

Confiabilidad de la Escala de Valoración de la Conducta Social (SBAS)

Blanca Rosa Otero*
Ma. Luisa Rascón*

Summary:

The Social Behaviour Assessment Schedule was applied to a sample of 20 informants, relatives of drug addicts and psychotic patients attending a psychiatric hospital, in order to obtain the reliability of the scale by applying the Kappa test, and in order to give some demographic data.

The population using this service has a low educational level. The informants were mostly parents of the patients. The patients were single: 15 men and 5 women of an average of 24 and a half years of age. As for its reliability, the results are presented in two forms: including and excluding the presence of the event in the areas of the social functioning of the patient, the adverse effects on other individuals and the support to the informant (his domestic situation). The level of reliability was the same when the items were separately analyzed in the presence and in the absence of the event, though the distribution by reliability ranks was different. The results obtained and the findings in the global analysis of the scale, which is that of $K = 0.78$ are presented. Due to the transcultural differences, changes must be made to the scale.

Resumen

Se aplicó la Escala de Valoración de la Conducta Social a una muestra de 20 informantes, familiares de pacientes psicóticos y farmacodependientes que asistían a un hospital psiquiátrico, con el fin de obtener la confiabilidad de la escala aplicando la prueba Kappa, y presentar algunos datos demográficos.

La población que hace uso del servicio tiene un nivel bajo de escolaridad. En la mayoría de los casos los informantes fueron los padres. Los pacientes de quienes informaron eran solteros: 15 hombres y 5 mujeres de 24 años y medio como edad promedio. En cuanto a la confiabilidad, los resultados se presentan en dos formas: incluyendo y excluyendo la presencia del evento en las áreas de funcionamiento social del paciente, los efectos adversos sobre otros individuos y el apoyo al informante (situación doméstica). El nivel de confiabilidad fue igual cuando se analizaron por separado los reactivos en ausencia y presencia del evento, aunque la distribución por rangos de confiabilidad fue diferente. También se presentan resultados por sección, así como lo que se encontró en el análisis global de la escala, que fue de $K = 0.78$. Debido a las diferencias transculturales, reconocemos la necesidad de hacerle algunas modificaciones a la escala, las cuales se comentan en el trabajo.

Introducción

Bajo el supuesto básico de que uno de los elementos más importantes de un programa de prevención comuni-

taria para pacientes mentales, es la familia, y siendo ésta casi el único agente de cuidado comunitario, resulta importante abocarse a su estudio.

Ryan y cols (9), encontraron que de la mayoría (75%) de los pacientes internados en el hospital por sus familiares, el 79% regresa a vivir con ellos después de ser dados de alta. La familia se involucra en todas las etapas de la enfermedad; esto es, cuando aparece, cuando se envía al paciente al hospital, durante la hospitalización, después de que se le da de alta y durante el proceso de reintegración del paciente al ambiente familiar. No hay duda de que la familia patológica puede aumentar la probabilidad de recaída del paciente, así como que la familia "sana" puede ayudar a minimizar las probabilidades de recaída; por ejemplo: Leff y Vaughan (6) hicieron una investigación para evaluar el efecto del ambiente emocional en las familias con pacientes psicóticos, sobre la frecuencia de recaídas y encontraron un elevado porcentaje de recaídas en los pacientes pertenecientes a familias que tenían una alta frecuencia de expresión emocional negativa (comentarios críticos, hostilidad y sobreprotección).

En las familias con una alta expresión emocional negativa, las probabilidades de recaer llegaron hasta un 92% si el paciente no tomaba medicamentos. Por otro lado, en las familias con baja expresión emocional de este tipo, las probabilidades de recaer eran solamente del 12%. Así pues, no cabe duda que la familia juega un papel central y fundamental, tanto para la prevención de la enfermedad mental como durante su curso.

No obstante la importancia del tema, y sabiendo "que la familia tiene un papel determinante en lo que se refiere al manejo de pacientes psiquiátricos, sobre todo en países en vías de desarrollo"* , se han hecho relativamente pocos estudios sobre el impacto que causa en la familia el paciente psicótico.

Por lo tanto, consideramos conveniente evaluar en un contexto mexicano los problemas que experimentan las familias de pacientes psicóticos y realizar esta evaluación por medio de un instrumento que permita obtener datos objetivos de dicha problemática, sin pasar por alto la importancia que tiene alcanzar un grado aceptable de confiabilidad. El instrumento al que nos referimos es la Escala de Valoración de la Conducta Social (SBAS), elaborado por Platt (4).

* Investigadoras de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370, Tlalpan, México, D.F.

* PUENTE, F: Reporte Interno sobre el anteproyecto "Problemas experimentados de familias", Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1981.

TABLA 1
Porcentajes de rangos de confiabilidad

<i>Rangos de confiabilidad</i>	<i>Incluyendo ausencia del evento</i>	<i>Excluyendo ausencia del evento</i>
≤ 69	5	5
70 - 79	5	25
80 - 89	30	30
90 - 100	60	40
TOTAL	100	100

N = 20

El SBAS toma la forma de una entrevista estandarizada, semi-estructurada, que involucra al paciente o a su amigo más cercano (Platt, 1980), de la cual se evaluaron las siguientes áreas: ejecución social del paciente; efectos adversos sobre otros; eventos concurrentes y apoyo al informante - vivienda del informante.

La razón por la que se decidió aplicar este instrumento es porque permite obtener de un modo objetivo datos de las diferentes áreas de interacción del paciente con su familia y de la manera en que la familia percibe la conducta del paciente, permitiendo así clasificar la información sin perderse en la subjetividad.

Debido a que consideramos que el primer paso para adecuar una escala extranjera a otro medio es la adaptación, apoyada en la confiabilidad entre entrevistadores, la principal tarea de este artículo es mostrar los hallazgos encontrados sobre este aspecto. Diferentes autores describen la prueba Kappa para obtener el grado de acuerdo en escalas nominales (4, 5, 7).

En el estudio realizado por Platt (8) se encontró, en el 78% de los casos, un índice de confiabilidad entre los entrevistadores, mayor o igual a 0.70 en la prueba Kappa.

La importancia de la confiabilidad de los datos en salud mental es reconocida, y el progreso científico puede apoyarse en el avance de la evaluación confiable de las variables psiquiátricas (1, 2, 3).

Objetivo

Reportar los resultados que se encontraron en la evaluación de la confiabilidad, entre los entrevistadores, por reactivo, sección y globalmente.

Descripción del instrumento

A continuación se describen las áreas de la Escala que fueron valoradas en el estudio que se reporta.

En el área de ejecución social del paciente, se valoran su nivel de ejecución, el nivel de cambio de la ejecución desde la última hospitalización, el nivel de aparición del cambio y el nivel de preocupación del informante.

En relación con los efectos adversos (*v.g.*, discusiones familiares), se valora la aparición de la conducta patológica,

cuándo se inició, la relación con el paciente y la preocupación del informante.

Los eventos concurrentes se califican de dos maneras: aparición o no aparición del evento en los tres meses anteriores a la entrevista, y el grado en que el paciente propició que éste ocurriera.

El apoyo con el que cuenta el informante se califica en términos del grado de apoyo emocional y del apoyo práctico que recibió el informante, tanto de la comunidad como de la institución. Se evalúa también la situación de vivienda del informante.

Procedimiento

Se tomó una muestra de 20 informantes procedentes del servicio de hospitalización parcial de un hospital psiquiátrico. Esta muestra se formó con familiares de los pacientes que acudían a dicho servicio. Procedió a entrevistarlos un equipo de tres psicólogos previamente capacitados para aplicar la Escala.

La entrevista, que duró entre 60 y 90 minutos, se llevó a cabo en un cubículo con él o los informantes y dos de tres psicólogos que cambiaban de papel cada vez. Uno de ellos fungía como entrevistador y el otro como observador.

Características de la población

Como antecedente, cabe mencionar que el hospital en el que se realizó el estudio, alberga a pacientes psicóticos agudos a los que se les prestan diversos servicios.

El nivel de escolaridad de los pacientes era bajo, ya que del 41% de la población, el 11% era analfabeto y el resto no había terminado la primaria. La estancia promedio de hospitalización era de 4 semanas.

Los requisitos para ingresar a este estudio eran: que tuvieran entre 20 y 50 años de edad y diagnóstico de psicosis orgánica, de psicosis funcional o de farmacodependencia.

Otras de las características de este estudio son que el 75% era de hombres y el 25% de mujeres; la edad promedio de los hombres era de 24 años 10 meses y la de las mujeres, de 25 años 8 meses. Todos los pacientes eran solteros.

En lo que se refiere al diagnóstico médico, encontramos que el más común era el de psicosis funcional, con un 45.45%, y el de psicosis orgánica, con un 36.36%; el 18.18% era de farmacodependientes.

En cuanto a la ocupación de los pacientes, se observó que un 61.53% no tenía ninguna ocupación, el 15.38% tenía algún oficio y el 23.07% correspondía a pacientes que solamente estudiaban.

En cuanto a los requisitos del informante, fue necesario que éste, además de ser familiar o amigo del paciente, conviviera cotidianamente con él.

Al estudiar las características de los informantes, encontramos que las personas que daban la información eran mujeres solas (59%); hombres solos (24%) o parejas de hombre y mujer (17%).

Por lo que se refiere al estado civil de los informantes, encontramos que el 80% eran casados, 10% divorciados y 10% viudos.

El parentesco del informante con el paciente fue, en la mayoría, de madre (63%) y de padre (11%), el 19% eran parejas de padres y el 7% algún otro familiar.

Análisis de resultados

Ya que la "confiabilidad es la consistencia con la cual una medición evalúa una característica" (Bartko, 1976), la finalidad básica de este artículo es dar información acerca de la confiabilidad del acuerdo entre los entrevistadores.

Esta se estimó mediante la siguiente fórmula: $\frac{A - B}{A} (100)$

donde A = número de acuerdos y B = número de desacuerdos; también se aplicó la prueba Kappa con el fin de evaluar si el grado de acuerdo observado superaba lo esperado por azar. A fin de definir la población en la que fue probado el instrumento, se presentan algunas consideraciones acerca del grado de preocupación y resignación del informante ante el funcionamiento social del paciente, y los efectos adversos sobre los demás.

En la tabla 1 se muestra la confiabilidad entre los entrevistadores, observada en las áreas del funcionamiento social del paciente, en la de los efectos adversos sobre los demás y en lo referente al apoyo al informante en la situación doméstica. Los porcentajes se obtuvieron de dos maneras: incluyendo los reactivos que indicaban la ausencia del evento (calificados con 9) y, por otro lado, sin tomar en cuenta los reactivos codificados con 9.

El rango de confiabilidad máximo (90-100) fue observado en el 60% de las entrevistas cuando se incluyó el acuerdo ante la ausencia del evento; sin embargo, cuando solamente se evaluó la coincidencia en la evaluación ante eventos presentes, el acuerdo global fue de solamente un 40%.

En la tabla 2 se presentan los porcentajes de los reactivos por área, de $K \geq .90$; $K \geq .80$; $K \geq .70$; también se presentan los resultados en dos modalidades, esto es, incluyendo y excluyendo los reactivos que indican la ausencia del evento. En la sección de ejecución social del paciente, de los 48 reactivos que contiene, únicamente se toman en cuenta 28, ya que el resto presentó un 100% de

acuerdo. En la mayoría de los casos estos valores los determinó el nueve (ausencia del evento).

De los 72 reactivos que componen la sección de efectos adversos sobre los demás, únicamente se tomaron 35 por la misma razón.

En la sección de apoyo al informante y situación doméstica se tomaron los 22 reactivos de esta área.

La sección con mayor porcentaje de reactivos fue la de efectos adversos sobre los demás, con $K \geq .70$ (88.57%), $K \geq .80$ (60%) y $K \geq .90$ (25.71%) cuando se excluyeron los valores no aplicables.

En la tabla 3 se presentan los promedios de Kappa por secciones, así como el promedio por reactivos que se incluyen en cada sección. Encontramos, entonces, que en la ejecución social, el promedio total de Kappa es de .76, y observamos que el puntaje menor por reactivo ($K = .59$) corresponde a la toma de decisiones, y el máximo ($K = .87$) se refiere al manejo doméstico del paciente.

En efectos adversos, el promedio total de Kappa es de .81; presentándose promedios mínimos y máximos por reactivo de .50 y .90, respectivamente. El puntaje mínimo pertenece al tiempo de descanso del informante y el máximo al ingreso disponible del informante y la ejecución laboral-educativa del mismo.

El promedio total de Kappa en apoyo al informante (situación doméstica del informante) fue de .77, con un promedio por reactivos de $K = .61$ como mínimo, correspondiente al apoyo de familiares, así como al apoyo de amigos-vecinos, y $K = .88$ como máximo, que se refiere a la vivienda del informante.

La tabla 4 muestra promedios (Kappa) de los reactivos agrupados de cada sección. Obsérvese que el puntaje más bajo se presentó en ayuda práctica ($K = .60$) de la sección de apoyo al informante-situación doméstica del informante. Asimismo, el puntaje más alto se dio en la misma sección, y corresponde a la vivienda del informante ($K = .88$).

Al intentar comparar los resultados de Kappa obtenidos en el estudio, con los resultados de Weighted Kappa obtenidos por Platt, encontramos que no fue posible contrastarlos directamente, sin embargo observamos que Platt obtiene puntajes de acuerdo superiores a los nues-

TABLA 2
Porcentaje de reactivos con $K \geq .90$, $K \geq .80$ y $K \geq .70$
por diferentes secciones

Sección	Porcentaje de reactivos					
	$K \geq .90$		$K \geq .80$		$K \geq .70$	
	Incluyendo reactivos que registran la ausencia del evento	Excluyendo reactivos que registran la ausencia del evento	Incluyendo reactivos que registran la ausencia del evento	Excluyendo reactivos que registran la ausencia del evento	Incluyendo reactivos que registran la ausencia del evento	Excluyendo reactivos que registran la ausencia del evento
Funcionamiento social del paciente	39.58%	10.71%	60.41%	32.14%	83.33%	71.91%
Efectos adversos sobre los demás	62.50%	25.71%	79.16%	60. %	91.66%	88.57%
Apoyo al informante y situación doméstica del informante.	*	36.36%	*	50. %	*	63.63%

NOTA: Los puntajes $K \geq .70$ incluyen acumuladamente los puntajes $K \geq .80$ y $K \geq .90$

* No se presentaron ausencias del evento.

TABLA 3
Promedios de Kappa por sección y por reactivos

EJECUCION SOCIAL DEL PACIENTE	K
Tareas domésticas	.70
Manejo doméstico	.87
Cuidado de los niños	*
Interés en el niño	*
Disciplina del niño	*
Actividades durante el tiempo libre	.72
Conversación cotidiana	.78
Apoyo del inf-pac.	.82
Afecto y amistad	.70
Relaciones sexuales	*
Problemas trabajo/estudios	.68
Toma de decisiones	.59
Promedio Total	.76
EFFECTOS ADVERSOS SOBRE LOS DEMÁS	
SOBRE LOS NIÑOS:	
Salud física	*
Salud emocional	.86
Conducta perturbada	.85
Relación con el paciente	.81
Tiempo fuera de casa	*
Contacto con amigos	.82
Falta de asistencia a la escuela	.90
Ejecución escolar	*
SOBRE EL INFORMANTE	
Enfermedad física	.81
Enfermedad emocional	.87
Vida social	.75
Tiempo de descanso	.50
Ingreso disponible	.91
Ejecución laboral.	.91
Tiempo libre	.77
Relaciones domésticas	.87
Perturbación en su vida	.73
Perturbación en la vida de los demás	.71
Promedio Total	.81
APOYO AL INFORMANTE (Situación doméstica del informante)	
Apoyo de familiares	.61
Apoyo de amigos/vecinos	.61
Apoyo de servicios sociales	.72
Situación de vivienda del informante	
Promedio Total	.77

Nota: Todas las Kappas fueron significativas al Prob. $\leq .01$, excepto los que correlacionaron con 1.

* Reactivos en los que hubo 100% de acuerdo.

tros en el área de funcionamiento social ($K \geq 70 = 43\%$ y $Kw \geq 70 = 91\%$) y que el acuerdo global obtenido en el estudio de esta área es bajo, debido principalmente a diferencias transculturales.

En el área de efectos adversos encontramos puntajes semejantes o con muy poca diferencia de acuerdo, esto es, $K \geq 70 = 80\%$ y $Kw \geq 70 = 90\%$.

El acuerdo entre los entrevistadores sobre la presencia o la ausencia de preocupación y resignación generada por el limitado funcionamiento social del paciente, fue como sigue: un promedio de 12% en ausencia de preocupación, un 17.91% en presencia de preocupación, y un 2.4% en resignación; un 54.58% correspondió a puntajes no aplicables y el 15% restante a desacuerdos.

Cabe mencionar que el mayor puntaje de reactivos no aplicables se debió a que la mayoría de los pacientes no tenía hijos ni relaciones sexuales con el informante, ni tampoco tenía ocupación laboral.

En los reactivos de efectos adversos sobre los demás, se acordó entre los entrevistadores que el 4.16% no tenía preocupación, el 20.27% sí tenía preocupación, y el 27% tenía resignación; el 71.94% correspondió a puntajes no aplicables y hubo un 3.33% de desacuerdo entre entrevistadores. Es necesario mencionar que el puntaje mayor corresponde a reactivos no aplicables, en donde se encuentra la variable "sin ocupación laboral del informante", por lo que no se presentan efectos adversos en esta actividad; tampoco se observan efectos adversos en los niños, principalmente en el sentido de que tengan que irse fuera de casa.

En cuanto a la preocupación del informante se observa que éste está más preocupado por su propia salud física y emocional.

Discusión

Deseosas de que se reconozca la importancia que tiene la implicación familiar en la enfermedad mental, concebimos la necesidad de realizar estudios como el presente, en donde tratamos de constatar la utilidad que tiene la aplicación de la Escala de la Conducta Social aplicada a una muestra mexicana con baja escolaridad.

En términos generales, la confiabilidad obtenida fue significativa ($K = .78$), sin embargo, se encontraron reactivos con baja confiabilidad.

TABLA 4
Promedios de Kappa por reactivos agrupados

<i>Ejecución social del paciente</i>		<i>Efectos adversos sobre los demás</i>		<i>Apoyo al informante / situación doméstica del inf.</i>	
Ejecución	0.69	Ejecución	0.78	Contacto	0.66
Cambio	0.83	Aparición del cambio	0.78	Descarga	0.65
Aparición del cambio	0.79	Relación con el paciente	0.81	Ayuda práctica	0.60
Preocupación	0.64	Preocupación	0.77	Descarga a partir de la ayuda práctica	0.67
				Vivienda del informante	0.88

* Se tomaron únicamente los reactivos con variabilidad.

* Se excluyeron los reactivos en los que el estadístico K no fue aplicable dado que no existía variabilidad en los datos.

Es importante mencionar que el 32% del total de los reactivos aplicados se codificaron como conductas ausentes. Este porcentaje sugiere que tales conductas usualmente no se presentan en la muestra, por ejemplo: los pacientes son solteros, no tienen hijos, no trabajan ni estudian. En cuanto al contenido de la Escala, habría que incluir, excluir o modificar reactivos que se adecúen a la realidad y condición de las muestras elegidas, y que habría que confirmar con nuevas aplicaciones.

En cuanto a los reactivos que se confirman mutuamente, dando baja o alta confiabilidad, encontramos que

los reactivos con baja confiabilidad son respuestas que el informante emitió con un juicio subjetivo, y los reactivos con alta confiabilidad son los que el informante manifestó con un mayor grado de objetividad.

Considerando que la Escala fue creada en un ambiente diferente al mexicano, en el que se brindan servicios que aún no se dan en el país (por ejemplo, las visitas domiciliarias para evaluar la evolución del paciente) resulta necesario reemplazar estos aspectos por situaciones que sí representen las condiciones del medio estudiado.

REFERENCIAS

1. BARTKO J, CARPENTER W: On the methods and theory of reliability. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 163, No. 5, 1976.
2. BARTKO J J: On some reliability coefficients. *Psychol Bull*, 83: 762-765, 1976.
3. BARTKO J J: The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychol Rep* 19: 3-11, 1966.
4. COHEN J, WEIGHTED KAPPA: Nominal scale agreement with provision for scales disagreement or partial credit *Psychol Bull*, 70: 213-220, 1968.
5. GULLIKSEN H: *Theory of Mental Tests*. Wiley, Nueva York, 1950.
6. LEFF J, VAUGHN C: Schizophrenia and family life. *Psychology Today*, 13-18, 1976.
7. MAC NEMAR Q: *Psychological Statistics*. (3rd. Ed.) Willey, Nueva York, 1962.
8. PLATT S, WEYMAN A, HIRSCH S, HEUCET S: The social behaviour assessment schedule (SBAS): Rationale contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry*. 15: 43-55, 1980.
9. RYAN P J: Patrones de uso de servicios en un hospital mental. Reporte interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1980.