK OF PARTICIPATION IN COMMUNITY ACTIVITIES**
19. _____: **LACK OF INTEREST IN COMMUNITY AFFAIRS AND ACTIVITIES WHICH INFLUENCE OTHERS**
20. _____: **FINANCIAL INSECURITY**
21. _____: **ADAPTIVE RIGIDITY** (lack of complex coping patterns to stress)

PATIENT: _____ RATER: _____ DATE: _____

Los reactivos aparecen detallados en el formato que se presenta de la escala donde también se pueden apreciar los 3 sistemas así como las 6 categorías de calificación.

Se decidió adoptar 21 reactivos tomando en cuenta investigaciones anteriores. La evaluación de los reactivos consiste en combinar el aspecto objetivo y subjetivo de los mismos tomando en cuenta la opinión del entrevistador y la evaluación que hace el sujeto de sí mismo dando énfasis a la satisfacción y completud personal del individuo y para cada reactivo comparando al sujeto con otros de su misma edad en la población general.

Se toma en cuenta también la opinión del paciente evaluando por ejemplo si este siente que tiene una mayor necesidad de actividades recreativas, por lo que una persona que tiene pocas actividades y no está satisfecha consigo mismo recibirá una califiación alta de disfunción que una persona que se siente contenta con las cosas como son. Es importante por lo tanto, que el entrevistador esté totalmente familiarizado con la definición de cada reactivo.

Definición de los reactivos.

Sería bastante extenso el incluir la definición de cada reactivo, por lo que a manera de ilustración solamente se incluye la definición de dos reactivos de cada área o sistema.

Sistema personal:

1. Bajo concepto personal (Low self concept). Es aparente que una persona bien ajustada tendrá actitudes positivas de sí misma. Por otro lado la persona desajustada e insegura tendrá poca estima de sí misma. Este reactivo es evaluado teniendo en cuenta las señales verbales y no verbales que realiza la persona acerca de su propia evaluación.

4. Preocupación por su salud (self-health concern). Se evalúa la frecuencia y severidad de quejas de enfermedades corporales. Se califica tomando en cuenta el grado por el cual la persona cree que sus síntomas físicos son un factor importante en su bienestar total. No se considera a la enfermedad orgánica actual, solamente la frecuencia y severidad de las quejas.

Sistema interpersonal.

5. Retiro emocional (emotional withdrawal). Este reactivo representa la habilidad de la persona de relacionarse con otros, particularmente en la entrevista interpersonal. El retiro emocional es definido como un sentimiento por parte del entrevistador de que existe una barrera entre el paciente y otros.

Señales no-verbales como movimientos del cuerpo, ojos y expresión pueden ayudar en la evaluación del retiro emocional.

9. Ansiedad. La calificación de la ansiedad está basada en respuestas verbales que manifiestan preocupación, miedo o aprensión.

Síntomas físicos y mentales pueden ser tomados en cuenta como: nerviosismo, sudor y frecuentes cambios de postura.

Sistema de desempeño de actividades.

11. Carencia de relaciones satisfactorias con personas significativas (lack of satisfying relationships with significant persons). Una evaluación preliminar es hecha en lo que refiere a familia disponible (natural o marital) en el caso de que no tenga familia se toma en cuenta cualquier persona importante que realice un rol familiar. La valoración implica emitir un juicio tomando en cuenta los déficits en relación al potencial de satisfacciones interpersonales. Este reactivo se basa solamente en lo reportado verbalmente y que describe la calidad de las interacciones interpersonales del individuo y su propia evaluación de deficiencias.

18. No participación en actividades de la comunidad (lack of participation in community activities). La valoración se hace tomando en cuenta la cantidad de actividades apropiadas para una persona de cierta edad. Se intenta calificar la no participación del individuo,

como miembro de la sociedad y de la comunidad en actividades que conciernen a otros, particularmente en funcionamiento grupal.

Confiabilidad y validez.

Los autores realizaron una serie multivariada de análisis estadísticos.

En lo que a confiabilidad se refiere surgió la pregunta acerca de los errores de medición: ¿Qué tan consistentes son los resultados cuando la escala es utilizada por diferentes entrevistadores? Utilizaron una correlación entre grupos para evaluar la confiabilidad en una muestra de 40 sujetos, donde dos entrevistadores realizaron evaluaciones independientes obteniendo una confiabilidad de 0.54 a 0.86 para los 21 reactivos.

Se probó también la confiabilidad de los resultados totales utilizando 7 entrevistadores, en forma independiente, quienes calificaron a 10 pacientes esquizofrénicos. Las entrevistas se llevaron a cabo en forma grupal de manera que la evaluación fue hecha teniendo como base el mismo material. Utilizaron la correlación W de rangos de orden de Kendall obteniendo una $W = 0.91$ de correlación para los resultados totales.

La información para probar la validez fue obtenida a través de un estudio en el que se incluyeron pacientes psiquiátricos y

pacientes no-psiquiátricos con diagnóstico de esquizofrenia y que asistían al hospital de día o a la clínica de Higiene Mental. El mismo número de pacientes no-psiquiátricos no tenía historia previa de psicosis y asistían a la consulta externa de clínicas médicas.

Para probar la validez se tomaron en cuenta dos factores importantes.

1. La habilidad de la escala de discriminar los dos grupos y
2. La correlación de los puntajes de la escala con juicios o evaluaciones globales realizadas por tres trabajadores sociales los cuales no estaban familiarizados con la escala.

Se aplicó un análisis multivariado discriminador y se encontró que un 92% de la muestra fue clasificado correctamente en sus grupos respectivos.

En el segundo factor de validez se encontró una correlación de $r = 0.89$ entre los puntajes totales y las evaluaciones globales de los niveles de ajuste hechas por los trabajadores sociales, quienes entrevistaron a los mismos pacientes, pero que no estaban familiarizados con el contenido de la escala.

Calificación (puntajes) de la escala.

Utilizando las 6 categorías de calificación se puede obtener resultados independientes para cada reactivo así como un puntaje

total de la escala para cada paciente. Esto permite evaluar cambios en el paciente o determinar las diferencias de disfunción antes y después de tratamiento. El uso de los resultados finales permite realizar rápidas y efectivas comparaciones.

La aplicación de la escala es llevada a cabo en forma de una entrevista semiestructurada y dura aproximadamente de 30 a 45 minutos. El entrevistador debe ser capacitado previamente. La escala es breve y adecuada para ciertas poblaciones en las cuales se puede detectar el nivel de disfunción social en términos de ajuste.

La escala está siendo utilizada en pacientes esquizofrénicos, alcohólicos, farmacodependientes y también en poblaciones de ancianos.

3.3. Escala de Reajuste Social.

The Social Readjustment Rating Scale.

Thomas H. Holmes y Richard H. Rahe. Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina, University of Washington, Seattle, Washington, E.U.A.

El argumento gira alrededor de previos estudios en los cuales se establece que una variedad de eventos sociales producen cambios en la vida del individuo y en su continuo ajuste y que estos eventos pueden estar asociados con la aparición de la enfermedad.

Asimismo, se ha demostrado que existe una relación entre "las tensiones de la vida", "tensión emocional", "pérdida de objeto" y "aparición de la enfermedad".

Tomando en cuenta estos estudios se deduce: "que esta variedad de eventos sociales de la vida adquieren una etiología significativa como causas necesarias pero no suficientes de la enfermedad e inclusive en parte en el momento de la aparición de la enfermedad".

La metodología y técnicas utilizadas han producido solamente el número y el tipo de eventos que conforman la variedad de eventos sociales. Se considera necesario por lo tanto, estimar la magnitud de estos eventos con bastante precisión en lo que al área de investigación de ajuste se refiere sentando bases para el desarrollo de nuevos estudios epidemiológicos.

Método.

Un cuestionario compuesto de 43 eventos de la vida derivados empíricamente de la experiencia clínica fue completado por una muestra de conveniencia de 394 sujetos a quienes se les dieron instrucciones precisas acerca de la compilación del cuestionario.

Las instrucciones estaban indicadas en 3 puntos importantes:

1. El reajuste social incluye la cantidad y duración de cambio en el patrón de vida al que cada uno está acostumbrado y que es el resultado de varios eventos de la vida. Como definición, el reajuste social mide la intensidad y la duración del tiempo necesarios para acomodarse a un evento de la vida, sin tomar en cuenta la deseabilidad de este evento".

2. Calificar los eventos de la vida en relación al grado necesario de reajuste utilizando la experiencia personal así como lo que uno sabe de otras personas indicando un promedio del grado de reajuste necesario para cada evento, tomando en cuenta que algunas personas se acomodan al cambio más fácilmente que otras y que también algunas personas se ajustan con cierta facilidad o dificultad a algunos eventos.

3. El primer evento de la vida incluido en el cuestionario es el matrimonio al cual se le dio un valor arbitrario de 500 al

calificar los restantes eventos se debe pensar en cada uno en relación a este valor considerando si el reajuste tomaría mayor o menor cambio. Si se considera que es más se debe escoger un número proporcionalmente mayor y colocarlo frente al evento. Si es lo contrario elegir un número proporcionalmente menor. Si el evento es igual en reajuste en relación al matrimonio se escribe 500 en el evento correspondiente.

Algunos de los reactivos incluidos en el cuestionario de reajuste social son: matrimonio, muerte del cónyuge, de un familiar, de un amigo, embarazo, dificultades sexuales, sobresalientes logros personales, divorcio, cambio de trabajo, pérdida del trabajo, enfermedad, vacaciones, cambio de escuela, cambio de residencia, cambios financieros, violaciones de la ley, etc.

Una pregunta importante surge en relación a estos eventos de la vida ¿De dónde aparecieron? ó ¿Cuál es su origen? se había dicho previamente que de la investigación científica y de la experiencia clínica.

Sin embargo, los autores explican que este estudio pudo llevarse a cabo gracias a los adelantos realizados por Adolph Meyer en la rama de la Psicobiología. Meyer inventó "The Life Chart" en 1949 un instrumento que se emplea para organizar los datos médicos como una biografía dinámica, proveyendo de esta forma un método único para demostrar su esquema acerca de la relación de los fenómenos

biológicos, psicológicos y sociológicos y de los procesos de salud y enfermedad en el hombre".

Muchos de los eventos de la vida utilizados en esta investigación fueron considerados por Meyer como importantes. Desde 1949 "The Life Chart" ha sido utilizada en más de 5 000 pacientes con el objeto de estudiar la cantidad y calidad de los eventos de la vida relacionados con el momento de la aparición de la enfermedad. Asimismo los eventos de la vida utilizados en el cuestionario se pueden dividir en 2 categorías:

- 1) Los que son indicadores del estilo de vida del individuo y
- 2) Los que indican las ocurrencias que involucran al individuo.

Los eventos de la vida que comprenden la escala son parte de las diferentes áreas de la estructura social americana como: área familiar, matrimonial, financiera, ocupacional, lugar de residencia, grupo social y relaciones con otros, educación, religión, recreación y salud.

Durante el desarrollo de la escala se utilizó la entrevista como medio para probar el significado de los eventos para cada individuo. Se pudieron estimar diferencias psicológicas y emocionales de un paciente a otro.

También se encontró un tema en común en relación a los eventos de la vida y que consiste que estos están relacionados con la conducta adaptativa y manejo de problemas en el individuo. Cada evento, ya sea, es un indicador o requiere un cambio significativo en el patrón de vida del individuo.

A través de la escala se pretendía que los sujetos con el uso de su capacidad psicológica puedan emitir juicios que sean cuantificables en lo que se refiere a los fenómenos psicosociales del reajuste social.

Se determinó la magnitud de cada evento de la vida utilizando el valor de la media y ordenando los eventos desde mayor a menor magnitud siendo los de mayor magnitud: muerte de la esposa; valor de la media (100); divorcio (73); separación de la pareja (65); entrar a la cárcel (63); muerte de un familiar cercano (63); enfermedad (53), etc.

Se obtuvieron altos coeficientes de correlación; todos los coeficientes menos uno indicaron una correlación mayor de 0.90.

En el coeficiente de concordancia de Kendall (W) para la muestra de 394 individuos se encontró $W = 0.477$ con un nivel de significancia $p = < 0.0005$.

3.4. Escala de ajuste social y personalidad.

The personality and Social Network Adjustment Scale.

A.W. Clark. Comunidad Terapéutica, Hospital; Fraser House, Sydney, Australia.

La escala de ajuste social y personalidad fue desarrollada por A.W. Clark con el propósito de evaluar la efectividad de tratamiento y su uso en el hospital Fraser House, institución que está organizada como una comunidad terapéutica que trata enfermos mentales con síntomas psicóticos, de psiconeurosis y desórdenes de personalidad.

El enfoque de tratamiento del enfermo mental en la comunidad terapéutica está basado en una teoría de conducta en un contexto social por lo que se trata de crear y traer al paciente a un sistema social específicamente diseñado para su tratamiento.

La efectividad del tratamiento debe ser visto en relación a cambios de personalidad así como aspectos sociales siendo estos dos sistemas que se interrelacionan.

La hipótesis del estudio se basó en la "teoría de psicopatología en un contexto social" de Clark (1967) la que indica que: "mientras el lugar de conflicto psicológico está en lo interno de la persona, su origen está en una red de relaciones sociales en la que se encuentra la persona" por lo que las contradicciones que se encuentran en esta red externa deben ser disminuidas en forma considerable para que la persona pueda obtener una armonía interna.

Se deduce por lo tanto, que cuanto más lejanas son las relaciones, la oportunidad de que ocurran conflictos es menor, que en una relación íntima, en la familia. El ajustarse a relaciones lejanas debería ser más fácil que a relaciones centrales o familiares. Sin embargo, el ajuste en las relaciones familiares es el paso más importante para obtener un bienestar intrapsíquico.

Más específicamente, Clark trata de probar la hipótesis de que: "Un ajustes positivo es mantenido con mayor frecuencia en relaciones fuera de la familia que en relaciones familiares e intrapsíquicas".

La base teórica de la escala también comprende dos aspectos importantes que el tratamiento en la comunidad terapéutica intenta incrementar:

1. Eficiencia en el desempeño de roles y
2. Bienestar psicológico de los pacientes por lo que se consideró necesario cubrir diversas áreas de ajuste en relación a estos dos aspectos.

Es imposible creer que una sola pregunta bien escogida pueda cubrir cierta área de ajustes, tampoco que una serie de preguntas puedan abarcar un área o todas las áreas de ajuste. Sin embargo, se intentó incluir preguntas que tengan el suficiente poder para crear una escala válida.

Se escogieron 47 reactivos (preguntas) relacionados con el ajuste, los cuales requerían un "Si" ó "No" como respuesta tomando la suma de respuestas positivas como un índice de ajuste. Asimismo, el resultado total de ajuste puede indicar diferentes patrones de ajuste, es decir, que el resultado no tiene un significado único.

Se consideró prioritario cubrir dos áreas importantes de ajuste: relaciones familiares y satisfacción personal, tomando en cuenta las relaciones del paciente en la sociedad, en el trabajo, en asociaciones y grupos familiares y consigo mismo quedando la escala finalmente compuesta de cuatro áreas importantes;

Area: Sociedad

Reactivos: Ingerir bebidas, problemas con la ley, recibir tratamiento psiquiátrico.

Area: Trabajo

Reactivos: Empleado, satisfacción con el trabajo, relaciones en el trabajo.

Area: Relaciones

Reactivos: Número de amigos íntimos, relaciones con personas del sexo opuesto, facilidad de llevarse con otras personas.

Area: Familia

Reactivos: Relaciones familiares, felicidad, salud mental, comprensión de problemas, habilidad de manejar problemas, llevarse bien con los familiares, tener esperanzas en el

futuro.

Se consideró que el ajuste se lograría primeramente en la sociedad y en las relaciones interpersonales luego en las relaciones familiares y posteriormente intra-psíquicamente, es decir, en uno mismo.

Resultados.

De una población de 200 pacientes que completaron la escala se escogió una muestra aleatoria de 43 pacientes para los cuales nueve reactivos resultaron ser significativos: no tener problemas con la ley, relaciones satisfactorias con el sexo opuesto, facilidad de llevarse bien con otras personas, etc. y seis reactivos no significativos: tratamiento recibido, satisfacciones en el trabajo y en las relaciones con la gente en el trabajo, capacidad de manejar problemas, etc.

Se encontró que un ajuste satisfactorio fue obtenido con mayor frecuencia en relaciones afuera de la familia con un coeficiente de reproductibilidad = .89.

Se probó nuevamente la hipótesis en una muestra independiente de 88 pacientes y se encontró un acuerdo substancial entre los dos resultados. Los mismos reactivos aparecieron como significativos. Coeficiente de reproductibilidad = .90.

Esta evidencia prueba la hipótesis acerca de que un ajuste positivo es obtenido y mantenido con más frecuencia en las relaciones afuera de la familia que en las relaciones familiares e intrapsíquicas.

Confiabilidad y validez de la escala.

Hirschfield (1965) realizó un estudio de confiabilidad en 62 pacientes psicótico crónicos internados en un hospital psiquiátrico con un promedio de estancia de 7.6 años. Encontró que la escala tuvo una confiabilidad de repetición de .70 en un período de cuatro a seis semanas.

Para probar la validez de la escala se comparó los puntajes de la muestra de 43 pacientes con un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad de New South Wales. No se encontraron diferencias significativas en variables como sexo, edad o estado civil. Sin embargo, en la distribución de puntajes aparecieron diferencias significativas para las 2 muestras obteniendo los estudiantes (grupo normal) puntajes más altos en los reactivos con mayor significancia y el grupo de pacientes, puntajes bajos, en los reactivos de menor significancia. La media para la muestra de pacientes fue de 4.39 y para el grupo normal 7.88 presentando la escala una discriminación bastante satisfactoria entre el grupo normal y el grupo de pacientes.

La escala también se correlacionó con el Índice Cornell, 0.56 ($p < .01$). The Cornell Index, es un cuestionario autoaplicable compuesto de 100 reactivos con respuestas de falso o verdadero. Una serie de estudios de Weider, Wolff, Brodman, Mittelman y Wechsler(1946) y Chronbach (1949) encontraron válido a este instrumento en discriminar grupos (poblaciones) normales de grupos anormales.

Entre las ventajas que presenta la escala, además de ser breve, también proporciona información en las áreas de personalidad y ajuste social relacionadas con las bases teóricas de la comunidad terapéutica, y discrimina entre grupos normales y grupos de pacientes por lo que aparece como un instrumento válido para el uso de evaluación de tratamiento en la comunidad terapéutica.

Para probar el uso de la escala en la evaluación del tratamiento en la comunidad terapéutica, los pacientes llenaron la escala al momento de admisión; al ser dados de alta y posteriormente en intervalos de seis meses hasta completar un período de dieciocho meses después de salir del hospital.

En comparación con un grupo de normales, media 7.88, utilizado como grupo de validación, el grupo de pacientes cambió, con una media de admisión de 4.29 a una media de 6.70 al salir del hospital obteniendo una media aproximada de 6.00 en los meses subsecuentes.

Se encontró que el nivel de ajuste mejoró marcadamente desde la admisión (media: 4.29) hasta la dada de alta (6.70) hubo un deterioro en los primeros seis meses después de salir del hospital (5.72) pero posteriormente se regresó a un nivel aproximado al de la alta en los 24 meses siguientes (6.54).

Este fenómeno se explica en lo que el paciente puede experimentar como un choque con la realidad, al salir de un ambiente de protección de la comunidad terapéutica a su vida familiar, laboral etc. en la comunidad.

Este problema puede ser también experimentado por la familia del paciente quienes probablemente se ajustaron a convivir sin la presencia del paciente, sin embargo, en el segundo período de seis meses, una recuperación y ajuste puede indicar que tanto el paciente como su familia y el resto de sus relaciones han aprendido ciertos mecanismos que sirven para la obtención de un nivel de ajuste satisfactorio.

3.5 Entrevista estructurada y escalada para determinar desajuste.

The Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM).

Gurland, B.; Fleiss, J.; Departamento de Higiene Mental.

Nueva York, Yorkston, N. Departamento de Psiquiatría,

Temple University, Filadelfia. Stone, A. y Frank, J.; Unidad

de Investigación en Psicoterapia, Baltimore, Maryland, E.U.A.

Como definición de ajuste social, Gurland y sus colaboradores presentan el concepto desarrollado por Parsons (1958) quien define el ajuste como "un desempeño inefectivo en los roles y tareas para los cuales el individuo ha sido socializado" y Trenton (1962) quien añade que "éste se extiende a una falla o incapacidad de obtener satisfacción en el desempeño de esas actividades".

Como resultado de una revisión de los estudios realizados en esta área aparecieron recomendaciones importantes. Brayfield (1965) recomendó que el esfuerzo y meta de los psicólogos debía ser el incrementar las tareas y roles sociales de los pacientes. McNair y Jorr (1964), indicaron que el terapeuta debe intentar mejorar el ajuste del paciente en relación a situaciones de su vida cotidiana en el trabajo, relación con otros y con su familia. Zax y Klein (1960) evaluaron los resultados de psicoterapia y encontraron que no había un instrumento estructurado válido y confiable

en forma de entrevista estructurada que pueda medir desajuste social y especialmente el "cambio" de este desajuste, es decir grados de desajuste, aspectos de suma importancia en la investigación y práctica psicológica.

Descripción general de la escala.

La escala cubre una variedad de aspectos de ajuste social del paciente que son de gran interés para el clínico.

Se decidió medir el desajuste porque el clínico generalmente está más familiarizado con los aspectos de enfermedad que con los de salud, para lo cual se presentan definiciones detalladas de los diferentes grados de desajuste pero también se incluyen algunos aspectos positivos de la salud mental.

En este sentido la escala es un instrumento multidimensional ya que cubre diferentes aspectos del desajuste. Se considera que una persona puede estar desajustada en algunas áreas y ajustada en otras por lo que la medición del ajuste puede ser por áreas y también en forma global. Asimismo, se puede determinar el nivel de deterioro del paciente para poder planificar un tratamiento más efectivo y también detectar la mejoría del paciente a diversos intervalos en tiempo.

Existen diversos niveles de desajuste para cada reactivo así como distintas categorías o tipo de desajuste para cada área.

La escala de desarrolló tomando como base los principios establecidos por Parloff (1954) en su escala de ineffectividad social.

Se desarrolló una lista de aspectos sociales y se pidieron sugerencias de calificados psicoterapeutas sobre factores sociales de los pacientes. Se elaboró una escala provisional y al probarla se obtuvo una confiabilidad insatisfactoria por lo que se decidió organizar la escala en forma de una entrevista estructurada que posteriormente se probó válida.

Para la evaluación del ajuste se tomaron en cuenta 2 factores importantes de la práctica clínica: el aspecto emocional y la conducta seleccionada para ser observada, estos factores son evaluados en la forma como ocurren en un contexto social.

La escala está compuesta de 5 áreas importantes, las cuales son usadas también en la práctica clínica.

1. Area de trabajo
2. Area social
3. Area familiar
4. Area matrimonial
5. Area sexual

Existen tres categorías o tipos de desajuste para cada área:

1. Tristeza subjetiva
2. Conducta desviada
3. Fricción con otros

La escala se compone de un total de 60 reactivos de los cuales 45 cubren diferentes aspectos del desajuste social del paciente.

Para los 15 últimos reactivos se requiere mayor capacidad de juicio de parte del entrevistador quien realiza inferencias acerca de distintos aspectos del sujeto como el grado de tensión en el ambiente del paciente.

Otros reactivos tratan aspectos como la prognosis del paciente y en relación a ésto, la duración de su desajuste, el contraste entre su estado actual y su estado previo de desajuste, su deseo de cambiar y la presión de cambio que siente de parte de otros.

Finalmente se evalúan aspectos de salud mental positivos en el paciente como sus capacidades, recursos que posee y habilidades de elaborar las cosas constructivamente.

La calificación se realiza en una escala continua de 11 puntos con cinco definiciones y 6 puntos intermedios. Se llegó a un acuerdo entre los psicoterapeutas sobre las cinco definiciones y su orden de inclusión en cada reactivo. Cada reactivo cubre la severidad del desajuste desde un mínimo desajuste (ajuste aceptable) hasta un máximo desajuste.

Existe una pregunta así como instrucciones específicas para cada reactivo.

Se considera que la evaluación del desajuste puede variar de un clínico a otro. Al ser la SSIAM una entrevista estructurada no permite ni incluir ni omitir aspectos adicionales, de esta forma elimina las diferencias que pueden existir de un clínico a otro.

El tener los reactivos separados para cada pregunta y en cada área, ayuda a una calificación rápida y conveniente por parte del entrevistador y de esta forma mantener la validez y confiabilidad de la escala.

La aplicación de la escala dura aproximadamente media hora. Los datos de la entrevista deben ser tomados por un entrevistador previamente entrenado. Existe un manual de instrucciones que abarca todos los aspectos de aplicación de la entrevista.

Propiedades estadísticas de la escala.

Los datos fueron recogidos a través de la aplicación de la Entrevista estructurada y escalada para determinar desajuste (SSIAM) en 164 pacientes adultos quienes fueron considerados candidatos para psicoterapia.

Los pacientes seleccionados en un número de 111 eran del Hospital de Temple University en Filadelfia, Pensilvania y 53

de la Clínica Henry Phipps de Johns Hopkins University en Baltimore, Maryland.

Las dos muestras presentaban características similares, respecto a sexo, edad y raza. Asimismo, las dos muestras se combinaron para un análisis factorial considerando que el sistema de selección de pacientes para los dos centros había sido similar por lo que el rango de problemas sociales reportados por los pacientes sería bastante parecido.

De este análisis seis factores emergieron como importantes:

- I. Aislamiento social.
- II. Insuficiencia (ineficiencia) en el trabajo.
- III. Fricción (desacuerdos) con la familia.
- IV. Dependencia de la familia.
- V. Sexualidad no satisfecha
- VI. Fricción (desacuerdos) afuera de la familia, con un rango de coeficientes de confiabilidad, entre grupos, (factores) de 0.78 a 0.97.

La confiabilidad de la escala fue probada primeramente, entre entrevistadores, para lo cual se utilizó a 3 psiquiatras quienes entrevistaron a 15 pacientes del hospital de Temple. La calificación se hizo mediante una entrevista o escuchando la grabación de una entrevista.

Se compararon las calificaciones de los 3 entrevistadores y se encontraron acuerdos satisfactorios con coeficientes de confiabilidad y correlación entre clases (factores) de: factor I, 0.90; factor II, 0.97; factor III, 0.84; factor IV, 0.88; factor V, 0.78; y factor VI, 0.81.

Otra forma de probar la confiabilidad de la escala se realizó considerando las diferencias de calificación de la media hecha por los que calificaron la escala y de pacientes agrupados que fueron calificados por un entrevistador. Diferencias entre calificadores (raters) indicarían que estos estarían utilizando la escala en forma diferente: uno de otro. Diferencias de medias entre los diferentes entrevistadores indicarían la variedad de estilos de entrevistar, lo que estaría produciendo respuestas diferentes.

Se encontraron diferencias significativas solamente entre calificadores en los factores I y VI. No se encontraron diferencias significativas entre entrevistadores.

Posteriormente se comparó la distribución de los resultados de los factores de la muestra del Hospital de Temple con la muestra de la Clínica Phipps. Se encontraron que las distribuciones eran bastante similares, lo que sugiere que los entrevistadores en ambos lugares utilizaron la escala en la misma forma y que las dos muestras también presentaron patrones similares de desajuste.

Para probar la validez de la escala se obtuvo información de informantes claves, amigos o familiares, de 89 pacientes de la muestra del hospital de Temple, quienes fueron entrevistados en forma separada del paciente por un entrevistador diferente.

Para evitar cualquier clase de comunicación entre los entrevistadores y entre el paciente y el informante, el psiquiatra entrevistaba al paciente en un consultorio y simultáneamente un asistente de investigación entrevistaba al informante en otro consultorio.

Se encontraron acuerdos significativos entre los datos obtenidos del paciente y del informante para cinco de los seis factores coeficientes de correlación para cada factor:

I, 0.48; II, 0.49; III, 0.20; VI, 0.58; V, 0.20 y VI, 0.35 se puede notar que en el factor V (insatisfacción sexual) existe el menor acuerdo. Se deduce que esta es un área acerca de la cual los informantes saben poco del paciente en lo que a desajuste se refiere.

La entrevista estructurada y escalada permite determinar diferentes aspectos del desajuste social del paciente comparando diferencias entre las distintas áreas y entre los tres tipos de desajuste.

Las propiedades estadísticas de la escala son satisfactorias en lo que a validez y confiabilidad de refiere, así mismo se justifican los procedimientos adoptados en la construcción de la escala donde psicoterapeutas experimentados ayudaron a desarrollar definiciones precisas en términos prácticos con un rango que va desde "un estado de ajuste en el paciente que no requiere tratamiento" hasta indicar que "el más serio estado de desajuste se puede encontrar en pacientes que asisten a psicoterapia en la consulta externa de un departamento de psiquiatría" .

3.6 Escala de Ajuste de Katz.

Katz Adjustment Scale

Martin, M. Katz, Instituto Nacional de Salud Mental, E.U.A.
y Samuel B. Lyerly.

A manera de introducción Katz aborda el área de salud mental en lo que a tratamiento del enfermo mental se refiere. Explica que recientemente una serie de innovaciones se han realizado especialmente con pacientes psicóticos agudos los cuales después de recibir un tratamiento intenso por varias semanas o meses son dados de alta y consecuentemente deben regresar a la comunidad.

Quando sale el paciente del hospital una variedad de preguntas deben ser hechas considerando la eficacia del tratamiento:

1. Duración de los efectos de tratamiento
2. Determinar los efectos de tratamiento en relación a la conducta futura del paciente en lo referente a su ajuste clínico social y personal en la comunidad.
3. Referente al ajuste del paciente psicótico en relación a que si el tratamiento que recibe en la comunidad es efectivo en mantener ganancias iniciales por largos períodos de tiempo.
4. Comparar diversos tratamientos los que a veces son aplicados como sustitutos de la hospitalización inicial para el control de

recaldas de los pacientes y para la prevención de la hospitalización.

Estas preguntas motivan a pensar en la necesidad de desarrollar nuevos métodos para evaluar la efectividad de tratamiento. Evidentemente existen métodos e instrumentos para evaluar la sintomatología del paciente en el contexto hospitalario y a pesar de que estos métodos han sido mejorados técnicamente a través de los años, se plantea la necesidad de que también es necesario evaluar al paciente en una variedad de situaciones tanto en el hospital como en la comunidad de manera que podamos enriquecer nuestro entendimiento acerca del tratamiento y del curso de la enfermedad mental.

El interés básico radica en ver si ciertas características del paciente como:

1. Su historia clínica
2. Experiencia social
3. Personalidad
4. Respuesta apropiada al tratamiento
5. Actitudes familiares
6. Desempeño en pruebas psicológicas

Están de alguna manera relacionadas con su condición después de cierto tiempo de regresar a la comunidad. Si

es así, los instrumentos para medir el ajuste y funcionamiento del paciente en la comunidad, podrán contribuir a entender el proceso de tratamiento y también la conflictiva psicológica del paciente.

Se plantea por lo tanto, la construcción de una escala que mida el ajuste y la conducta social del paciente y que sirva para evaluar los resultados de tratamiento o como sustituto de valoración clínica en el campo de la investigación.

No existe un consenso, entre los teóricos, clínicos e investigadores, acerca de una definición clara del ajuste.

Muchas veces el ajuste no es aceptado como una meta en el tratamiento del enfermo mental, sin embargo, el concepto es usado continuamente por los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental.

Cuando se habla de ajuste generalmente se utiliza el concepto en forma arbitraria.

Los que en cierta manera determinan la forma de usarlo son los clínicos quienes tienen como función primordial el determinar qué tan enfermo está el paciente y cómo funciona en la comunidad.

Katz utiliza una definición literal de ajuste tomada del diccionario Webster que indica que el ajuste consiste en: "llevar propias relaciones de conducta a circunstancias o uno mismo con su medio ambiente para estar libre de diferencias y discrepancias

y para llegar a un estado satisfactorio de manera que los interesados estén de acuerdo", (1960).

Se incluye esta definición porque Katz la considera como la más clara y la que produce psicológicamente la mayor satisfacción como descripción de concepto, sobre lo cual añade que el "ajuste por definición es, sin embargo, un concepto positivo y que implica la necesidad de buscar signos para llegar a términos satisfactorios con el ambiente y con uno mismo".

Al desarrollar una escala se presentan dificultades tratando de encontrar conceptos aceptables que llenen las necesidades de la investigación científica. Sin embargo, se considera que se puede llegar a un acuerdo básico sobre los principios elementales del ajuste y este acuerdo estaría basado más que todo en una persuasión teórica que el llegar a un acuerdo del tema en sí mismo.

En el campo de la salud mental existen una variedad de conceptos así como distintos enfoques. Estos aspectos van cambiando día a día por lo que se tiene una evolución teórica y científica constante, lo que implica que tanto el clínico como el científico tenderán a cambiar sus puntos de vista conforme se vayan conociendo más factores acerca de la enfermedad mental.

Al desarrollar una escala es importante considerar si ésta mide lo que se pretende medir y si los resultados se pueden utilizar como correlato del diagnóstico clínico. Katz explica que:

"la utilidad de la escala en, investigación, obviamente dependerá de su validez específica como un instrumento de medición de conducta y no por su validez como criterio de ajuste".

Criterios para desarrollar la escala.

Cinco aspectos metodológicos se tomaron en cuenta para el desarrollo de la escala:

1) Considerando que el ajuste comprende tantos factores importantes, desarrollar un instrumento que permita medir cada factor por separado.

2) El ajuste como concepto se refiere a lo personal y a lo social, lo que quiere decir que incluye tanto al paciente como a su ambiente social por lo que se debe determinar si la información que se obtenga debe provenir de ambas fuentes y de esta forma obtener un cuadro completo del nivel de ajuste del paciente.

3) Que la escala pueda ser utilizada en una diversa variedad de estudios como por ejemplo; comparar los efectos de tratamiento en la conducta y ajuste de pacientes, seguimiento del ajuste de pacientes por largos períodos de tiempo, predecir el ajuste del paciente a largo plazo, poder generalizar los resultados de un estudio a otro en poblaciones similares, etc.

Para obtener buena confiabilidad de la escala se debe utilizar clínicos expertos y calificados como evaluadores del ajuste.

La mejor fuente de validez es el experto en valorar juicios sobre el ajuste del paciente.

4) Para determinar la conducta relevante al ajuste, se debe separar la conducta actual del paciente de lo expresado por el paciente y por otros informantes.

5) Se deben desarrollar medidas descriptivas de la conducta del paciente en la comunidad que sirvan para la investigación y también para ampliar nuestro entendimiento sobre el ajuste social.

También se utilizan varias definiciones de ajuste y conducta social consideradas indispensables para el desarrollo de la escala entre las que se encuentran:

Ajuste clínico: que se caracteriza por la ausencia de síntomas psicopatológicos y de conducta social. La psicopatología puede ser manifestada por el paciente en cualquier área de su vida cotidiana como por ejemplo: problemas de conducta social, quejas en el aspecto físico, problemas en el trabajo, etc.

El clínico califica el ajuste clínico del paciente en base a la información obtenida durante la entrevista y también de otros informantes sobre la conducta sintomática del paciente en la comunidad. También se evalúa al paciente por la calidad y tipo de psicopatología.

Funcionamiento social adecuado: desempeño del paciente en sus roles sociales relevantes, en su trabajo, vida social, en la comunidad, responsabilidad en el hogar, etc.

Ajuste social: que consiste en que la gente más interesada y preocupada por la condición y actividades del paciente en la comunidad está satisfecha con su nivel de funcionamiento.

Ajuste personal: cuando el paciente se siente bien, es decir cuando está satisfecho con su nivel de funcionamiento en varias áreas, por ejemplo: social, laboral, del hogar, etc.

Conducta social: que considera la calidad de la conducta social del paciente manifestada en sus tendencias de relacionarse con otra gente.

Descripción de la escala.

Al diseñar la escala se consideró que tanto el sujeto, como su medio ambiente deben ser tomados en cuenta para poder determinar el nivel de ajuste del paciente.

Solamente el paciente puede informar su satisfacción de su desempeño y ajuste personal. Sin embargo otras personas importantes en la vida del paciente pueden informar sobre las actividades de éste ya que están en una situación favorable de observar la conducta del paciente. De esta forma se elimina lo

inadecuado de depender solamente de un informante y más aún cuando el paciente por su sintomatología no está en condiciones de proporcionar respuestas claras y verídicas.

Muchas veces el entrevistador se encontrará frente al problema de elegir de entre varios miembros de la familia un sólo informante. La experiencia indica que cuando ambos padres están presentes, el entrevistador generalmente escoge a la madre como informante. Generalmente se debe seleccionar a la persona que tenga mayor oportunidad de observar al paciente y que presente una pre-asumida confiabilidad. Se puede utilizar una breve entrevista a manera de darse cuenta quien está en condiciones de informar adecuadamente sobre el paciente, para luego ya pasar a la aplicación de la escala.

Al familiar no se le pide que juzgue sobre el ajuste o desajuste del paciente sino que reporte sus observaciones acerca de la frecuencia en que el paciente hizo ciertas cosas o de su conducta en ciertas ocasiones.

La escala de Katz ha sido diseñada para evaluar el ajuste del paciente teniendo como informantes al mismo paciente y a un familiar cercano. La escala es aplicada en forma separada al paciente y al familiar.

La escala está compuesta de 5 formas (áreas) que contienen 205 reactivos.

Forma 1.: Síntomas y comportamiento social del paciente.

Como su nombre lo indica, esta área evalúa la sintomatología y comportamiento social del paciente. Para el primer aspecto se toman en cuenta todos los síntomas psiquiátricos mayores y menores y para el segundo aspecto las características positivas de comportamiento social y también las características sociales perturbadoras así como manifestaciones de psicopatología.

Esta área está compuesta de 127 reactivos entre los que se encuentran: dificultades para dormir; tiene miedos extraños; se pone nervioso fácilmente; actúa como si viera personas y cosas que no están ahí; intenta suicidarse; habla consigo mismo; se excita sin razón; piensa que la gente habla de él; es generoso; agradable, amigable, obediente, tímido, prefiere estar solo, se mantiene en una posición por largos períodos de tiempo, pierde la noción del día, mes o el año; habla mucho; tiene miedo de no poder controlarse; repite las cosas constantemente; habla de ideas sexuales extrañas, etc.

Se utilizan 4 categorías de calificación:

- 1.- Casi nunca
- 2.- Algunas veces
- 3.- A menudo
- 4.- Casi siempre

La forma 1 se utiliza al momento de admisión, preguntando al familiar acerca de la conducta del paciente y también durante la etapa de seguimiento.

Forma 2: Nivel de ejecución de actividades sociales esperadas.

En esta área, se evalúan las responsabilidades familiares y sociales, autocuidado, actividades sociales, ajuste en el hogar y actividades en la comunidad.

Se califica utilizando 4 categorías, cuando el paciente: "No hace nada", 1; cuando "Hace algo", 2; cuando "Lo hace regularmente", 3; y cuando "No se aplica", 0.

Algunos reactivos en esta área son: ayuda en los quehaceres de la casa; visita a sus amigos; se viste y cuida de su persona; ayuda con el presupuesto familiar; se lleva bien con los vecinos; ayuda en el cuidado y enseñanza de los niños; trabaja, mantiene a la familia, etc. Esta área consta de 16 reactivos.

El resultado obtenido en esta área indica el nivel de actividades sociales esperadas desarrolladas por el paciente en las semanas previas a su hospitalización o durante el seguimiento.

Forma 3: Nivel de expectación.

El objetivo de esta área es determinar el nivel de expectación de ejecución de actividades sociales esperadas. Se uti-

lizan los mismos 16 reactivos que en la forma anterior pero 4 diferentes categorías de calificación:

- 1.- No se espera que el (paciente) haga nada.
- 2.- Se espera que él haga algo
- 3.- Se espera que lo haga regularmente
- 0.- No aplicable

En esta área se trata de obtener un "nivel de satisfacción de ejecución" de actividades, manejando esta área en forma independiente o comparándola con el nivel de ejecución (forma 2) para determinar similitudes y discrepancias entre las dos áreas.

Forma 4: Nivel de actividades en tiempo libre.

Esta área cubre las actividades del paciente en su tiempo libre como son: actividades de superación personal, actividades sociales y en la comunidad, hobbies, etc.

Se califica la involucración de actividades del paciente en cuatro categorías: cuando el paciente realiza esta actividad "Frecuentemente", 1; "Algunas veces", 2; "Casi nunca", 3 y cuando "No se aplica", 0.

La forma 4 tiene 23 reactivos citando como ejemplo algunos de ellos: trabaja en la casa y en sus alrededores, ve televisión, va al cine, va de compras, escribe cartas, practica

deportes, cose, teje o borda, lee, va a la escuela, etc.

Forma 5: Nivel de satisfacción con actividades en tiempo libre.

En esta área se califica el nivel de satisfacción de las actividades que el paciente realiza en su tiempo libre. Se utilizan los mismos reactivos que en la forma 4, sin embargo, las categorías de calificación son diferentes:

- 1.- Satisfecho con lo que el paciente hace
- 2.- Le gustaría que él hiciese más de esto.
- 3.- Le gustaría que hiciese menos
- 0.- No se aplica.

Para cada forma (área) se llega a un puntaje final el cual se obtiene sumando la calificación de cada uno de los reactivos.

Existen dos formatos, uno para el familiar y otro para el paciente. Cada formato debe ser llenado por el paciente o familiar y no por el entrevistador. Si el informante tuviese algún problema para leer los reactivos se permite que el entrevistador los lea para que el informante pueda contestar cada reactivo en forma apropiada.

Para la construcción de la escala se agruparon los reactivos en grupos hipotéticos, por ejemplo, se juntaron los diversos aspectos de depresión en un grupo, los de ansiedad en otro grupo, etc.

En la forma 2, los reactivos son una modificación de la lista elaborada por Freeman y Simmons (1958). En la forma 4 se utilizó como modelo la Escala de Actividades y Actitudes de Cavan y Cols., (1949) y finalmente en la forma 1, para pacientes, se modificó "The Johns Hopkins Symptom Checklist" descrita por Parloff y Cols. (1954).

Resultados.

Para probar la validez discriminativa de la escala se llevó a cabo un estudio que tenía como metas: el determinar la validez discriminatoria de la escala de medir ajuste utilizando la información proporcionada por el paciente y por el familiar y por otro lado determinar la validez diferencial de lo reportado por el paciente y por el familiar en aproximar la estimación de la evaluación (juicio) clínico.

El estudio se llevó a cabo en la clínica Manhattan (Manhattan, After-Care Clinic) en Nueva York.

Se seleccionaron 15 pacientes, quienes en opinión del personal clínico se encontraban bien ajustados en la comunidad, y 15 pacientes quienes tenían un pobre ajuste en la comunidad. Los 30 pacientes habían estado previamente hospitalizados con un promedio de 2 a 2 años y medio de estar fuera del hospital.

Los pacientes fueron sometidos a una extensa entrevista con el propósito de obtener una información completa acerca de su trabajo, familia e historia de tratamiento. Posteriormente se aplicaron las escalas tanto al paciente como al familiar. Del grupo de pacientes bien ajustados 9 familiares completaron la escala y del grupo de paciente desajustados 10 familiares. De los 19 informantes 9 eran cónyuges, 6 eran los padres y 4 familiares cercanos.

Los grupos se balancearon en sexo; edad, diagnóstico; escolaridad y ocupación con rangos de edad de 22 a 57 años con una media de 37. Veintisiete pacientes tuvieron un diagnóstico inicial de esquizofrenia y 3 de desórdenes afectivos.

Se encontró que los familiares distinguieron, en forma aceptable a los grupos en relación con el nivel de psicopatología manifestada. Los familiares del grupo de pacientes bien ajustados reportaron que estos pacientes realizan más actividades sociales esperadas y actividades en tiempo libre con correlaciones bastante altas; .79 y .67; lo que indica un buen acuerdo entre lo reportado por el familiar y lo que se espera como una consideración de la valoración (juicio) clínico.

Aunque los resultados reportados por los pacientes son menos claros que los reportados por los familiares, se encontró una alta correlación entre las expectativas de los pacientes y las de los familiares acerca del paciente.

De este estudio se concluye: que la escala satisfactoriamente discrimina entre dos grupos con diferentes niveles de ajuste evaluados por un equipo de expertos clínicos, también se encontró que las estimaciones hechas por los familiares acerca del ajuste de los pacientes se aproximan considerablemente a la evaluación (juicio) hecha por los clínicos.

Posteriormente se realizó otro estudio en el que se trató de probar si el familiar podía proveer otra forma de medición del funcionamiento del paciente, es decir, si se podían encontrar medidas sobre la sintomatología y comportamiento social que permitan un análisis del patrón y calidad del comportamiento social del paciente.

Los pacientes seleccionados eran del Spring Grove State Hospital, recién admitidos y con diagnóstico de esquizofrenia. La muestra estaba compuesta de 48 hombres y 52 mujeres con un promedio de edad de 36 años con edades desde los 18 hasta los 59 años. De la muestra 56% eran cónyuges de los familiares, 17% los hijos, 10% los padres y el resto familiares cercanos.

Se aplicó la escala al familiar al ingresar el paciente al hospital. Se evaluó un período de dos semanas antes de que el paciente ingresara al hospital. Para los reactivos solamente se utilizaron respuestas afirmativas "Sí" o negativas "No" para disminuir la duración de la entrevista.

Como resultado del análisis se formaron 12 grupos que sirvieran para tener una configuración de la conducta del paciente.

Los grupos fueron: 1 beligerancia; 2 verbabilidad expansiva; 3 negativismo; 4 debilidad (indefenso); 5 suspicacia; 6 ansiedad; 7 separación y retardación; 8 psicopatología general; 9 nerviosismo; 10 confusión; 11 conducta bizarra y 12 hiperactividad.

Los reactivos de algunos de los grupos fueron:

Grupo 6 Ansiedad.

Reactivos: No. 19, presiente que algo temible va a pasar; 122 dice que algo terrible va a suceder; 18 tiene miedos extraños; 111 habla de la gente o cosas que teme; 23 se asusta repentinamente sin razón; 125 habla de quitarse la vida.

Grupo 9 Nerviosismo.

Reactivos: No. 20 se pone nervioso con facilidad; 21 se agita; 38 demuestra sus sentimientos; 22 se ve preocupado.

Grupo 10 Confusión.

Reactivos: No. 85 pierde la cuenta del día, mes y año; 86 se le olvida su dirección y otros sitios que conoce bien; 88 actúa como si no supiera donde está.

Grupo 12 Hiperactividad.

Reactivos: No. 7 hay momentos en los que no puede estar quieto o no puede dejar de hacer algo; 13 hace la misma cosa muchas veces sin razón; 6 es inquieto.

Algunos grupos se interpretaron tentativamente de la siguiente forma:

Grupo 5 Susplicacia .

Los reactivos reflejan que el paciente actúa "como si sospechara algo", incluyendo características paranoides.

Grupo 7 Separación (retiro) y retardación.

El énfasis está en el retardo motriz y en el limitado contacto social.

Grupo 10 Confusión.

Describe conducta desorientada o confusa del paciente reflejada en los reactivos.

A través de estos grupos, sus reactivos y la interpretación se puede obtener un perfil que describa la variedad de sintomatología y comportamiento social de los pacientes.

Finalmente para probar la consistencia interna y la interrelación de los grupos se realizó otro estudio en una muestra de 404 pacientes agudos esquizofrénicos seleccionados de 9 hospitales en dife-

rentes ciudades de los Estados Unidos de América. Se requerían pacientes de nuevo ingreso entre 16 y 41 años.

Se aplicó la escala a los familiares de 404 pacientes y se comparó con lo encontrado en el Spring Grove State Hospital.

Para 11 grupos (excepto conducta bizarra) se encontraron altos coeficientes de consistencia interna.

En términos generales se puede concluir, que a través de la aplicación de la escala, tanto el paciente como el familiar reportan datos interesantes acerca de la conducta y funcionamiento del paciente y que estos datos contribuyen para obtener un perfil de la conducta y del ajuste del paciente.

La escala a su vez puede ser utilizada para categorizar o clasificar pacientes al momento de admisión, en términos de su ajuste social y como complemento del criterio clínico, para comparar diversos tratamientos y también en el seguimiento comunitario.

3.7 Escala de ajuste social.

The Social Adjustment Scale.

Weissman, M. Departamento de psiquiatría. Yale University, y Unidad de Investigación en Depresión. Centro de Salud Mental, Connecticut, New Heaven, Connecticut.

Otro método para medir ajuste social es el utilizado por Weissman (1976) quien desarrolló una escala de ajuste social autoaplicable basada en la escala de Ajuste Social (Social Adjustment Scale, SAS) la cual a su vez es una modificación de la Escala Estructurada para medir desajuste desarrollada por Gurland y Cols. (1972).

Weissman explica que el desarrollo de esta escala se debió al marcado interés en evaluar ajuste social en los pacientes a diferencia de los síntomas anormales que son detectados a través de escalas sintomáticas en pacientes psiquiátricos y también al hecho de que por ser autoaplicable, no se necesita un entrevistador capacitado para obtener la información como ocurre en otras escalas, de manera que la escala es fácil de administrar y no es costosa ya que no se necesita personal para capacitar.

La escala evalúa seis áreas mayores de funcionamiento:

1) Trabajo; ya sea como empleado, ama de casa o estudiante.

- 2) Actividades recreativas y sociales.
- 3) Relaciones con la familia de origen.
- 4) Roles maritales como esposo(a).
- 5) Como padre
- 6) Como miembro de la familia.

Las preguntas en cada área están incluidas en 4 categorías:

- 1) El desempeño del paciente en tareas asignadas.
- 2) La cantidad de fricción con otros.
- 3) Mejoría en las relaciones interpersonales y
- 4) Aspectos emotivos (sentimientos) y satisfacciones.

Para determinar desajuste 76 pacientes fueron utilizados; a los cuales se les aplicó la Escala de Ajuste Social (SAS) mediante entrevistas que duraban de 45 a 60 minutos. La Escala de Ajuste Social (SAS) cubre las mismas áreas, que la Escala de Ajuste Social Autoaplicable mencionada anteriormente. La Escala Autoaplicable toma entre 15 a 20 minutos en ser completada tomando en cuenta la habilidad de lectura y comprensión del paciente.

Se utilizaron las dos escalas en 76 pacientes consecutivos que venían a tratamiento psicofarmacológico como parte de un programa de tratamiento de 4 semanas. Solamente se incluyeron a los pacientes que completaron el programa ya que la escala autoapli

cable se aplicó 2 veces, al comienzo y al final del tratamiento es decir durante la parte aguda de la enfermedad y al momento de recuperación.

Las edades de los pacientes iban desde los 19 a los 65 años, (edad promedio 35 años). La mayoría (86%) fueron mujeres; casadas (89%) de raza blanca (92%), y con diagnóstico de neurosis de depresión (93%) de acuerdo al DSM II.

Otro factor que se incluyó consistió en utilizar a familiares cercanos de los pacientes como informantes, generalmente el cónyuge, para que evalúe el ajuste del paciente. Las correlaciones entre cualquier combinación: pacientes, informantes y entrevistador fueron significantes, siendo los más altos entre paciente y entrevistador (.70) y paciente e informante (.74).

Se encontraron también correlaciones muy significativas en relación al ajuste global entre el período agudo de la enfermedad y recuperación del paciente en todas las áreas donde los roles fueron evaluados.

Comparando las medias de la escala autoaplicable y la entrevista, se encontró una correlación de ajuste global de .72 lo que indica un acuerdo excelente entre ambas.

La entrevista sobre ajuste social es un instrumento útil para detectar los efectos de tratamiento. En este estudio también se trató de determinar si la escala autoaplicable podía detectar

cambio. Se compararon los resultados de ajuste social de los pacientes antes del tratamiento en la etapa aguda de la enfermedad y al terminar las 4 semanas de tratamiento cuando la mayoría se habían recuperado. En base a investigaciones previas se esperaba una mejoría del ajuste social del paciente al tiempo de recuperación, efectivamente hubo una mejoría notable de ajuste social al terminar las 4 semanas de tratamiento cuando los pacientes estaban en franca mejoría, lo que indica que la recuperación clínica del paciente produce mayor ajuste social en el paciente.

Los resultados indican que la técnica de utilizar la escala autoaplicable es comparable con la de la entrevista en determinar roles y ajuste social.

Las correlaciones entre la escala autoaplicable y la entrevista fueron significantes y aceptables. Sin embargo existen algunas desventajas en el uso, de la escala autoaplicable, ocurre a veces que faltan datos a no ser que un asistente entrenado permanezca con el paciente para asegurarse que todos los datos sean completados. Por otro lado, pacientes con limitada habilidad para leer, u otros que tratan de inventar o falsificar datos y también pacientes psicóticos que tienden a disminuir su enfermedad, todos estos no serían sujetos apropiados para este método.

Los resultados acerca del uso de esta escala autoaplicable son alentadores y prometedores en el sentido de que la escala puede ser utilizada como otra técnica útil para evaluar pacientes antes, durante y después de tratamiento.

3.8 Otras escalas.

Entre otras escalas se puede mencionar a la Escala de Inefectividad social (Social Ineffectiveness Scales) de Parloff (1954) que tiene cierta importancia histórica ya que fue una de las primeras escalas en aparecer. A través de una entrevista semi-estructurada se evalúan aspectos laborales, económicos, vida familiar del paciente y vida en la comunidad. Veintisiete reactivos calificados en 5 categorías evalúan también el desempeño de roles así como el aspecto afectivo de éstos.

El horario de adaptación comunitaria (Community Adaptation Schedule) Roen (1968) está compuesto de 217 reactivos, calificados en 6 categorías, por el paciente. Es un instrumento auto-aplicable que requiere de 30 a 60 minutos para su compleción. La escala mide: conducta, afecto, aspectos cognitivos en el trabajo y en la familia y también aspectos sociales en comunidades comerciales y profesionales. La escala ha sido utilizada en estudios evaluativos de tratamientos incluyendo psicoterapia.

La Escala de Ajuste Personal y Habilidades de Roles (Personal Adjustment and Role Skills) desarrollada por Ellsworth (1968) mide síntomas y ajuste en el manejo del hogar, paternidad, empleo, participación social y uso de drogas y alcohol. La escala fue desarrollada para pacientes psiquiátricos en un hospital de veteranos. Cinco categorías califican 120 preguntas para hombres

y 115 para mujeres. La escala es autoaplicable y debe ser llenada por un familiar, fue diseñada para utilizarla como cuestionario por correo. La escala ha sido revisada 3 veces y en general evalúa el comportamiento en la comunidad y el ajuste de pacientes adultos que previamente estuvieron hospitalizados.

El inventario de ajuste social (Social Adjustment Inventory) de Berger (1964) es otra escala utilizada en un hospital de veteranos y sirve para evaluar el efecto de programas de tratamiento y la adaptación de pacientes que regresan a la comunidad.

Se utiliza la escala como un cuestionario que puede ser enviado por correo y llenado por un familiar del paciente. La escala evalúa la adaptación del paciente en sus relaciones sociales, familiares, laborales, cuidado personal y conducta antisocial. El cuestionario tiene 33 reactivos y se utilizan 6 categorías para calificar el nivel de ajuste del paciente antes y después de ser hospitalizado.

La Escala de Incapacidad Social (The Social Disability Scale) de Ruesch (1969) ha sido construida para evaluar la incapacidad social de pacientes crónicos con el propósito de desarrollar programas de rehabilitación. Sin embargo, una característica importante de la escala es el énfasis en evaluar el deterioro físico del paciente. Existen 49 áreas de evaluación de las cuales 37

miden deterioro físico, 7 áreas; deterioro conductual y 5 áreas; modificación social. Un profesional previamente capacitado obtiene los datos a través de una entrevistas semiestructurada que dura entre 45 y 90 minutos.

Mandel, N.G. (1959) desarrolló la Escala de Ajuste Social (Mandel Social Adjustment Rating Scale) que básicamente evalúa la adaptación de la persona a las normas de la sociedad en el área de trabajo, vida familiar, situación económica, religión, salud y ajuste comunitario. La escala cubre una gran variedad de roles y ha sido utilizada en personas retiradas. Contiene 37 reactivos calificados en 5 categorías. El sujeto proporciona los datos mediante una entrevista no-estructurada.

El grupo de investigación de Spitzer R.L.; Endicott, J., Fleiss, J.L. y Cols., desarrollaron tres instrumentos importantes que tienen relación con el funcionamiento social:

1. La forma de evaluación psiquiátrica "Psychiatric Evaluation Form" (PEF), 1972.
2. Escalas de psicopatología actual y del pasado "Current and Past Psychopathology Scales" (CAPPS), 1972.
3. El horario del estado psiquiátrico "Psychiatric Status Schedule" (PEF), 1970.

Solamente se presenta una de las escalas ya que las

tres tienen los reactivos y el contenido bastante similar.

El horario del estado psiquiátrico es una técnica que sirve para evaluar psicopatología y deterioro en el funcionamiento de roles. Básicamente mide síntomas y deterioro en las actividades cotidianas, uso de drogas y alcohol, actividades en tiempo libre, y funcionamiento en roles como ama de casa, estudiante, cónyuge, padre, manutención del hogar, etc.

El instrumento puede detectar cambios clínicos en el paciente. Para su aplicación se requiere un asistente de investigación capacitado en el manejo del instrumento. El paciente actúa como informante, el tiempo de compleción varía de 30 a 40 minutos. La escala contiene 321 reactivos, los cuales son calificados en dos categorías.

Las tres escalas desarrolladas por el grupo de Spitzer y Cols., tienen solamente una parte que cubre el desempeño de roles. Cada instrumento combina la evaluación de la psicopatología con el ajuste social.

Las tres escalas son muy recomendadas y usadas en la práctica clínica y en la investigación.

Para mayor información sobre estas últimas nueve escalas se recomienda consultar la información original. Las referencias de cada una de ellas aparecen en la sección de referencias bibliográficas al final del trabajo.

4. NATURALEZA METODOLOGICA DE LAS ESCALAS

La naturaleza metodológica de las escalas se refiere a la variedad de criterios utilizados por los diversos autores en el diseño y construcción de las escalas. Estos factores permitieron hacer consideraciones que lleven a desarrollar una metodología adecuada que dé paso a la elaboración de varios aspectos como: un marco teórico, contenido, características y descripción de la escala, modo de aplicación, muestra de sujetos, sistemas de medición, evaluación, etc.

4.1. Introducción.

En el capítulo anterior se presentaron las escalas más importantes, con el propósito de tener una idea bastante clara y precisa acerca de las características y aspectos relevantes de cada escala.

En base a este capítulo se puede ver muy claramente que cada uno de los autores de las escalas presentan una introducción donde enfatizan la importancia del ajuste o desajuste social.

Incluyen referencias de otras escalas así como las contribuciones de otros autores en esta área de estudio. Explican sus intereses y objetivos; en resumen, que es lo que tratan de

hacer y por qué.

Los objetivos son variados, unos pretenden evaluar los resultados de psicoterapia, otros medir el ajuste o desajuste social de los pacientes, sus cambios durante tratamiento, desarrollar un sistema de evaluación y finalmente crear instrumentos que sirvan para la investigación en lo que a funcionamiento social del paciente se refiere.

En la introducción además de presentar el tema del ajuste o desajuste también se incluyen algunos aspectos relacionados que llevaron a los autores a desarrollar las escalas como: los eventos de la vida, relación entre tensión de la vida, tensión emocional y la aparición de la enfermedad, Holmes (1967) integración de la personalidad, sintomatología física y mental, Barrabee (1955) funcionamiento afectivo y disfunción social, Linn (1969) aspectos de salud mental Katz (1963), etc. Sería como decir: cada autor con su tema, notándose un gran interés en cuestionarse continuamente, planteando preguntas que permitan abordar el tema, desarrollar las escalas y llevar a cabo estudios promoviendo de esta forma la investigación aceptando y rechazando otros modelos y estableciendo un diálogo científico que sirva para incrementar y motivar el interés de la comunidad científica para la posterior realización de otros estudios.

4.2. Marco Teórico.

Como marco teórico se entiende el desarrollo de un esquema que sirva como un marco de referencia para un enfoque integrado.

Casi todos los autores presentan un marco teórico el cual es utilizado como la base ideológica y conceptual de las escalas.

Un marco teórico bien planteado y argumentado sirve para darle mayor solidez y significancia al instrumento contando con esta base, se facilita y se considera una necesidad el desarrollar un instrumento para medir, evaluar, determinar, etc., el ajuste o desajuste social, métodos y formas de aplicar y administrar la escala así como el modo de calificar lo que posteriormente lleve a realizar estudios en esta área.

Los esquemas parten de aspectos vistos anteriormente en el capítulo 2.

Explican que el individuo tiene una serie de necesidades básicas y que conforme a su desarrollo va adquiriendo una posición en la sociedad la cual lo conduce a desempeñar sus roles. Si estos son realizados apropiadamente el individuo sentirá sus necesidades satisfechas las lo que llevarán a un ajuste positivo, caso contrario sentirá frustración y conflicto

produciéndose un desajuste.

Barrabee (1955) plantea su esquema teórico indicando que aspectos como la personalidad, la condición mental, la salud física, etc. son importantes en la etiología del ajuste social.

Se habla también de la relación del individuo con el medio ambiente donde se considera que los eventos sociales producen cambios en el individuo y en su continuo ajuste o desajuste lo que puede precipitar la aparición de la enfermedad mental, Holmes (1967).

El enfoque de Clark (1968) está basado en el contexto de la comunidad terapéutica, o sea, en una teoría de conducta en un ambiente social donde se evalúa la eficacia en el desempeño de roles, así como el bienestar psicológico de los pacientes.

Katz (1963) presenta un marco teórico bastante amplio ya que utiliza el área de salud mental como punto de partida, cuestionándose el tratamiento que el enfermo mental recibe y considerando más que todo el ambiente hospitalario y el de la comunidad.

A través de su enfoque plantea la necesidad de crear un instrumento para medir el ajuste social, entender el proceso de tratamiento y la conflictiva psicológica del paciente.

Dentro de su marco teórico presenta algunos conceptos como: ajuste clínico, funcionamiento social adecuado, ajuste social, ajuste personal, conducta social, etc., indicando la dificultad de llegar a un acuerdo general sobre los conceptos y que cualquier discusión sería más que todo en base a una persuasión teórica.

Se utilizan también conceptos del ajuste como "un proceso" o como una "evaluación" Barrabee (1955); términos como: funcionamiento efectivo y disfunción social, Linn (1969). La "teoría de la psicopatología" y ajuste positivo de Clark; y Gurland (1972) quien utiliza a otros autores para definir el ajuste y hacer recomendaciones a psicólogos de que su meta en este campo debe ser el incrementar los roles sociales de los pacientes, etc.

Resalta el concepto de "los roles" vistos en el capítulo 2; teoría de roles, los cuales deben ser desempeñados en base a las normas de la sociedad.

También se hace una diferencia importante entre síntomas y ajuste social aunque a veces ambos aspectos se superponen. Algunas personas pueden funcionar socialmente en una forma aceptable presentando alguna sintomatología, y otras funcionar pobremente sin la presencia de síntomas, Weissman (1976).

Se aconseja que ambos aspectos: síntomas y ajuste social deben ser medidos y evaluados en forma separada pero, sí utilizados como complemento el uno del otro.

Hasta este punto surge el mismo problema abordado en las definiciones de ajuste en el capítulo 2, que tampoco entre los autores existe un acuerdo acerca del término. Es decir, no hay un consenso sobre la definición de ajuste. El término a veces es utilizado en forma arbitraria o de acuerdo al punto de vista y marco teórico de cada autor.

Para desarrollar una escala, la inclusión de un marco teórico, se debe considerar algo de vital importancia.

Un esquema teórico integrado puede funcionar como la base fundamental que sirva para establecer criterios importantes así como los aspectos específicos de un método de investigación aplicada y que por otra parte se pueda ver las propiedades del esquema en función de sus ventajas y limitaciones.

Este marco teórico debe servir como una guía de referencia a la cual poder recurrir permanentemente. Que fije las metas hacia las cuales se debe trabajar y que permita desarrollar elementos importantes como el contenido, las características, el tipo de población, método de obtener la información, forma de calificar, costo de la escala, etc.

Otro aspecto importante dentro del marco teórico es la terminología que se debe emplear y más aún poder utilizar estos términos como conceptos, que sirvan para sustentar la base metodológica y teórica de la escala.

Dicho todo esto podemos ver la importancia que tiene el esquema teórico como un elemento clave para el desarrollo de una escala.

El marco teórico permite por otra parte, asumir una posición como clínicos y como investigadores que sirva como una forma de: identificación y pertenencia con el trabajo que se realiza, en este caso la técnica: más efectiva para desarro-
llar una escala.

4.3. Contenido y características.

El siguiente aspecto consiste en ver el contenido y características de las escalas, el cual está basado obviamente en el marco teórico previamente establecido.

Se trata más que todo de ver el proceso de cómo se desarrollaron las escalas, la descripción de las mismas, el proceso de construcción y diseño empleado, así como los problemas que surgieron durante su desarrollo.

Para diseñar la escala se parte de elementos específicos de ajuste social con el conocimiento de que éste se realiza

CUADRO COMPARATIVO DE ALGUNAS ESCALAS.

Autor	Areas	Reactivos	Categorías de Calificación	Tipos de Entrevista	Informante	Duración de la Entrevista
Barrabee	4	27	5	semi-estructurada	Paciente	60 min.
Linn	3	21	6	semi-estructurada	Paciente	30-45 min.
Clark	3	17	5	auto-aplicable	Paciente/ otro informante	?
Gurland	5	60	11	estructurada	Paciente/ otro informante	60 min.
Katz	5	205	4	auto-aplicable	Paciente/ otro informante	45 min.
Weissman	5	48	5	semi-estructurada/auto-aplicable	Paciente/ otro informante	45-60 mins.

en base a un funcionamiento que incluye una variedad de roles, los cuales son englobados y posteriormente agrupados en "áreas" que son un primer factor en el desarrollo de la escala.

Sobre este primer factor, se vió en el capítulo anterior que cada escala está compuesta de varias áreas siendo las más comunes: el área familiar, ocupacional, económica, social y de comunidad.

Cada área debe cubrir con gran amplitud todos los roles característicos y representativos de dicha área.

El número de áreas de cada escala se presenta en el cuadro comparativo de las escalas.

Este cuadro sirve para realizar una rápida comparación entre las escalas más importantes, considerando algunos aspectos elementales de cada escala como: el número de áreas, reactivos y categorías, tipos de entrevista, informante, duración de la entrevista, etc.

En el área familiar, generalmente se evalúa el rol matrimonial, el rol con la familia de origen y el rol como padres.

En el área ocupacional se trata de averiguar aspectos como: si el sujeto está empleado, desempleado, horario, regularidad, cambios, satisfacción, pérdida, relaciones en el trabajo, etc. También el rol ocupacional como ama de casa, estudiante, etc.

El área económica, comprende el estado financiero, inseguridad económica, problemas económicos, como el individuo maneja su dinero, etc.

El área social considera el número de amigos, grado de socialización, relaciones interpersonales, facilidad de llevarse con otros, etc.

En el área de comunidad se evalúan actividades recreativas, participación en actividades en la comunidad, uso de facilidades en la comunidad, etc.

Otros elementos importantes son también evaluados independientemente o como componentes de alguna área entre los que se encuentran: aspecto sexual, enfermedad, aspectos personales, sintomatología como: ansiedad, hostilidad, ideas extrañas, etc.

El segundo factor de importancia después de las áreas son los "reactivos" (items), que básicamente son las preguntas incluidas en cada área. Al revisar las escalas (capítulo 3), se presentaron bastantes ejemplos de reactivos por lo que se considera innecesario repetirlos aquí. El número de reactivos varía considerablemente de una escala a otra. La escala de Clark, por ejemplo, tiene 17 reactivos, la de Gurland 60 y la de Kats 205 (ver cuadro). El número de reactivos depende obviamente de la magnitud del estudio así como de los intereses del investigador.

El tercer factor de importancia son las "categorías" que se utilizan para calificar o puntuar las escalas. Nuevamente igual que los reactivos, las categorías varían de una escala a otra.

Clark, utiliza dos categorías : "si" "no" como índices de ajuste positivo o negativo. Barrabee, cinco, de un ajuste excelente a un pobre ajuste. Linn, seis, de ausente a muy severo. Katz, cuatro y tres categorías, dependiendo del área, incluye la categoría de no aplicable. Gurland, tres categorías: tristeza subjetiva, conducta desviada, y fricción con otros. Weissman, cuatro categorías: 1. desempeño en tareas asignadas, 2. fricción, 3. relaciones interpersonales y 4. aspecto emotivo.

Las categorías de las escalas son factores importantes ya que éstas sirven para determinar posteriormente el nivel de severidad, satisfacción, ajuste o desajuste del paciente. El número de categorías de cada escala se puede observar en el cuadro comparativo.

4.4. Aspectos complementarios.

Existen otros aspectos complementarios y a la vez indispensables que deben ser considerados dentro de la naturaleza metodológica de las escalas, entre los que se encuentran:

"El Informante"

La información que se obtiene sobre el ajuste social del paciente generalmente se obtiene de 3 fuentes de información:

1. El paciente mismo (16 años o más).
2. Otro informante (familiar, amigo cercano).
3. Del expediente clínico del paciente.

Si es al paciente a quien se evalúa su funcionamiento social, éste aparece, como el informante más directo para reportar su grado de ajuste. Sin embargo, la información que se obtenga de pacientes psicóticos, aún no controlados, no debe ser tomada como confiable ya que el paciente por su estado no estará en condiciones de proporcionar la información correcta o por otra parte tenderá a disminuir o negar sus síntomas.

La información obtenida a través de la escala se puede considerar válida y confiable en pacientes manejados a nivel de consulta externa. Katz, utiliza su escala en pacientes pre-psicóticos y en pacientes no internados. La escala también es aplicable en pacientes cuya patología no perjudique la veracidad de la información.

Otro informante.- Una ventaja digna de ser considerada es la utilización de otro informante significativo, ya sea un familiar, o amigo cercano del paciente que esté en condiciones de informar sobre el ajuste del paciente.

El informante significativo debe ser una persona que haya tenido la oportunidad de observar de cerca al paciente de manera que pueda identificar y reportar los problemas del paciente. Para evitar situaciones de tensión al familiar no se le pide que juzgue al paciente sino que simplemente reporte sus observaciones considerando la frecuencia en la que el paciente actuó en cierta forma. El tiempo que el familiar ha convivido u observado al paciente es importante para la aplicación de la escala ya que se puede evaluar al paciente en su estado actual, en las últimas semanas, meses, etc.

Entre los problemas que se presentan con este tipo de informante se puede mencionar el caso cuando el familiar no quiere cooperar, cuando el paciente no tiene familiares y los amigos realmente no conocen bien al paciente y cuando el paciente tiene familiares; escoger al informante más calificado para reportar la conducta del paciente.

Otra forma, la menos utilizada, es la de usar el expediente del paciente como fuente de información, tomando en cuenta criterios específicos previamente establecidos, caso contrario la diversidad y falta de uniformidad de la información impide comparar el ajuste de los pacientes.

Otro aspecto complementario para el desarrollo de la escala es la forma de administrar el instrumento, o dicho de otra for-

ma, el método de obtener la información. Existen tres opciones al respecto:

La primera opción es la entrevista directa al paciente. Este es el método más utilizado ya que permite obtener la mayor cantidad de información del paciente y al mismo tiempo asegurarnos de que el entrevistador completará la entrevista. El método por otra parte, es bastante costoso ya que requiere la capacitación de los entrevistadores. Al respecto existen tres tipos de entrevista: no estructurada, semi-estructurada y estructurada. En la entrevista no estructurada donde los reactivos se presentan en forma global se requiere bastante juicio clínico por parte del entrevistador el cual, debe poseer suficiente experiencia y capacitación. La entrevista semi-estructurada, incluye preguntas que sirven como guía al entrevistador, dándole al mismo tiempo la oportunidad de hacer otras preguntas adicionales y complementarias hasta obtener toda la información en forma satisfactoria. Para este tipo de entrevista la capacitación es necesaria de manera que el entrevistador tenga el suficiente entrenamiento de realizar las preguntas apropiadas para obtener información confiable.

La entrevista estructurada requiere la mínima capacitación de los entrevistadores, ya que los reactivos están todos definidos y sólo se necesita hacer una marca en el lugar de la respuesta.

La segunda opción se puede realizar a través de la aplicación de la escala autoaplicable en la que se presenta una lista de reactivos para que el paciente pueda escoger la respuesta apropiada para lo cual existen categorías específicas de respuesta anteriormente ya vistas. El uso de este tipo de escala es bastante económico ya que no requiere de entrevistadores capacitados pero sí es necesaria la presencia de un asistente de investigación para aclarar dudas y para asegurar que la entrevista sea completada. La aplicación de este tipo de entrevista no es recomendable en pacientes psicóticos o pacientes muy perturbados, ya que no podrían entender las preguntas o en todo caso la información que se obtenga no sería confiable.

La tercera opción; las entrevistas por correo o por teléfono, es la menos utilizada y la menos costosa. Un problema con este tipo de entrevista radica en que la escala no siempre es completada en su integridad, aunque esto es más fácil de controlar por teléfono. Por otra parte, este tipo de entrevistas son muy útiles en evaluaciones de seguimiento durante largos períodos de tiempo, cuando el paciente no quiere ser entrevistado personalmente, o cuando existan problemas de distancia o de ubicación geográfica.

Los diferentes tipos de entrevista utilizados en cada escala están indicados en el cuadro comparativo.

Otro aspecto complementario es la duración de la entrevista. El tiempo varía de acuerdo a la extensión y contenido de cada escala. Se entiende que en pocos minutos es muy difícil realizar una evaluación completa del paciente. Por otra parte una entrevista de larga duración puede ser molesta tanto para el paciente como para el entrevistador. Se considera que un período aproximado de una hora es un tiempo bastante apropiado para realizar una exhaustiva evaluación del paciente. La mayoría de las escalas cumplen con este período de tiempo para su aplicación (ver cuadro comparativo).

El tiempo de evaluación es otro aspecto complementario dentro del desarrollo de las escalas. Este aspecto se refiere más que todo a cuando debe ser aplicada una escala y en las veces posteriores, con que intervalos de tiempo. Una vez más, esto varía de una escala a otra. En general las escalas evalúan el estado actual del paciente, en la última semana, las tres últimas semanas, la última semana y el último mes, el último mes, los últimos tres meses, etc. Otras escalas varían el tiempo de medición. Este aspecto más que todo depende del tipo de investigación que se vaya a realizar. Sin embargo, al aplicar la escala es importante que el entrevistador sepa el tiempo en que se está evaluando al paciente de manera que sus preguntas vayan dirigidas a este período de tiempo específico lo que por otra parte puede evitar confusión tanto en

el entrevistador como en el informante.

Debido a la variedad de los tiempo de medición, éstos no se incluyen en el cuadro comparativo.

Otro aspecto que debe considerarse como parte importante en el desarrollo de una escala es la implementación de un programa de entrenamiento para el personal que vaya a participar en la administración y aplicación de la escala. Este programa debe proporcionar información tanto general como específica de la escala así como del estudio que se vaya a realizar. El personal capacitado debe aprender el manejo de la escala, su aplicación, calificación, codificación, cálculos requeridos, etc. Es importante también la creación de un manual que sirva como guía de consulta para aclarar dudas. La mayoría de las escalas tienen un manual de entrenamiento, citando como ejemplo a la de Linn, Gurland, Weissman, Katz, etc. También es importante proveer el material necesario para que el entrevistador se pueda familiarizar con éste durante el entrenamiento.

Katz incluye como parte del entrenamiento una película a colores sobre los diversos aspectos de la escala.

Finalmente, se debe considerar a las propiedades estadísticas de las escalas, aspecto que se refiere a los sistemas de medición o pruebas estadísticas que cada escala debe poseer y consecuentemente demostrar considerando la validez y confiabilidad de

las escalas como las más importantes.

La validez se refiere a que también la escala mide lo que se propone o intenta medir. La confiabilidad, por otra parte, se refiere al manejo de los errores en medición, es decir si la escala presenta resultados consistentes cuando es utilizada por diferentes entrevistadores.

En el capítulo 3, Revisión de las Escalas, se vieron las diferentes pruebas utilizadas para cada escala. Brevemente mencionaremos que se trató de ver si existía acuerdo entre los entrevistadores en calificar la escala, algunas veces comparando criterios incluyendo el criterio (juicio) clínico. Se vieron correlaciones y comparaciones entre grupos de pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos, así como la habilidad de la escala de discriminar y medir ajuste, etc. Cada investigador debe seleccionar las pruebas correspondientes de acuerdo a la escala y al estudio que vaya a realizar siendo importante que la escala tenga sus propios sistemas estadísticos de medición.

En este capítulo hemos visto que todos los factores que componen una escala son como una cadena de eventos ligados muy estrechamente, donde todos deben ser considerados importantes e incluidos en el desarrollo de una escala. La carencia de cualquiera de estos elementos haría que la escala pierda fuerza de ser un instrumento interesante y altamente válido y confiable.

A manera de resumen se presenta un cuadro sinóptico que incluye los aspectos más importantes, mencionados en este capítulo, acerca de la naturaleza metodológica de las escalas.

Aspectos importantes para el desarrollo de una escala:

- Marco Teórico
- Contenido y características
 - Areas
 - Reactivos
 - Categorías
- Aspectos complementarios
 - Informante
 - paciente
 - otro informante (familiar)
 - expediente clínico
 - Administración de la Escala
 - entrevista
 - no estructurada
 - semiestructurada
 - estructurada
 - escala autoaplicable
 - por correo o por teléfono

- Duración de la entrevista
- Tiempo de evaluación (actual, última semana, último mes, etc).
- Capacitación (aplicación, calificación, codificación, etc.)
- Sistema de medición (validez, confiabilidad, etc.)

5. CONCLUSIONES Y DISCUSION.

Es necesario empezar este último capítulo haciendo un breve resumen de los aspectos más importantes tratados en este trabajo.

Se empezó con una introducción general al tema de estudio resaltando la importancia que tiene éste en el campo de la salud mental. Se planteó un objetivo fundamental que consistió en evaluar la utilidad de las escalas de ajuste o desajuste psicosocial en la práctica clínica psicológica, para lo cual se presentaron varios aspectos relacionados con el tema de estudio como las consideraciones teóricas y conceptuales que incluye a la teoría de roles, los conceptos relacionados con el ajuste y desajuste, y un modelo psicosocial donde se considera al individuo como un ser bio-psicosocial. Este modelo nos permite considerar y evaluar al sujeto en términos de su ajuste o desajuste psicosocial.

El aspecto teórico sirvió como una pauta o elemento importante que debe ser considerado como la base de todo trabajo el cual posteriormente nos permitió pasar a la parte práctica, o sea la revisión de las escalas. En esta parte se trató de aprender, saber y darse cuenta acerca de: qué es una escala, en qué consiste y de qué consiste; es decir, conocer los elementos importantes de una escala, aspectos que fueron tratados en el capítulo 4:

naturaleza metodológica de las escalas.

Al hablar del modelo psicosocial se considera al individuo como el elemento más importante del sistema social; la persona alrededor de la cual gira el modelo. Este modelo nos permite observar la conducta del sujeto y su adaptación psicológica. Estamos hablando del individuo y su funcionamiento social en términos de su ajuste o desajuste psicosocial.

Dentro de este sistema social se puede observar que algunos individuos no pueden funcionar igual que otros bajo las mismas circunstancias, existiendo por lo tanto un impedimento: físico, psicológico, social o cultural que puede incapacitar a la persona para funcionar socialmente.

Ruesch (1968) indica que "una persona impedida socialmente, es aquella que no puede comunicarse o actuar efectivamente y que no puede ajustar su conducta a los estándares aceptados por un grupo determinado", visto esto de otra forma, podemos mencionar la teoría de crisis de Dekker y Webb (1974) que se refiere a "la idea que los individuos frecuentemente tienen dificultad de manejar eventos de la vida acompañados de tensión y que estos eventos están a menudo asociados con el deterioro psicológico, lo que implica la necesidad de la intervención terapéutica", sobre lo que podemos añadir por otro lado, que cierto deterioro psicológico puede influir en el manejo de los eventos de la vida por parte del individuo

y afectar su desempeño social de manera que se vea impedido de funcionar socialmente en forma apropiada.

El común denominador de estos eventos consiste en que estos son indicadores de cambios necesarios y significativos en el patrón de vida del individuo y que están asociados con algún tipo de conducta adaptativa o de ajuste.

Al considerar al individuo y a su medio ambiente podemos decir que para medir o evaluar el ajuste o desajuste social se debe considerar tanto a la persona como a la situación. La evaluación de la persona se refiere a un examen de sus problemas psicológicos y sociales. La evaluación de la situación se refiere al desempeño del individuo, a las demandas y la tolerancia del sistema social. Sin embargo, partiendo del planteamiento del modelo psicosocial se debe considerar también la valoración física, teniendo de esta forma una evaluación completa del individuo. Esto hace que la evaluación y tratamiento del enfermo mental sea trabajo de un equipo multidisciplinario para de esta forma llegar a una medicina completa de la persona "whole person medicine" Fitzgerald (1970). La Comisión Conjunta de Salud y Enfermedad Mental (1961) contestando a preguntas conocidas y muy debatidas sobre: quién es un enfermo o quién está enfermo, quién debe recibir tratamiento, quién debe darlo y cómo; aprobó el slogan de que el tratamiento de la enfermedad mental es: un asunto de todos: "everybody's business", corroborando de esta forma de que el estudio

del enfermo mental debe ser enfocado desde el punto de vista físico, psicológico y social.

En lo que a nuestro tema de estudio se refiere debemos mencionar la importancia de éste indicando que el individuo debe ser considerado conjuntamente con su ambiente inmediato y que la enfermedad mental ocurre en el sistema social donde aspectos familiares, económicos, ocupacionales, etc., pueden tener un gran efecto en el ajuste o desajuste del paciente.

La literatura y la investigación científica a través de los años, han llegado a reconocer la importancia de factores sociales que se presentan en la práctica clínica al evaluar al paciente.

Una anomalía psicológica puede influir en el ajuste del paciente y adquirir significancia clínica, asimismo cierta problemática social del paciente puede influir en su ajuste y también adquirir significancia clínica para el psicólogo clínico dentro de la práctica hospitalaria.

Se considera por lo tanto que la importancia del estudio del funcionamiento social se basa en considerar al individuo y al sistema social al que pertenece.

La conducta social es manifestada a través de los roles que el individuo desempeña, los que deben ser considerados como importantes y a su vez evaluados mediante el uso de las escalas.

Dentro del funcionamiento social es importante la relación

del individuo y su ambiente social, así como el desempeño que realiza de sus roles y la relación que guardan estos con los sentimientos que experimenta en su vida diaria.

El comportamiento social del individuo se traduce en la evaluación de su funcionamiento social, el cual es manifestado en términos de su ajuste o desajuste social.

Todo esto puede ser resumido y explicado por tres aspectos importantes: primero, qué es lo que tiene el individuo, es decir, las circunstancias sociales objetivas que lo rodean como las condiciones de vida, dinero, oportunidades, posición social, etc., en las diferentes áreas de su vida. Segundo: que hace el individuo con su vida, es decir, la habilidad de manejar esas circunstancias, así como el desempeño de sus roles sociales y finalmente; qué siente al respecto, o sea el nivel de satisfacción que obtiene con los diferentes aspectos de su situación social, es decir de su vida.

De estudios experimentales por Forman y Cols. (1968) y Goldberg (1968) se ha encontrado que ciertos tipos o grupos de pacientes pueden ser representativos y referidos como:

1. Pacientes definitivamente con enfermedad física o incapacidad, complicada por problemas sociales y emocionales.
2. Pacientes, quienes presentan problemas sociales asociados con un padecimiento psiquiátrico.
3. Pacientes, quienes presentan síntomas físicos o psi-

cológicos, que no tienen un origen orgánico.

4. Pacientes, quienes presentan problemas de una naturaleza puramente social.

En estos grupos de pacientes se puede ver la importancia de los factores psicosociales en la evaluación del enfermo mental, entendiendo que estos factores se refieren a las relaciones sociales del paciente incluyendo el aspecto psicológico.

En este trabajo estos aspectos han sido enfocados desde un punto de vista más específico el cual nos lleva a recordar el problema en cuestión referente a la importancia de evaluar y determinar el funcionamiento social del paciente en términos específicos de su ajuste o desajuste social, sobre lo que podemos concluir que el ajuste social consiste en el establecimiento de una relación satisfactoria y apropiada entre el individuo y su medio ambiente social y que implica el aprendizaje y modificación de conductas específicas, referidas como roles, los cuales son percibidos de acuerdo al desempeño que el individuo haga de estos teniendo como referencia el grupo social al que pertenece. El desajuste social se refiere a la carencia de las habilidades necesarias en el individuo, que lo llevan a un desempeño inefectivo de roles lo que produce una falla en la obtención de sus necesidades para poder llevar una vida satisfactoria.

Hemos podido ver que para la evaluación del funcionamiento social existen técnicas de medición conocidas con el nombre de escalas.

Una escala: "es una serie progresiva de valores o magnitudes en base a las cuales un fenómeno puede ser cuantificado" Chaplin (1974). Las escalas sirven para medir el ajuste o desajuste del individuo. Las respuestas son calificadas y los resultados pueden ser comparados entre individuo o entre diferentes muestras de sujetos. Se ha encontrado también que las escalas son aplicadas con una variedad de objetivos, en diferentes tipos de pacientes tanto en el contexto hospitalario como en la comunidad.

Una escala puede ser aplicada por ejemplo, al momento de ingresar un paciente al hospital, durante el tratamiento, y también en el seguimiento comunitario, de manera que se puede obtener y evaluar el nivel de ajuste de un paciente en diferentes puntos en tiempo y comparar su nivel de mejoría o deterioro. Lo que importa es que el instrumento sirva para evaluar al paciente y asimismo sea de utilidad para el psicólogo clínico dentro de la práctica clínica. A veces también se utiliza a un familiar cercano para que informe sobre el nivel de ajuste del paciente.

No hay dos escalas parecidas ya que cada escala es utilizada con diferentes objetivos ya sea para evaluar al paciente hospitalizado o al paciente manejado a través de la consulta externa, para evaluar los resultados de psicoterapia, medir el ajuste social de pacientes en una comunidad terapéutica, etc. Sin embargo, todas las escalas están centradas en el tema del ajuste social, al que se con-

sidera un fenómeno observable y medible en pacientes con diversas características en la práctica clínica hospitalaria.

En este trabajo no se recomienda una escala sobre las otras ya que todas son consideradas de bastante utilidad dependiendo del uso y aplicabilidad que se le de a cada escala o del estudio que se presenta realizar. Asimismo, se considera a las escalas como instrumentos fáciles de usar y calificar y que con cierto entrenamiento previo pueden ser aplicadas por el psicólogo clínico dentro de la práctica clínica institucional.


Siendo el objetivo fundamental de este trabajo el evaluar la utilidad de las escalas en la práctica clínica psicológica podemos concluir que la evidencia indica que las escalas aparecen como instrumentos sumamente útiles y valiosos ya que la información que proporcionan acerca del paciente es importante y relevante como complemento del diagnóstico clínico. A través de las distintas áreas (familiar, social, ocupacional, personal, etc.) se puede obtener una idea precisa acerca del funcionamiento social del paciente, tanto en el contexto hospitalario como en la comunidad.

La información que se obtiene a través de la escala puede ser considerada como un diagnóstico social que sumado al diagnóstico clínico sirva para conocer mejor al sujeto y de esta forma tener una visión más completa de la historia del paciente y que en consecuencia esto comprenda un enfoque integrado de los factores clínicos y socia-

les que sirvan finalmente para la evaluación, tratamiento, prevención y rehabilitación del enfermo mental.

Las escalas además de medir el funcionamiento social del paciente también proporcionan información acerca de los síntomas y psicopatología del paciente teniendo de esta forma una interrelación de los factores clínicos y sociales, es decir que los factores psicosociales sirvan para enriquecer nuestro conocimiento de la problemática del enfermo mental en términos de su ajuste o desajuste social. Las escalas además de ser utilizadas como un complemento del diagnóstico clínico pueden ser utilizadas específicamente para evaluar el funcionamiento social de los pacientes cumpliendo de esta forma dos funciones importantes.

El psicólogo clínico por su parte puede obtener importantes beneficios al tener acceso al uso de las escalas. Se beneficiaría recibiendo capacitación acerca del uso del instrumento lo que lo colocaría en la posición de contar con otro elemento importante que le permita conocer mejor al paciente y que a la vez incremente su repertorio como psicólogo clínico en la práctica hospitalaria. Asimismo, tendría la oportunidad de adquirir un conocimiento más profundo del tema en cuestión, que lo lleve a interesarse en el campo de la investigación clínica con la posibilidad de desarrollar una escala, combinando de esta forma la práctica clínica con la investigación científica que a mi forma de ver debería ser la meta fundamental



del psicólogo clínico. De esto se desprende el poder publicar los resultados de los estudios, contribuyendo de esta forma a un mejor entendimiento del enfermo mental tanto en el área de la psicología clínica como en el área de salud mental en general.

Un último aspecto debe ser tomado en cuenta en lo que respecta a algunas consideraciones futuras de las escalas, en el ámbito latinoamericano.

La revisión de las escalas nos ha hecho ver que éstas pueden servir como referencia para adaptar o desarrollar otras escalas en Latinoamérica.

La utilidad del trabajo radica en que más que adaptar se debe considerar el crear instrumentos en base a nuestra realidad, tomando como criterio inicial, los aspectos socioculturales propios de cada cultura. Es obvio que el nivel cultural de cada sociedad influiría en el desarrollo de una escala. Por ejemplo, las diferencias de clases sociales o de estratos socioeconómicos haría que para cada grupo sea necesaria una escala. Sin embargo, tomando en cuenta los factores socioculturales se puede desarrollar un solo instrumento que incluya todos los aspectos de funcionamiento social de cada uno de los grupos que componen la sociedad. Asimismo, es importante desarrollar una terminología apropiada referente al ajuste o desajuste social en Latinoamérica. El capítulo anterior puede ser de utilidad ya que incluye los aspectos más importantes para el desarrollo de una escala.

En base a las escalas estudiadas se pueden mencionar algunas limitaciones que podrían tener las escalas para Latinoamérica y que deben ser tomadas en cuenta; como la evaluación de actividades del individuo en la comunidad. Este aspecto en Latinoamérica varía de una clase social a otra, lo que requeriría estandarizar las escalas o que la escala incluya los aspectos de cada clase social.

Las entrevistas autoaplicables presentarían problemas para gente con limitadas habilidades de lectura y escritura y el problema sería mucho peor para gente que no sabe leer ni escribir. El factor escolaridad debe por lo tanto ser tomada en cuenta como un aspecto importante en la aplicación de la escala.

Otros métodos más sofisticados de aplicación como la obtención de datos a través del correo y del teléfono, también presentarían problemas. En ciertos casos por la ineficiencia del sistema postal y en otros casos porque la gente de bajos recursos simplemente no tiene teléfono a través del cual se pueda obtener la información necesaria.

Otro aspecto en el área ocupacional; algunas escalas miden, el realizar trabajos eventuales, como un signo de desajuste. En la realidad Latinoamericana una gran proporción de gente vive o sobrevive realizando trabajos eventuales ya que ésta es una de las pocas alternativas que la sociedad ofrece para gente no capacitada o con pocas habilidades laborales. En este caso se tendría que evaluar

lo que significa para un individuo tener una serie de trabajos eventuales, vivir así, y qué elementos de juicio se tendrían que tomar en cuenta para medir su ajuste en esta área.

A diferencia de otros países, el hecho que un individuo realice trabajos eventuales no sería considerado como un sinónimo de desajuste ya que el realizar este tipo de trabajos sería el desempeñar el patrón de vida del grupo social al cual el individuo pertenece.

Se considera por lo tanto, el desarrollar técnicas de investigación que midan el ajuste o desajuste del individuo en la cultura latinoamericana. No solamente se debe hablar de una cultura sino de una sociedad compuesta de varias culturas.

El desarrollo de las técnicas debe ser hecho en una forma sistemática y con una metodología propia. Se debe llegar a tener una mentalidad investigadora. De la Fuente (1980) explica que: "no solamente necesitamos conocer mejor nuestros problemas sino que también debemos contribuir al avance general del conocimiento" de manera que el psicólogo no sea un simple aplicador de pruebas psicométricas sino que siendo un profesionalista con especialidad pueda desarrollar un trabajo clínico de alta calidad y de esta forma poder combinar, algo mencionado anteriormente, la práctica clínica con la investigación científica. No se pretende hacer un examen de conciencia sobre el rol del psicólogo clínico sino más bien considerar que el uso de las escalas es algo útil y necesario en la práctica

clínica institucional y que conforme avance el tiempo sea este un trabajo que tarde o temprano se deba realizar.

Por otra parte no es tan simple dar recomendaciones. Se podría decir que para la realidad de Latinoamérica la investigación sería como un lujo. Esto desde luego varía de un país a otro. El trabajo orientado hacia la investigación clínica, en este caso, es un tema un tanto debatible y algo rechazado. Poca gente se dedica a la investigación como trabajo principal. Otros le dan un contenido mágico a la palabra, ya que cualquier actividad que realizan la consideran como investigación. Si la investigación es posible de llevar a cabo es necesario crear nuestro propio sistema de investigación con la condición de que éste sea siempre en beneficio de la salud y bienestar del enfermo mental.

No se pretende ser demasiado intelectuales o científicos, sino más bien tratar de identificar y reconocer nuestros problemas y darles soluciones prácticas, caso contrario corremos el peligro de ser demasiado superficiales. En Latinoamérica carecemos de una identidad propia de investigación y la copia o aplicación de modelos utilizados en otras culturas no es lo más aconsejable para la posible solución de nuestros problemas. Parece ser que la investigación nos da la oportunidad de llevar a cabo esta tarea y quizá ofrecer algunas respuestas alentadoras.

Aparentemente el tema del ajuste social no ha sido abordado a fondo en Latinoamérica. En la práctica clínica se habla del funcionamiento social de los pacientes tanto en el contexto hospitalario como en la comunidad, pero no se le da al tema la importancia que requiere, aspecto visto a lo largo de este trabajo.

En esta tesis se ha tratado como tema principal el funcionamiento social del paciente en términos específicos de su ajuste o desajuste psicosocial. Hemos visto que la enfermedad mental no puede ser explicada por un sólo factor, sino por varios factores, en este sentido se considera que las escalas por su utilidad pueden contribuir a un mejor conocimiento del paciente en la práctica clínica psicológica institucional.

BIBLIOGRAFIA

- Barrabee, R.; Barrabee, E.L.; Finesinger, J.: A normative social adjustment scale. *Am. J. Psychiatry.* 112:252-259, 1955. L
- Becker: *Outsiders and his the other side: Perspectives on deviance.* New York: The Free Press, 1964. L
- Benedict, R.: *Continuities and discontinuities in cultural conditioning, in Kluckhobor and Murray. Personality in nature society and culture.* New York, 1948. L
- Berger, D.G. y cols.: The post-hospital evaluation of psychiatric patients: the social adjustment inventory method. *Psychiatry Stud. Proj. 2:* 1-30, 1964. L
- Boehm, W.W.: The role of psychiatric social work in mental health. In A.M. Rose (Ed.). *Mental Health and Mental Disorder.* New York: Norton, 1955. L
- Braunstein, N.; Pasternac, M.; Benedito, G.; Saal, F.: *Psicología, Ideología y Ciencia, Siglo Veintiuno Editores, S.A.* 1976. L
- Brayfield, A.H.: Human effectiveness. *Amer. Psychol.* 20:645-651, 1965. L
- Cameron, N.A.; Margaret, A.: *Behavior Pathology.* Boston, 1950 L
- Camerott, N.A.: Role concepts in behavior pathology. *Amer. J. Sociol.* 55, 464-467. 1950. L
- Cavan, R.S.; Burgess, E.W.; Havighurst, R.J. y Goldhamer, H.: *Personal adjustment in old age.* Chicago: Science Research Assoc. 1949. L
- Clark, A.W.: The personality and social network adjustment scale. *Hum. Rel.* 21:85-96, 1968. L
- Clark, A.W.: Conditions influencing patient response to treatment in a therapeutic community. *Soc. Sc. Med.* 1, 1967. L
- Cohen, A.: *The study of social disorganization and deviant behavior. Sociology Today: Problems and Prospects.* New York: Basic Books, Inc. 1959. R

- Coleman, J.: *Abnormal Psychology and Modern Life*. Scott, Foresman and Company, Glenview, Illinois, London 1972. L
- Cooper, B.: *Social work in general practice: The Derby Scheme*. *Ibid.* I 539-542, 1976. L
- Cronbach, L.J.: *Essentials of psychological testing*. New York, Harper, 1949. L
- Chaplin, J.P.: *Dictionary of Psychology*. Dell Publishing, Co., Inc. N.Y., N.Y. 1974. L
- Dekker, D.; Webb, J.: Relationships of the social readjustment rating scale to psychiatric patient status, anxiety and social desirability. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 18:125-130, 1974. R
- De la Fuente, R.: La prevención y la intervención temprana en los desórdenes mentales de los niños en los programas de salud mental. *Salud Mental*, Vol. 3, No. 3, Otoño, 1980. R
- East, Madigan, M.: *Psychology, principles and applications*. The C.V. Mosby Company, Saint Louis. 1970. L
- Ellsworth, R.B.; Foster, L.; Childres, B. y cols.: Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patients, their family and staff. *J. Consult. Clin. Psychol.* 32, 2:1-14, 1968. L
- Endicott, J.; Spitzer, R.L.: Current and past psychopathology scales (CAPPs): Rationale, reliability and validity. *Arch. Gen. Psychiatry*. Vol. 27: 678:687, 1972. R
- Endicott, J.; Spitzer, R.L.: What! Another rating scale? The psychiatric evaluation form. *J. New Mental Di.* 154: 88-104, 1972. L
- English, H.B.; English, A.: *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*. London: Longmans, Green, 1958. L
- Erikson, Kai, T.: *Wayward puritans: A study in the sociology of deviance*. New York. John, Wiley and Sons, Inc. 1966. L
- Faris, R.E.L.; Dunham, H.W.: *Mental disorders in urban areas*. Chicago; University of Chicago Press, 1939. L
- Fitzgerald, R.: The social worker and general practice. *Psychiatry in general practice*. 219-224. Feb. 1970. L

- Forman, J.A.S.; Fairbairn, D.M.: Social case-work in General Practice. Oxford University Press. 1968. L
- Frank, J.: Psicopatología y Personalidad en Theodore Millon. 2a. Edición, Nueva Edit. Interamericana, México, 1974. L
- Frasier, et al: Terminología psiquiátrica y de la clínica psicológica. Edit. Trillas, 1976. L
- Freeman, H.E. y Simmons, O.G.: Mental Patients in the community: family settings and performance levels. Amer. Sociol. Rev. 23:247-254, 1958. R
- Fromm, E.: Psychoanalytic characterology and its application to the understanding of culture. S.S. Sargent y M.W. Smith, ed. Culture and personality, New York: Viking Fund. 1949. L
- Goldberg, E.M. y cols.: Lancet 2, 552. 1968. L
- Goode, W.J.: A theory of role strain. Amer. Sociol. Rev. 25, 483-496, 1960. R
- Gurland, G.J.; Yorkston, N.J.; Goldberg, K. y cols.: The structured and scaled interview to assess maladjustment (SSIAM: II Factor analysis, reliability and validity). Arch. Gen. Psychiatry. 27:264-267, 1972. L
- Gurland, B.J.; Yorkston, N.J.; Stone, A.R. y cols.: The structured and scaled interview to assess maladjustment (SSIAM): In: Description, rationale and development. Arch. Gen. Psychiatry. 27:259-264, 1972. L
- Holmes, T.; Rahe, R.: The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic research. Vol. 11:213-218, 1967. R
- Hollander, E.: Principios y métodos de psicología social. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976. L
- Hollingshead, A.B.; Redlich, F.C.: Social stratification and psychiatric disorders. American Sociological review. 18:163-169, 1953. R
- Hollingworth, H.L.: Abnormal psychology, New York; Ronald, 1930. L
- Horney, K.: The neurotic personality of our time, New York, 1937. L
- Joint Commission on Mental Illness and Health. Action for mental health. New York: Basic Books, 1961. R

- Katz, M.M.; Lyerly, S.B.: Methods of measuring adjustment and social behavior in the community: I. Rationale, description discriminative validity and scale development. *Psychological Reports*. 13: 503-535, 1963. L
- Kitsuse, J.I.: Societal Reaction to deviant behavior: problems of theory and method, in Becker, the other side. pp. 87-102. New York. The Free Press, 1964. L
- Klineberg, O.: Social psychology. New York: Holt, ed. 1954. *Psicología Social*. México: Fondo de Cultura Económica, 1965. L
- Kroger, R.O.: The effects of role demands and test cue properties upon personality test performance. *J. Consult. Psychol.* 31, 304-312, 1967. L
- Lapouse, R.: Who is sick? *American Journal Orthopsychiatry*. 35:138-144, 1965. L
- Linn, M. y cols.: A social disfunction rating scale. *J. Psychiat. Res.* Vol. 6:299-306, 1969. B
- Linton, R.: The cultural background of personality. New York, Appleton-Century-Crofts, 1945. L
- Manis, M.; Houts, P.S. and Blake, J.B.: Beliefs about mental illness as a function of psychiatric status and psychiatric hospitalization. *Journal of abnormal and social psychology*. 67:226-233, 1963. B
- Martin, A.: *Diccionario del Español Moderno*. Aguilar, S.A., Ediciones, 1975. L
- McNair, D.M.; Lorr, M.: Three kinds of psychotherapy goals. *J. Clin. Psychol.* 20: 390-393, 1964. L
- Mandel, N.G.: *Mandel Social Adjustment Scale*. Minneapolis, University of Minnesota, 1959. L
- Maslow, A.H.: *Motivation and personality*. New York: Harper, 1954. *Motivación y personalidad*. Buenos Aires, Arco, 1967. L
- Menninger, K.: *The human mind* (3rd. ed.). New York: Knopf. 1945. L
- Menninger, K.; Mayman, M.; Pruyser, P.: *The vital balance*. New York. Viking, 1963. L

- Mental Health and Mental Disorder: New York: Norton, 1955. L
- Merton, R.: Social Problems and Sociological Theory in Contemporary Social Problems. 2nd. Ed. New York: Harcourt, Brace and World, Inc. 1966. pp. 808-811. L
- Merton, R.K.: The role set. Brit. J. Sociol. 8, 106-120. 1957 L
- Newcomb, T.M.: Social Psychology. New York. Holt, Rinehart, and Winston, 1950. L
- Nunnally, J.C., Jr.: Popular conceptions of mental health. New York: Holt, 1961. L
- Parloff, M.B.; Kelman, H.C.; Frank, J.D.: Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy: Am. J. Psychiatry. 111: 343-351, 1954. L
- Parsons, T.: Definition of health and illness in the light of american values and social structure. En Jaco: Patients physicians and Illness. New York, 1958. L
- Porot, A.: Diccionario de Psiquiatría. Ed. Labor, S.A. 1977. L
- Price, R.H.: Abnormal Behavior, perspectives in conflict. Holt, Rinehart and Winston, Inc. 1972. New York, Chicago, J. Frisco, Atlanta, Dallas, Montreal, Toronto, London, Sydney. L
- Pronko, N.H.: Textbook of abnormal psychology. Baltimore; Williams and Wilkins, 1963. L
- Roen, S.R.; Buernes, A.J.: Community adaptation schedule preliminary manual. New York. Behavioral Publications Inc. 1968. L
- Ruesch, J.; Brodsky, C.M.: The concept of social disability. Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 19, 394-403. Oct. 1968. R
- Ruesch, J.: The assessment of social disability. Arch. Gen. Psychiatry. Vol. 21: 655-664. Dec. 1969. R
- Sarbin, T.; Allen, V.: Role theory. 488-567. The Hand-book of social psychology, 2nd. ed. Editado por Gardner Lindzey y Elliot Aronson. Univ. of Texas. Vol. IV. Group Psychology and Phenomena of Interaction. Addison-Wesley Publishing, Co. Inc. Menlo Park, Calif., Massachusetts, London, Amsterdam, Don Mills, Ontario, Sydney, 1969. L

- Szasz, T.S.: The psychiatric classification of behavior: a strategy of personal constraint. In: L.D. Eron (Ed.). The classifications of behavior disorders. Chicago Aldine, 125-170, 1966. L
- Shepperd y cols.: Psychiatric Illness in General Practice. Oxford Univ. Press. London, 1966. L
- Simon & Schuster, Inc.: International Dictionary English-Spanish, Spanish-English, 1973. L
- Sylph, J.; Kedward, H.B.; Eastwood, M.R.: Chronic neurotic patients in general practice. R. Coll. Gen. Practit. 17, 162, 1969. L
- Spitzer, R.L.; Endicott, J.; Fleiss, J.L. y cols.: The psychiatric status schedule: A technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. Arch. Gen. Psychiatry. Vol. 23: 41-55, 1970. R
- Srole, L.; Langner, T.S.; Michael, S.T.; Opler, M.K. y Rennie, T. A.C.: Mental Health in the metropolis. Midtown Manhattan Study. Vol. 1, New York: McGrall-Hill, 1962. R
- Scott, W.A.: Research definitions of mental health and mental illness. Psychological Bulletin. 55: 29-45, 1958. L
- Tarnopolsky, A. y cols.: Enfermedad Mental e Incapacitación Social. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXXIV. No. 3, R Marzo, 1973.
- Teaton, J.R.: Some sociological considerations on the problem of adjustment in older people. En Social and Psychological Aspects of Aging. Fifth Congress of the International Association of Gerontology, 1960. New York, Columbia University Press, 1962. L
- Thomas, J. Scheff: Being mentally ill: A sociological theory. Chicago Aldive Publishing Company, 1966. L
- Ullman, P.; Krasner, L.: A psychological approach to abnormal behavior. Prentice-Hall, Inc. Englewood, Cliffs, New Jersey, 1969. L
- Vail, D.J.; Lucero, R.J. y Boen, J.R.: The relationship between socioeconomic variables and major mental illness in the courties of a midwestern state. Community mental health Journal, 2:211-212, 1966. R
- Warren, H.; Howard, C.: Diccionario de Psicología, Fondo de Cultura Económica. México, 1977. L

Webster's New Collegiate Dictionary. Springfield, Mass. G. y C. Merriam, 1960. L

Weider, A.; Wolff, H.G.; Brodman, K.; Mittelman, Bela, y Wechsler, D.: Cornell Index: revised manual. New York. Psychological Corp. 1949. L

White, R.W.: Motivation reconsidered: The concept of competence, Psychological Review. Vol. 66, 297-334, 1959. R

Weissman, M.; Bothwell, S.: Assessment of social adjustment by patient self-report. Arch. Gen. Psychiatry. Vol. 33:1111-1115, 1976. R

World Health Organization: Wide research needed to solve the problem of mental health. World Ment. Health, 1960. L

Woodward, J.L.: Changing ideas on mental illness and its treatment. American sociological review. 16: 443-454, 1951. L

Zax, M.; Klein, A.: Measurement of personality and behavior changes following psychotherapy. Psychol. Bull. 57:435-448, 1960. L

Zubin, J.: A cross cultural approach to psychopathology and its implications for diagnostic classification. The classification of behavior disorders. Chicago, Aldine, 1966. L