

# EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN PACIENTES MENTALES: SU IMPORTANCIA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Dr. Marcelo Valencia C.\*

## Summary

The importance and influence of social and cultural factors in illness which had always been considered exclusively from the organic and psychological point of view is an aspect whose importance is increasing every day.

The influence of social cultural factors has motivated general practitioners, psychiatrists and psychologists to develop techniques and instruments to evaluate social functioning, specially of people who are considered socially deviated. Since their (the deviated) behavior is not socially accepted they undergo psychotherapeutic treatments as well as various forms of rehabilitation programmes.

In traditional medicine and psychiatry, certain type of pathology was needed to determine disorders. Today modern psychology and psychiatry have changed and one of their objectives is to carry out an evaluation of the individual's ability to function in a social context. Psychopathology is now only a factor which determines the person's illness. The social component is another significant determinant to indicate if the subject has to be hospitalized, referred to psychotherapy or whether he needs another kind of treatment.

Social factors can affect many clinical conditions which are seen every day in the clinical practice and, therefore, can precipitate or extend mental illness. In many cases the clinical content of the problem is minimal and the consultation of the patient may be due to his incapacity to confront stress or life events.

Scientific research has shown that the organic, psychological or social point of view does not offer a complete vision of the problem. An interdisciplinary way of looking at it which integrates biological, psychological and sociocultural factors which could affect the patient has emerged in a gradual form. This will let us have a clinical comprehensive picture of the patient, in other words a whole person medicine (Fitzgerald 13).

The biopsychosocial model considers the importance of social as well as psychological factors. This model considers the individual as a biopsychosocial entity, which implies that the organic factor is also included as another important element of this model which is formed by three important elements: 1. Basic needs of biological origin (like eating, sleeping, etc.). 2. Psychological internal states of behaviour. Needs and satisfactions, ie: affect, social acceptance, etc. 3. Sociocultural aspects like the environment, social status, cultural factors, etc.

Nowadays an interdisciplinary mental health team formed by clinicians, psychiatrists, clinical psychologists, social workers, therapists, rehabilitators, nurses, etc. work in the clinical institutional practice in the evaluation, care and treatment of the mentally ill.

Social functioning is based upon "Role Theory". This theo-

ry takes into account the patient's role performance in given social situations, as well as the conditions that are given to determine variations of role playing of each individual. Main attention is given to the social behaviour of the individual. The "Role Theory" closes the gap between the individual and his group and between his personal history and the social organization. The study of the individual as someone isolated from his social group does not take place within the "Role Theory".

The relationship between "Role Theory" with social functioning refers that the individual, in his social life, is in a constant process of playing his roles in different areas of his life: personal, social, family life, occupational, sexual, etc. The social functioning evaluates the individual's capacity to play his roles effectively.

Social functioning has been evaluated in terms of adjustment, maladjustment, effective functioning, dysfunction, social norms: real and ideal social readjustment, adaptation, lack of adaptation, social behaviour, role playing, etc. In order to evaluate social functioning a variety of scales have been developed to measure this area of study.

There is not a consensus about the different concepts of social functioning, nor about the various ways of evaluating this field of study. Therefore, it has been concluded that any scientific agreement will be based more in a theoretical persuasion basis than in an agreement on the theme in itself.

It could be of importance to elaborate scales of social functioning since in Latin America this theme has not been studied deeply. An investigation is being carried out in the IMP (Mexican Institute of Psychiatry) which main objective is to elaborate a scale to evaluate the social functioning of patients attending consultation in a Health Centre.

It is important to have a substantial change in that the traditional medicine of individual orientation becomes a medicine of a social orientation. This change should take place in psychiatry as well as in modern clinical psychology, so that social factors are taken into account as important elements in the diagnosis, prognosis and treatment of the mentally ill.

## Resumen

Un aspecto que día a día cobra más trascendencia en el campo de la salud mental es el que se refiere a la importancia e influencia de los 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 ha motivado a médicos, psiquiatras y psicólogos a desarrollar técnicas e instrumentos para evaluar el funcionamiento social de los individuos, especialmente de aquéllos considerados como desviados socialmente, los cuales, por apartarse de las normas impuestas por la sociedad, son sometidos a tratamientos psicoterapéuticos así como a diversos programas de rehabilitación.

Los factores sociales pueden afectar muchas condiciones clínicas que se presentan en la práctica hospitalaria y, por lo

\*Jefe de Proyecto e Investigador del Dpto. de Investigaciones en Servicios de Salud. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

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 para enfrentarse al estrés del ambiente o a cualquier acontecimiento o evento común.

El funcionamiento social está basado en la teoría de roles, la cual gira alrededor del desempeño de roles de las personas en determinadas situaciones sociales, así como de 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 estudio del individuo en forma aislada no tiene cabida en la Teoría de Roles.

El funcionamiento social ha sido evaluado en términos de ajuste, desajuste, funcionamiento efectivo, disfunción, normas sociales, reporte social, adaptación, desadaptación, conducta social, desempeño de roles, etc., para lo cual existe una variedad de escalas, que se revisan en este artículo.

No existe un consenso acerca de los distintos conceptos de funcionamiento social, ni tampoco acerca de las diversas formas de evaluación, por lo que se ha concluido que cualquier acuerdo científico estaría basado más que todo en una persuasión teórica que en un acuerdo sobre el tema en sí mismo.

Se sugiere elaborar y diseñar escalas de funcionamiento social ya que aparentemente en Latinoamérica no se ha abordado a fondo este tema de estudio. Es importante que se opere un cambio sustancial en la medicina y psiquiatría tradicional, de manera que se tomen en cuenta los factores sociales como elementos importantes en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente mental.

Un aspecto que día a día cobra más trascendencia en el campo de la salud mental es el que se refiere a la importancia e influencia de los 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 ha 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, por apartarse de las normas impuestas por la sociedad, son sometidos a tratamientos psicoterapéuticos así como a diversos programas de rehabilitación.

Forman (14) encontró relación entre los factores sociales y emocionales, y el diagnóstico. Shepherd (37) señala que los factores sociales deberían ser considerados como elementos importantes en la etiología de la enfermedad mental. Sylph (38) observó que algunos pacientes neuróticos crónicos presentaban problemas de ajuste social y psicosocial. Cooper (6) mencionó una asociación entre desórdenes psiquiátricos y varias formas de dificultad social. Tarnopolsky (40) encontró que algunas personas afectadas por síndromes psiquiátricos sufrían de incapacidad social. Dekker y Webbs (8) consideran que los eventos que producen tensión están relacionados con cierto deterioro psicológico.

En la medicina y en la psiquiatría tradicionales se dependía de la presencia de cierta patología para determinar padecimientos. Hoy en día la psicología y la psiquiatría modernas han cambiado y entre sus objetivos está el realizar una evaluación de la habilidad

de la persona para funcionar y desempeñarse en un contexto social. La psicopatología es ahora sólo un factor que determina la enfermedad del sujeto; la naturaleza del ambiente social sería otro determinante significativo que indicaría si el sujeto debe ser hospitalizado, enviado a psicoterapia o si debe recibir otra clase de tratamiento.

Lo que se aplica hoy en día en la práctica clínica institucional es un enfoque interdisciplinario en el que los equipos de salud mental, constituidos por médicos, psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas, rehabilitadores, enfermeras, etc., se dedican a la evaluación, al cuidado y al tratamiento del enfermo mental. Este sistema permite hacer una valoración total del paciente a la vez que reconoce la importancia y relevancia de los factores sociales y emocionales en la enfermedad mental, que junto con los aspectos clínicos y la noción de prevención, diagnóstico y tratamiento en el individuo, deben considerarse en relación a los 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 (13).

Los factores psicosociales pueden afectar muchas condiciones clínicas que se presentan en la práctica hospitalaria 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 para enfrentarse al stress del ambiente o a cualquier acontecimiento común.

### Las necesidades del individuo y el modelo biopsicosocial

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

Algunos autores se han dedicado a estudiar estos aspectos. Newcomb (29) considera tres factores que el individuo debe poseer para poderse incorporar a la sociedad humana: capacidad de irritabilidad, de respuesta y de aprendizaje. Haciendo uso de estas tres capacidades, el individuo puede participar en el proceso de interacción social y recibir la influencia de éste para posteriormente adquirir y desarrollar conductas sociales adecuadas. Fromm (15) 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 que se refiere a las motivaciones de los seres humanos. Sobre este tema se ha desarrollado una variedad de esquemas explicativos. Linton (24) propone tres necesidades: la necesidad de respuesta emocional, la de seguridad y la de experimentar cosas nuevas. Klineberg (22) considera dos tipos de motivos: los que tienen base fisiológica y los que se manifiestan a causa de pautas sociales. White (42) habla acerca del deseo humano de experimentar y dice que tener habilidad para poder manejar el medio es una característica humana importante. Maslow (26), en su jerarquía de motivos, considera las necesidades fisiológicas, las de seguridad, las de pertenencia y las de amor y de estima como las más importantes.

Considerando las necesidades y motivaciones 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 social o culturalmente es algo imprescindible para el ser humano, lo mismo que obtener su propia identidad y realización personal, y querer que su experiencia sea más o menos predecible; existe también en él, el deseo de experimentar usando sus propias habilidades y así poder enfrentarse al ambiente viviendo nuevas experiencias.

Estas consideraciones nos permiten plantear un aspecto importante relacionado con las necesidades del individuo.

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.

Estamos hablando del modelo biopsicosocial que, por un lado, reconoce la importancia de los factores sociales así como de los psicológicos. Este modelo parte de la noción de que el individuo es un ser biopsicosocial, lo que implica el tomar en cuenta el factor orgánico como otro elemento importante dentro de este esquema, el cual estaría compuesto de tres elementos principales:

1. Necesidades básicas de orden biológico, como comer, 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 que llegue a una apropiada resolución de sus problemas.

Este equilibrio o armonía produce satisfacción, lo cual significa que el individuo presenta un buen nivel de funcionamiento tanto biológico y psicológico, como social.

Por otro lado, la combinación inadecuada produce lo contrario: desequilibrio, falta de adaptación, frustra-

ción e incapacidad para manejar sus problemas.

## Consideraciones teóricas

El funcionamiento social está basado en la Teoría de Roles, que ha adquirido considerable importancia a través de los años. Constantemente escuchamos acerca de los roles que una u otra persona debe desempeñar en las diversas actividades de su vida cotidiana.

“Rol” es un término prestado directamente del teatro, es una metáfora que intenta indicarnos 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 diversidad de conductas que los hombres y mujeres realizaban en la vida real como miembros de la sociedad. La continuidad de la metáfora va de la vida real al drama y del drama a una teoría psicológica acerca de individuos que actúan dramas de la vida real.

En lo que se refiere a la palabra “teoría” en el contexto de la Teoría de Roles, Sarbin y Allen (36) la entienden como una serie de proposiciones que, empleando un idioma congruente, guía a la búsqueda de los hechos.

La teoría gira alrededor del desempeño de roles por las personas en determinadas situaciones sociales, así como de 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 estudio del individuo en forma aislada no tiene cabida 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 ésta la conducta apropiada a la posición social conferida o designada al actor? O sea, ¿la actuación del actor indica que éste ha tomado en cuenta el contexto ecológico en el cual ocurre la conducta? En resumen ¿ha seleccionado el actor el rol correcto?

2. ¿Su desempeño es el apropiado? Esto es, ¿la conducta realizada cumple las normas que sirven al observador a la vez como un criterio de evaluación? ¿La actuación evaluada es buena o mala?

3. ¿El desempeño es convincente? O sea, ¿el desempeño puede llevar al observador a expresar sin equivocarse que el actor está ocupando una posición legítima? (36).

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

Como parte del desempeño de los roles existen tres factores importantes por su utilidad práctica y conceptual: 1) El número de roles; 2) la involucración

y el esfuerzo del organismo y 3) las prioridades en el desempeño de los roles.

### 1) Número de roles

No cabe duda que cuantos más roles pueda desempeñar un actor, 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 (4) 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 conducta, 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 aquella que tenga 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, desde un nivel de alta intensidad hasta un nivel de involucración mínima.

### 3) Prioridad en el desempeño de roles

Se refiere a la cantidad de tiempo que pasa una persona desempeñando un rol, en relación 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.

Muy brevemente y en términos generales, podemos concluir que en la Teoría de Roles, el desempeño del rol es un acto social considerado como una secuencia compuesta de varias etapas.

Primero 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 localice y determine su propio rol activando, de esta manera, las expectativas del rol correspondiente. El desempeño del rol sería la terminación de la secuencia, es decir, la manifestación de la conducta que sigue en todas las etapas.

La Teoría de Roles parte del punto de vista de que el ser humano es un organismo que interactúa y que está en constante actividad, por lo que su conducta debe acomodarse y asimilarse en la ecología social, que está en cambio constante.

Pero debe formularse una última interrogante: ¿Qué relación tiene la Teoría de Roles con el funcionamiento social? La relación radica en que los individuos, en su vida social, están en un proceso constante de desempeño de sus roles en las diferentes áreas de la vida: personal, social, familiar, ocupacional, sexual, etc.

Otros de los aspectos que comprende la Teoría de Roles son: las expectativas del rol, el lugar adecuado

para desempeñarlo, sus demandas, la congruencia entre uno mismo y el rol, la audiencia, la complejidad del rol, sus conflictos, su aprendizaje, etc. (36, 4, 28 y 41).

### Las escalas de funcionamiento social

Existe una variedad de escalas que evalúan el funcionamiento social.

Barrabee y cols. (1) evalúan el funcionamiento social en términos de ajuste social y aspectos asociados, como normas sociales. Consideran dos 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. Utilizan la norma “ideal” como el determinante o patrón de “un ajuste social satisfactorio”. Como contraparte utilizan la conducta desviada que el sujeto pueda desarrollar, para lo cual consideran varios grados o niveles de desviación, concluyendo que a medida que aumenta su desviación, el individuo se vuelve menos permisivo y presenta un ajuste social más pobre.

Linn y cols. (23) utilizan conceptos como “funcionamiento efectivo” y “disfunción” como extremos opuestos de un continuo. 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, relacionada con sus metas, y la manera como se ve a sí misma en su logro de esas metas. Disfunción, por otra parte, implica descontento e infelicidad acompañada de actitudes negativas hacia uno mismo”. Otros factores, tales como la ansiedad y cierta patología en las relaciones interpersonales, pueden disminuir en la persona la habilidad para manejar adecuadamente ciertas situaciones de tensión, así como para realizarse y actualizarse en lo que concierne a sus roles más significativos. La escala de disfunción social pretende cuantificar observaciones objetivas del individuo en relación a su interacción disfuncional con su medio ambiente.

Holmes y Rahe (19) desarrollaron la escala de reajuste social argumentando que una serie de acontecimientos sociales produce cambios en la vida del individuo y en su continuo ajuste y que estos acontecimientos pueden estar asociados con la aparición de la enfermedad. Los autores dicen: “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 diversos acontecimientos de la vida. Como definición, el reajuste social mide la intensidad y la duración del tiempo necesarios para acomodarse a un acontecimiento de la vida sin tomar en cuenta la deseabilidad de este acontecimiento”.

En relación con la explicación acerca del origen de los acontecimientos de la vida, Holmes y Rahe (19) explican que estos surgieron de la investigación científica y de la experiencia clínica, para lo cual utilizaron como base la Tarjeta Vital (*The Life Chart*), instrumento desarrollado por Meyer (1949). “La Tarjeta Vital es un instrumento que se emplea para organizar los datos médicos como una biografía dinámica, proveyendo de esta forma un método único para demostrar un esquema acerca de la relación de los fenómenos bio-

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

La Escala de Ajuste Social y Personalidad, de Clark (5), está basada en la Teoría de la Psicopatología en un Contexto Social. Esta teoría, también elaborada por Clark, indica que: "mientras el lugar del conflicto psicológico se encuentra dentro de la persona, su origen parte de su red de relaciones sociales" por lo que las contradicciones de esta red externa deben disminuirse en forma considerable a fin de que el individuo pueda obtener una armonía interna.

La base teórica de la escala también comprende dos aspectos importantes: la eficiencia en el desempeño de los roles y el bienestar psicológico de los pacientes.

La entrevista estructurada y la escala para medir el desajuste fue desarrollada por Gurland y cols. (17), quienes presentan el concepto desarrollado por Parsons (31), quien define el desajuste como "un desempeño inefectivo en los roles y tareas para los cuales el individuo ha sido socializado".

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

Se decidió medir el desajuste debido a que el clínico generalmente está más familiarizado con los aspectos de enfermedad que con los de salud. Para ello presentan definiciones detalladas de los diferentes grados de desajuste, pero también incluyen algunos aspectos positivos de salud mental. Para la evaluación del desajuste tomaron en cuenta dos factores importantes de la práctica clínica: el aspecto emocional y la conducta que se seleccionó para ser observada. Estos factores son evaluados en la misma forma en que ocurren en un contexto social. Para la evaluación utilizan tres categorías o tipos de desajuste: tristeza subjetiva, conducta desviada y fricción con otros.

Katz (21) utiliza el área de la salud mental como punto de abordaje para elaborar su escala de ajuste. Su interés radica en ver si ciertas características del paciente, tales como su historia clínica, experiencia social, personalidad, respuesta apropiada al tratamiento, actitudes familiares, desempeño en pruebas psicológicas, etc., están de alguna manera relacionadas con el estado que presenta después de cierto tiempo de haber regresado a la comunidad. De ser así, el autor considera que los instrumentos para medir el ajuste y funcionamiento del paciente en la comunidad podrán contribuir a comprender el proceso de tratamiento y también su conflictiva psicológica. Katz utiliza una variedad de conceptos para medir el desajuste, tales como: ajuste dinámico, funcionamiento social adecuado, ajuste social, ajuste personal y conducta social.

Weissman (43) evalúa el funcionamiento social en términos de ajuste social. La autora elaboró una escala autoaplicable que es una modificación de la escala estructurada para medir el desajuste, desarrollada por Gurland y cols. (17). Weissman explica que el desarrollo de la escala se debió al marcado interés que existía en evaluar el ajuste social en los pacientes, a diferencia de los síntomas anormales, que son detectados a través de escalas sintomáticas en los pacientes psiquiátricos.

Otras escalas, como la de Parloff (30), evalúan el

desempeño de roles así como el aspecto afectivo de estos. Roen (33) utilizó su escala en estudios evaluativos de tratamiento, así como en la psicoterapia. Ellsworth (10) midió síntomas, ajuste y participación social, así como el uso de drogas y alcohol. La escala evalúa el comportamiento en la comunidad y el ajuste de pacientes adultos que previamente estuvieron hospitalizados. El inventario de ajuste social de Berger (2) sirve para evaluar el efecto de programas de tratamiento y la adaptación de pacientes que regresan a la comunidad.

Ruesch (35) construyó su escala para evaluar la incapacidad social de pacientes crónicos con el propósito de desarrollar programas de rehabilitación. La escala evalúa también el deterioro físico del paciente. La escala de Mandel (25) evalúa básicamente la adaptación del individuo a las normas de la sociedad, los roles que desempeña, su salud y su ajuste comunitario.

El grupo de investigación de Spitzer, Endicott, Fleiss y cols. (39), desarrolló tres instrumentos importantes en relación con el funcionamiento social: 1) La Forma de Evaluación Psiquiátrica (*Psychiatric Evaluation Form*, PEF), 1972. 2) Las Escalas de Psicopatología Actual y del Pasado (*Current and Past Psychopathology Scales*, CAPPS), 1972 y 3) el horario del Estado Psiquiátrico (*Psychiatric Status Schedule*, PEF) 1970.

Estos instrumentos combinan la evaluación de la psicopatología con el deterioro en el funcionamiento de roles, o sea, el desajuste social. Las tres escalas son muy recomendables y se usan en la práctica clínica y en la investigación.

En este trabajo se han incluido las escalas más importantes de funcionamiento social. Hemos observado que cada autor utiliza diferentes conceptos en lo que se refiere al desarrollo de las escalas así como a la evaluación del tema de estudio, prevaleciendo los conceptos de ajuste/desajuste en lo que a la evaluación de funcionamiento social se refiere.

Al desarrollar una escala se presentan dificultades al tratar de encontrar conceptos aceptables que llenen las necesidades de la investigación científica. Cada autor utiliza y define sus conceptos en base a las características y necesidades específicas de su investigación. No hay un consenso en la definición del funcionamiento social. Sin embargo, Katz (21) considera que se puede llegar a un acuerdo básico sobre los principios elementales, que estaría basado más en una persuasión teórica que en un acuerdo sobre el tema en sí mismo.

Al tratar de definir el funcionamiento social podemos mencionar el concepto que utiliza Mechanic (27) en el sentido de que un "funcionamiento social satisfactorio depende de la habilidad de la persona para movilizar esfuerzos cuando éstos sean necesarios, de manera que se organicen y se apliquen en forma de habilidades instrumentales y psicológicas en relación con el ambiente social".

Para concluir, podemos decir que el funcionamiento social se refiere a la manera como el sujeto desempeña los roles en las diferentes áreas de su vida: en el área personal, social, económica, sexual, ocupacional,

familiar, etc.\*

## Conclusiones y discusión

Vivimos en una sociedad que cambia constantemente. En relación a esto, Pucheu (32) considera "la necesidad de que se opere un cambio sustancial en el enfoque de una medicina que tradicionalmente ha sido de orientación individual, a una de orientación social; en concordancia, la psiquiatría, como rama de la medicina, requiere de los mismos cambios", y añade, precisamente, que la relación de la psiquiatría social con la medicina individual "consiste en aportar esa comprensión de los factores psicosociales que haya que tener en cuenta tanto en el diagnóstico como en el manejo de la enfermedad, en el paciente individual".

Al hablar del modelo biopsicosocial 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.

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 (34) 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 la crisis, de Dekker y Webb (8), que se refiere a "la idea de que los individuos frecuentemente tienen dificultad para manejar aquellos acontecimientos de la vida que vienen acompañados de tensión y que estos sucesos están a menudo asociados con el deterioro psicológico, lo que implica la necesidad de la intervención terapéutica", sobre lo cual podemos añadir, por otro lado, que cierto deterioro psicológico puede influir en el manejo de los sucesos de la vida por parte del individuo y afectar su desempeño social de manera que se vea impedido para funcionar socialmente en forma apropiada.

El común denominador de estos acontecimientos consiste en que 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 estudiar al individuo y a su medio ambiente podemos decir que para medir o evaluar su funcionamiento social se debe considerar tanto a la persona como a la situación. La evaluación de la persona se refiere al examen de sus problemas psicológicos y sociales. La evaluación de la situación se refiere al desempeño del individuo y a las demandas y la tolerancia del sistema social. Sin embargo, partiendo del planteamiento del modelo biopsicosocial se debe considerar también la

valoración física, teniendo de esta forma una evaluación completa del individuo. Esto hace que la evaluación y el tratamiento del enfermo mental sea trabajo de un equipo multidisciplinario para llegar, de esta forma, a una medicina integral del paciente. La Comisión Conjunta de Salud y Enfermedad Mental (1961), contestando a los tan debatidos y conocidos interrogantes sobre quién es un enfermo, quién está enfermo, quién debe recibir tratamiento, quién debe darlo y cómo, aprobó el slogan de que el tratamiento de la enfermedad mental es "asunto de todos" (*everybody's business*).

Una anormalidad psicológica bien puede influir en el funcionamiento del paciente y adquirir significancia clínica; asimismo, cierta problemática social del paciente también puede influir en su funcionamiento y adquirir significancia clínica para el psiquiatra o psicólogo clínico dentro de la práctica hospitalaria.

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

La conducta social se manifiesta a través de los roles que el individuo desempeña, los que deben ser considerados como importantes y evaluarlos mediante el uso de las escalas.

Dentro del funcionamiento social es importante la relación del individuo y su ambiente social, así como el desempeño de sus roles y la relación que guardan éstos 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 puede manifestarse en términos de su ajuste-desajuste, capacidad-incapacidad, adaptación-desadaptación, normalidad-anormalidad, salud-enfermedad mental, etc.

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

En estudios experimentales de Forman y cols. (14) y de Goldberg (16) se ha encontrado que ciertos tipos o grupos de pacientes pueden clasificarse como:

1. Pacientes con enfermedad física o incapacidad, complicada por problemas sociales y emocionales.
2. Pacientes que presentan problemas sociales asociados con un padecimiento psiquiátrico.
3. Pacientes que presentan síntomas físicos o psicológicos que no tienen un origen orgánico.
4. Pacientes que presentan problemas de una naturaleza puramente social.

En estos grupos de pacientes se puede ver la importancia que tienen 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.

\* El contenido, las características, la descripción, los métodos de aplicación, así como los sistemas de medición y evaluación de las escalas aparecerán en el artículo "Naturaleza metodológica de las escalas" que se encuentra en proceso de revisión.

Estos aspectos se han enfocado aquí desde un punto de vista más específico, el cual nos lleva a recordar el problema en cuestión en lo que se refiere a la importancia que tiene evaluar y determinar el funcionamiento social del paciente. Al respecto, podemos concluir que un funcionamiento social adecuado consiste en el establecimiento de una relación satisfactoria y apropiada entre el individuo y su medio ambiente social, que implica el aprendizaje y modificación de conductas específicas, referidas como roles, que se perciben de acuerdo al desempeño que el individuo haga de éstos, teniendo como referencia el grupo social al que pertenece. La carencia de las habilidades necesarias en el individuo da como resultado un funcionamiento social inadecuado a un desempeño inefectivo de roles y lo incapacita para satisfacer las necesidades indispensables para poder llevar una vida satisfactoria.

Hemos podido ver que existen técnicas de medición, conocidas con el nombre de escalas, para evaluar el funcionamiento social.

Una escala es "una serie progresiva de valores o magnitudes en base a las cuales puede ser cuantificado un fenómeno" (Chaplin, 7).

Una escala de funcionamiento social es un instrumento diseñado para que en una forma más o menos sistematizada el entrevistador pueda recabar impresiones del paciente.

En realidad, es una entrevista en ciertos casos estructurada y otras veces semiestructurada, que dura aproximadamente 30 minutos y que cubre aspectos específicos del funcionamiento social del paciente, es decir, los roles que el paciente desempeña en las diferentes áreas de su vida: personal, social, económica, ocupacional, familiar, etc.

Hay algunas escalas (39) que evalúan la sintomatología y el funcionamiento social, por lo que pueden ser consideradas como escalas de funcionamiento psicosocial.

Las escalas de funcionamiento social han sido utilizadas con diferentes objetivos en la práctica clínica. A través de su uso se han tratado aspectos tales como determinar el grado de funcionamiento social de diferentes tipos de pacientes psiquiátricos, su funcionamiento hospitalario y en la comunidad, su nivel de funcionamiento utilizando a un familiar como informante, los pacientes que en base a su funcionamiento social puedan ingresar a diversos programas de rehabilitación, así como evaluar el nivel de funcionamiento social de aquellos que estuvieron en psicoterapia, la efectividad de diversos tratamientos psicoterapéuticos, y el desempeño social de diferentes poblaciones de diversos estratos socioeconómicos, etc.

Por ejemplo, se puede aplicar una escala en el momento en que ingresa un paciente al hospital, durante el tratamiento y en el seguimiento comunitario, de manera que se puede obtener y evaluar su nivel de funcionamiento en diferentes etapas 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 en la práctica clínica.

No hay dos escalas parecidas, pues cada escala se usa con diferentes objetivos, ya sea para evaluar al paciente hospitalizado o a aquel manejado a través de

la consulta externa, para evaluar los resultados de la psicoterapia, medir el funcionamiento social de los pacientes en una comunidad terapéutica, etc. Sin embargo, todas las escalas están centradas básicamente en el tema del ajuste/desajuste social, al que se considera como un fenómeno observable y medible en la práctica clínica hospitalaria en pacientes que tienen diversas características.

En este trabajo no se recomienda una escala en particular, ya que todas son consideradas de bastante utilidad, dependiendo del uso y aplicabilidad que se le dé a cada una o del estudio que se pretenda realizar. Asimismo, se consideran las escalas como instrumentos fáciles de usar y calificar que, con cierto grado de entrenamiento, pueden aplicarse tanto por el psiquiatra como por el psicólogo clínico dentro de la práctica clínica institucional.

Siendo el objetivo fundamental de este trabajo el evaluar la utilidad de las escalas, podemos concluir que la evidencia indica que éstas son 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 considerarse 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. En consecuencia, esto permite un enfoque integrado de los factores clínicos y sociales 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 la psicopatología de éste, contando así con una interrelación de los factores clínicos y sociales, es decir, los factores psicosociales sirven para enriquecer nuestro conocimiento sobre la problemática del enfermo mental.

Las escalas, además de usarse 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 clínico, por su parte, puede obtener importantes beneficios al tener acceso al uso de las escalas. Se beneficiará si recibe capacitación acerca del uso del instrumento, pues esto lo coloca en posición de contar con otro elemento importante que le permita conocer mejor al paciente. Asimismo, podría adquirir un conocimiento más profundo del tema en cuestión, que lo lleve a interesarse en el campo de la investigación clínica y a la posibilidad de desarrollar una escala, combinando, de esta forma, la práctica clínica con la investigación científica. En esta forma podría dar a conocer los resultados de los estudios, contribuyendo así a un mejor entendimiento del enfermo mental tanto en el aspecto clínico como en el área de la salud mental, en

general.

Debe tomarse en cuenta un último aspecto en lo que respecta a algunas consideraciones futuras de las escalas en el ámbito mexicano y/o latinoamericano.

Las escalas pueden servir de referencia para adaptar o desarrollar otras escalas en México.

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 grupo. Es obvio que el nivel cultural de cada sociedad influiría en el desarrollo de una escala. Por ejemplo, la diferencia de clases sociales o de estratos socioeconómicos haría que fuera necesaria una escala para cada grupo. 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. También sería importante desarrollar una terminología apropiada en relación al funcionamiento social en México.

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. Un ejemplo sería la evaluación de actividades del individuo en la comunidad. En Latinoamérica este aspecto varía de una clase social a otra, lo que requeriría estandarizar las escalas o que éstas incluyeran los aspectos de cada clase social.

Las entrevistas autoaplicables presentarían problemas para personas con limitadas habilidades de lectura y escritura y el problema sería mucho peor para aquellos que no saben leer ni escribir. El factor escolaridad debe, por lo tanto, ser tomado 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 debido a la ineficiencia del sistema postal y, en otros, porque las personas de escasos recursos simplemente no tienen teléfono a través del cual se pueda obtener la información necesaria.

Otro aspecto en el área ocupacional es el que se refiere a que algunas escalas miden como un signo de desajuste el realizar trabajos eventuales. En realidad, una gran proporción de la gente de Latinoamérica vive o sobrevive realizando trabajos eventuales, ya que ésta es una de las pocas alternativas que la sociedad ofrece a aquellos individuos que no están capacitados o que tienen pocas habilidades laborales. En este caso tendría que evaluarse lo que significa para un individuo ocuparse de una serie de trabajos eventuales y vivir así. Habría que saber qué elementos de juicio se tendrían que tomar en cuenta para medir su funcionamiento en esta área.

A diferencia de otros países, el hecho de que un individuo realice trabajos eventuales no se considera como un sinónimo de desajuste, ya que este tipo de trabajo equivale al patrón de vida del grupo social al cual pertenece el individuo.

Se aconseja, por lo tanto, desarrollar técnicas de investigación que midan el funcionamiento social del

individuo en la cultura mexicana y/o latinoamericana\*. No solamente se debe hablar de una cultura sino de una sociedad compuesta de varias culturas.

El desarrollo de las técnicas debe hacerse en una forma sistemática y con una metodología propia. Debe llegarse a tener una mentalidad investigadora. De la Fuente (9) explica que: "no solamente necesitamos conocer mejor nuestros problemas, sino que también debemos contribuir al avance general del conocimiento" de manera que el profesional del área de salud mental pueda desarrollar un trabajo de alta calidad y, de esta forma, poder combinar, si es posible, la práctica clínica con la investigación científica. No se pretende hacer un examen de conciencia, sino más bien considerar que el uso de las escalas es algo útil y necesario en la práctica clínica institucional y que éste es un trabajo que tarde o temprano se debe realizar.

Por otra parte, no es tan fácil dar consejos. Se puede decir que en 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 realicen la consideran como investigación. De ser posible llevar a cabo la investigación, sería necesario crear nuestro propio sistema de investigación, con la condición de que éste sea siempre en beneficio de la salud y del bienestar del enfermo mental.

No pretendemos ser demasiado intelectuales o científicos, sino más bien tratar de identificar y reconocer nuestros problemas y darles soluciones prácticas; en caso contrario, corremos el riesgo de ser demasiado superficiales. Es necesario adquirir una identidad propia en la investigación ya que copiar o aplicar los modelos utilizados en otras culturas no es lo más aconsejable para la posible solución de nuestros problemas. Parece ser que la investigación nos daría la oportunidad de llevar a cabo esta tarea y quizá ofrecer algunas respuestas alentadoras.

Aparentemente, en Latinoamérica no se ha abordado a fondo el tema del funcionamiento social. 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.

En este trabajo se ha tratado como tema principal, el funcionamiento social del paciente mental y su importancia en el campo de la salud mental. Hemos visto que la enfermedad mental no puede ser explicada por un solo factor, sino por varios. En este sentido se considera que por su utilidad, las escalas pueden contribuir a un mejor conocimiento del paciente y operar en beneficio de éste.

\* Actualmente se lleva a cabo una investigación en el Instituto Mexicano de Psiquiatría cuyo objetivo es el diseñar una escala para evaluar el funcionamiento social de pacientes de consulta médica general, 1982.

## REFERENCIAS

1. BARRABEE R, BARRABEE E L, FINESINGER J: A normative social adjustment scale. *Am J Psychiatry*, 112: 252-259, 1955.
2. BERGER D G y COLS : The post-hospital evaluation of psychiatric patients: the social adjustment inventory method. *Psychiatry Stud Proj*, 2: 1-30, 1964.
3. BRANNIGAN G y COLS : Internal-external expectancy, maladjustment and psychotherapeutic intervention. *Journal of Personality Assessment*. 41.1: 71-77, 1977.
4. CAMERON N A, MARGARET A: *Behavior Pathology*, Boston, 1950.
5. CLARK A W: The personality and social network adjustment scale, *Hum Rel*, 21: 85-96, 1968.
6. COOPER B: Social work in general practice: The Derby Scheme. I, 539-542, 1976.
7. CHAPLIN J P: *Dictionary of Psychology*. Dell Publishing Co., Inc. Nueva York, 1974.
8. DEKKER D, WEBB J: Relationships of the social readjustment rating scale to psychiatric patient status, anxiety and social desirability. *Journal of Psychosomatic Research*, 18: 125-130, 1974.
9. 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*, 3 (3), Otoño 1980.
10. 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.
11. ENDICOTT J, SPITZER R L: Current and past psychopathology scales (CAPPS): Rationale, reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 27: 678-687, 1972.
12. ENDICOTT J, SPITZER R L: What. Another rating scale? The psychiatric evaluation form. *J New Mental Di*, 154: 88-104, 1972.
13. FITZGERALD R: The social worker and general practice. *Psychiatry in General Practice*, 219-224, febrero 1970.
14. FORMAN J A S, FAIRBAIRN D M: *Social Casework in General Practice*. Oxford University Press, 1968.
15. FROMM E: Psychoanalytic characterology and its application to the understanding of culture. En: S. S. Sargent, M. W. Smith, (ed.) *Culture and Personality*, Nueva York. Viking Fund. 1949.
16. GOLDBERG E M y COLS: *Social Casework in General Practice*. Oxford University Press, 1968.
17. GURLAND B J, YORKSTON N J, STONE A R y COLS : The structured and scaled interview to assess maladjustment (SSIAM): Description, rationale and development. *Arch Gen Psychiatry*, 27: 259-264, 1972.
18. GURLAND B 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.
19. HOLMES T, RAHE R: The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-218, 1967.
20. JOINT Commission on Mental Illness and Health. *Action for mental health*, Basic Books, Nueva York, 1961.
21. 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.
22. KLINEBERG O: *Social Psychology*, Holt, (ed.) Nueva York 1954. *Psicología Social*. Fondo de Cultura Económica, México. 1965.
23. LINN M y COLS : A social disfunction rating scale. *J Psychiat Res* 6: 299-306, 1969.
24. LINTON R: *The cultural background of personality*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, Nueva York 1945.
25. MANDEL N G: *Mandel Social Adjustment Scale*. University of Minnesota, Minneapolis, 1959.
26. MASLOW A H: Motivation and personality. Harper, Nueva York 1954. *Motivación y personalidad*. Arco, Buenos Aires, 1967.
27. MECHANIC D: Sociological Issues in Mental Health, a Progress in Community Mental Health. 43-66 Bellak, L. y Barten, H. edif. Grune y Stratton, Nueva York, Londres, 1969.
28. NEIMAN L, HUGHES J: *The Problem of the Concept of Role - A Re-survey of the Literature*. Social Forces, 1952.
29. NEWCOMB T M: *Social Psychology*. Holt, Rinehart and Winston, Nueva York, 1950.
30. 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.
31. PARSONS T: Definition of health and illness in the light of American values and social structure. En: *Jaco: Patients, Physicians and illness*. Nueva York, 1958.
32. PUCHEU C: La responsabilidad social del psiquiatra. *Salud Mental*, 4 (1), 1981.
33. ROEN S R, BUERNES A J: *Community adaptation schedule, preliminary manual*. Behavioral Publications Inc. Nueva York 1968.
34. RUESCH J, BRODSKY C M: The concept of social disability. *Arch Gen Psichiatry*, 19, 394-403, octubre 1968.
35. RUESCH J: The assessment of social disability. *Arch Gen Psychiatry*, 21: 655-664, diciembre 1969.
36. SARBIN T, ALLEN V: Role theory. En: *The Handbook of Social Psychology*, 2a. ed. Editado por Gardner Lindzey y Elliot Aronson. Univ. de Texas. Vol. IV. Group Psychology and Phenomena

- of Interaction. Addison-Wesley Publishing, Co. Inc. 488-567. Massachusetts, Londres, Amsterdam. Don Mills, Ontario, Sydney, 1969.
37. SHEPPHERD y COLS: *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford Univ. Press, Londres, 1966.
  38. SYLPH J, KEDWARD H B, EASTWOOD M R: Chronic neurotic patients in general practice. *R Coll Gen Practit*, 17, 162, 1969.
  39. 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*, 23: 41-55, 1970.
  40. TARNOPOLSKY A y COLS : Enfermedad Mental e Incapacitación Social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, LXXIV (3), marzo, 1973.
  41. VALENCIA M: Utilidad de las escalas de ajuste y desajuste psicosocial en la práctica clínica institucional. Teoría de Roles. Tesis 2.2: 18-44, México, D. F., 1981.
  42. WHITE R W: Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-334, 1959.
  43. WEISSMAN M, BOTHWELL S: Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 1111-1115, 1976.