

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL ROL DEL PACIENTE PSIQUIATRICO
HOSPITALIZADO:
UN ESTUDIO PSICOSOCIAL A PARTIR DE
LA PROPIA EXPERIENCIA DEL PACIENTE**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

CLAUDETTE DUDET LIONS

MEXICO, D. F.

1986

M-0032953



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco al Mtro. Jorge DelValle, asesor de la tesis, por su orientación y apoyo. Asimismo, a la Mtra. Lucy Reidl por su valiosa asesoría en la parte metodológica de esta investigación.

Agradezco también, a todas aquellas personas, que de una u otra forma, y en particular a los pacientes, colaboraron en la realización del presente trabajo.

INDICE

INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS	7
JUSTIFICACION	10
ALCANCES Y LIMITACIONES	11
CAPITULO I:	
REVISION BIBLIOGRAFICA	13
1.1 Teoría de Roles	15
1.2 El Rol del Enfermo Mental	26
CAPITULO II:	
LINEAMIENTOS TEORICOS	69
2.1 Como se Llega a la Categoría de Desviado	71
2.2 El Rol de Paciente Psiquiátrico Hospitalizado	79
2.2.1 La Carrera del Enfermo Mental	79
2.3 La Institución Psiquiátrica	88
CAPITULO III:	
METODOLOGIA	94
3.1 Lugar de la Investigación	95
3.2 Selección de la Muestra	98
3.3 Instrumento	100
3.4 Desarrollo de la Investigación	103
CAPITULO IV:	
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	107
4.1 Descripción de los Resultados	108
4.2 Resultados y Conclusiones	123

APENDICE:	140
Cuadros	141
Instrumentos:	192
Instrumento Original	192
Instrumento Aplicado y Hoja de Respuestas	199
Instrumento Obtenido y Precedimiento de Calificación	206
Formatos de Datos	211
 BIBLIOGRAFIA:	 213

"Por los tenebrosos rincones de mi cerebro, acurrucados y desnudos, duermen los extravagantes hijos de mi fantasía, esperando en silencio que el arte los vista de la palabra para poderse presentar decentes en la escena del mundo.

Fecunda, como el lecho de amor de la miseria, y parecida a esos padres que enjendran más hijos de los que pueden alimentar, mi musa concibe y pare en el misterioso santuario de la cabeza, poblándola de creaciones sin número, a las cuales ni mi actividad ni todos los años que me restan de vida serían suficientes a dar forma.

Y aquí dentro, desnudos y deformes, revueltos y barajados en indescriptible confusión, los siento a veces agitar se y vivir con una vida oscura y extraña, semejante a la de esas miríadas de gérmenes que hierven y se estremecen en una eterna incubación dentro de las entrañas de la tierra, sin encontrar fuerzas bastante para salir a la superficie y convertirse, al beso del sol, en flores y frutos.

Conmigo van, destinados a morir conmigo, sin que de ellos quede otro rastro que el que deja un sueño de medianoche, que a la mañana no puede recordarse. En algunas ocasiones y ante esta idea terrible, se subleva en ellos el instinto de la vida, y agitándose en formidable aunque silencioso tumulto, buscan en tropel por dónde salir a la luz, de entre las tinieblas en que viven. Pero ¡ay, que entre el -

mundo de la idea y de la forma existe un abismo que sólo puede salvar la palabra, y la palabra, tímida y perezosa, se niega a secundar sus esfuerzos; Mudos, sombríos e impotentes, después de la inútil lucha vuelven a caer en su antiguo marasmo. ¡Tal caen inertes en los surcos de las sendas, si cesa el viento, las hojas amarillas que levantó el remolino!

Estas sediciones de los rebeldes hijos de la imaginación explican algunas de mis fiebres; ellas son la causa, desconocida para la ciencia, de mis exaltaciones y mis abatimientos. Y así, aunque mal, vengo viviendo hasta aquí paseando por entre la indiferente multitud esta silenciosa tempestad de mi cabeza. Así vengo viviendo; pero todas las cosas tienen un término, y a éstas hay que ponerles punto.

El insomnio y la fantasía siguen y siguen procreando en monstruoso maridaje ¡Sus creaciones, apretadas ya como las raquílicas plantas de un vivero, pugnan por dilatar su fantástica existencia, disputándose los átomos de la memoria - como el escaso jugo de una tierra estéril! Necesario es - abrir paso a las aguas profundas, que acabarán por romper - el dique, diariamente aumentadas por un manantial vivo.

¡Andad pues! Andad y vivid con la única vida que puedo daros. Mi inteligencia os nutrirá lo suficiente para que seáis palpables; os vestirá, aunque sea de harapos, lo bastante para que no avergüense vuestra desnudez. Yo quisiera forjar para cada uno de vosotros una maravillosa estrofa -

tejida con frases exquisitas, en la que os pudiérais envolver con orgullo, como en un manto de púrpura. Yo quisiera poder cincelar la forma que ha de conteneros, como se cince la el vaso de oro que ha de guardar un preciado perfume. Mas es imposible.

No obstante, necesito descansar; necesito del mismo modo que se sangra el cuerpo por cuyas hinchidas venas se precipita la sangre con pletónico empuje, de ahogar el cerebro, insuficiente a contener tantos absurdos.

Quedad, pues consignados aquí como la estela nebulosa - que señala el paso de un desconocido cometa, como los átomos dispersos de un mundo en embrión que avienta por el aire la muerte antes que su creador haya podido pronunciar el 'fiat lux' que separa la claridad de las sombras.

No quiero que en mis noches sin sueño volváis a pasar - por delante de mis ojos en extravagante procesión pidiéndome, con gestos y contorsiones, que os saque a la vida de la realidad, del limbo en que vivía, semejantes a fantasmas - sin consistencia. No quiero que al romperse esta arpa, vieja y cascada ya, se pierdan, a la vez que el instrumento, - las ignoradas notas que contenían. Deseo ocuparme un poco - del mundo que me rodea, pudiendo, una vez vació, apartar - los ojos de este otro mundo que llevo dentro de la cabeza. El sentido común, que es la barrera de los sueños, comienza a flaquear, y las gentes de diversos campos se mezclan y -

confunden. Me cuesta trabajo saber qué cosas he soñado y cuáles me han sucedido. Mis afectos se reparten entre fantasmas de la imaginación y personajes reales. Mi memoria - clasifica, revueltos, nombres u fechas de mujeres y días - que han muerto o han pasado, con los días y mujeres que no han existido sino en mi mente. Preciso es acabar arrojando los de la cabeza de una vez para siempre.

Si 'morir' es 'dormir', quiero dormir en paz en la noche de la muerte, sin que vengáis a ser mi pesadilla maldiciéndome por haberos condenado a la nada antes de haber nacido. Id, pues, al mundo a cuyo contacto fuisteis engendrados, y quedad en Él como el eco que encontraron en un alma que pasó por la tierra sus alegrías y sus dolores, sus esperanzas y sus luchas.

Tal vez muy pronto tendré que hacer la maleta para el gran viaje. De una hora a otra hora puede desligarse el espíritu de la materia para remontarse a regiones más puras. No quiero, cuando esto suceda, llevar conmigo, como el abigarrado equipaje de un saltimbanqui, el tesoro de oropeles y guñapos que ha ido acumulando la fantasía en los desvanes del cerebro."

GUSTAVO ADOLFO BECQUER.

Junio de 1868

INTRODUCCION

La idea de realizar un trabajo como el que a continuación se presenta, surgió de la propia experiencia profesional al enfrentar la realidad por la que atraviesan las personas que solicitan o requieren un servicio del área de la salud mental.

Personas que acuden debido a algún problema por el que cualquier mundano puede pasar en cualquier momento de su vida, hasta personas que realmente requieren de una intervención psicológica y/o psiquiátrica debido al peligro que representan para la sociedad y/o para sí mismos, suelen ser víctimas de un estigma del que difícilmente pueden librarse.

Este estigma, pasará a formar parte de uno de los tantos impedimentos para la total reintegración social del paciente; aunado a la pobre atención que se le brinda. Ello obedece por un lado, al carácter ideológico político del estigma y, por otro lado, a la poca importancia que se le da a este tipo de padecimientos y el hecho de que solamente se otorgue un bajo presupuesto económico tanto para la atención como para la investigación, dando prioridad a otros problemas de salud.

Desde épocas antiguas, el enfermo mental ha sido objeto de marginación, aislamiento y tratos inhumanos; se le ha considerado como un poseído por espíritus malignos, un pecador, un desecho de la naturaleza, un delincuente, un lo

co, y a final de cuentas, como un obstáculo para el devenir social, al no poderse integrar a un orden social dominante.

A pesar de los esfuerzos que ha habido a lo largo de la Historia por intentar darle al enfermo mental un tratamiento digno, es hasta fechas recientes que se han alcanzado algunos adelantos científicos propiciando el descubrimiento de diversas técnicas terapéuticas, sin embargo, es lamentable que respecto a su persona, aún sean tratados subhumanamente.

Las técnicas terapéuticas tienen sus pros y sus contras, debido a su abuso. Estas terapias son: el electroshock, el coma insulínico, terapia con gas, los psicofármacos, las psicoterapias, las técnicas conductitas, las modificaciones en el ambiente terapéutico hospitalario, y algunos cambios en el ámbito jurídico-legal.

Asimismo, algunos adelantos pueden observarse en el contexto en que se estudian los trastornos mentales; los cuales, están dejando de mirarse al margen de las otras áreas de la salud. La psiquiatría y la psicología junto con otras especialidades afines, están enfocándose hacia una comprensión del proceso salud-enfermedad mental, en la que los factores sociales, económicos, políticos y culturales, son tan determinantes como los psicosociales y los biológicos. Contribuyendo a que los planificadores de la salud mental vayan considerando la magnitud del problema en este ámbito.

No obstante, debido a la falta de conocimiento, a las diversas teorías y enfoques, y a intereses muy particulares, aún falta mucho por hacer.

Retornando a las motivaciones para la realización de la presente investigación, después de este breve panorama, se hace el hincapié respecto al grupo marginado al cual está-enfocado el trabajo, sin por ello soslayar la importancia-de otras situaciones semejantes. Se dedica a aquellas personas que han, están o pueden estar en calidad de pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica. La inquietud surge al no poder aceptar la imparcialidad y la pasividad ante la situación de las personas que se encuentran incapacitadas para poder reintegrarse económica y psicosocialmente, que están abandonadas en instituciones, en la calle o en su casa; por la falta de conocimiento y por lo obstáculos que obedecen a intereses muy particulares, disponiendo para sus fines la naturaleza social del humano.

A continuación se cuestiona la función de la institución psiquiátrica, que por una parte, se le considera como una - institución de salud, para el beneficio de la humanidad. - Por otra parte, se le ve como aparato represivo, de control y marginación, en la que su función no es tan solo la de - "curar" y rehabilitar, sino también la de vigilar y controlar a todas aquellas personas que no se integren al Sistema dominante.

Lo interesante en este punto, es si ésto último ocurre realmente en nuestro país, sin negar por ello, que en otros países con otros Aparatos Estatales se dé. La respuesta sería no, todavía no se ha llegado a necesitarlo, debido a que se cuentan con otros medios de control como la educación y la religión. Además de que el país, no cuenta con la infraestructura necesaria para optar por la psiquiatrización de la población. Por tanto, el enfermo mental es tratado como loco, desviado, al que se le etiqueta y margina para que - asuma su rol de enfermo mental.

Para abordar el estudio del rol del paciente psiquiátrico, nos enfrentamos a posturas que van desde la negación de la enfermedad mental, la negación de las instituciones psiquiátricas, hasta posturas que solamente admiten la enfermedad mental como un padecimiento bioquímico, y como vía terapéutica, la farmacología y los nosocomios.

Es evidente que son dos posturas extremas que parten tanto de autoridades en la materia, como de personas ajenas a la misma. Pese a todo, hay una realidad: los hospitales psiquiátricos tienen su historia y razón de existir. De que hay personas que por diversos motivos requieren de este tipo de atención, o bien, son obligadas y recluidas.

Ante esta situación tan paradójica, ¿Cuál sería el proceso más indicado a seguir para el beneficio de la humanidad?. La clausura de los hospitales psiquiátricos sería --

caótico como ha sucedido en otros países (por ejemplo Italia). Una alternativa sería a caso la remodelación de la institución psiquiátrica, partiendo desde la construcción de sus hospitales, administración, hasta la modificación del ambiente terapéutico y de las técnicas terapéuticas, en donde el paciente tuviera mayor participación en el proceso de su recuperación. Lo mejor sería evitar que las personas llegaran a esta situación, con actividades preventivas y/o tratamientos oportunos, pero esto es todavía una utopía.

La encrucijada de los hospitales psiquiátricos y de las alternativas para obtener el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y de los que pueden obtenerse a partir de la investigación, para superar los obstáculos a los que se enfrenta, pese a que en su mayor parte son de índole económica; se considera de suma importancia conocer la concepción que el paciente psiquiátrico hospitalizado se va formando sobre su condición, como visualiza su rol, el de los otros pacientes, el rol de la institución, que imagen tiene de su tratamiento, qué problemas enfrenta en el hospital, cómo es su adaptación, ¿o no la hay?. El conocimiento que se obtenga de la propia visión del paciente, será de gran utilidad para conocer sus expectativas y necesidades, y hacer que el tratamiento sea más acorde a la realidad del paciente. Por lo general se realizan investigaciones sobre la organización y administración hospitalaria, o bien, la investigación se enfoca al estudio clínico de los pacien-

tes. Lo que ahora se pretende, es desarrollar un estudio de la relación del paciente con el medio hospitalario, tal y como el mismo paciente lo concibe y vive.

Es de reconocer que ^v todos los pacientes pueden participar en una actividad como la pretendida, ya sea por su condición temporal o por el grado de deterioro por su padecimiento, no obstante, de una u otra forma también resultarán beneficiados por la participación de sus compañeros.

Cabe aclarar, que lo que se presenta en ésta tesis, sólo representa un engrane del complejo sistema al que se tiene que hacer frente, al abordar un problema tan complejo como es el del enfermo mental, que se desborda de elementos ideológicos, políticos, culturales y socioeconómicos.

Por último, este trabajo se elaboró individualmente por fines prácticos, sin embargo, sus objetivos no se hubiesen alcanzado de no ser por el conocimiento y apoyo de otras personas y por la colaboración de los pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

¿Cuáles son los significados que el paciente psiquiátrico tiene sobre su condición como tal? ¿Cuál es su concepción de rol y, cómo percibe a los demás pacientes y a la institución psiquiátrica en general?

Hay diferencias en la concepción del rol y en la visión sobre la institución psiquiátrica que obedezcan a factores como el ingresar al hospital voluntaria o involuntariamente, el que ya hayan estado o no hospitalizados en un psiquiátrico; en el tipo de institución que les brinde el servicio, respecto al sexo, la edad y el nivel socioeconómico.

El objetivo primario de la presente investigación constituye el estudio de la concepción que se van formando las personas a lo largo de su estancia en una institución psiquiátrica; como visualizan su situación: el rol que van a desempeñar como pacientes psiquiátricos, el rol de otros pacientes y el rol institucional.

Y, como objetivo secundario se estudiarán las diferencias en la concepción del rol y de la institución psiquiátrica en base al tipo de ingreso, a las hospitalizaciones previas en psiquiátricos, al tipo de institución en que se encuentre hospitalizado, al nivel socioeconómico, al sexo y a la edad.

Estos objetivos se pretenden lograr a través de la aplicación del Inventario de las Concepciones del Rol del Paciente, elaborado por Levinson y Gallagher (1971).

El instrumento será aplicado a una muestra de pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de la SSA, que también atiende a pacientes del ISSSTE.

Para el procesamiento de los datos, se utilizarán los siguientes análisis estadísticos: Frecuencias, Factorial Alpha (para obtener además, la confiabilidad y validez del instrumento) y Discriminante Mahal, para las siguientes variables: tipo de ingreso, hospitalización en psiquiátricos, tipo de asistencia, nivel socioeconómico, sexo y edad.

El encuentro del paciente psiquiátrico con la institución, y su estancia en ella, es estudiado desde el punto de vista del paciente mismo. Se exploran los distintos significados que las personas tienen sobre su condición de pacientes y la concepción del rol tal y como ellos mismos la perciben. Este encuentro implica para el paciente, el enfrentamiento con un subgrupo social, que por sus propias características (de organización, estructuración, comunicación e interacción) posee su propia cultura que difiere del grupo social en el que cotidianamente se desenvuelve. Lo que puede o no ser nuevo para el paciente. La hospitalización implica asunción de un rol para lo cual es necesario

el aprendizaje de los significados y valores propios de esa pequeña comunidad. Dependiendo de ello, será la adaptación y el grado de adaptación al rol de paciente, o, su rechazo, si el paciente escapa.

Partiendo de que todo paciente asume en grado diverso - un rol determinado por las propias normas institucionales, - con lo cual puede contribuir o dificultar su recuperación - y reintegración social; el aprovechamiento de los recursos disponibles en el hospital, de acuerdo a sus necesidades y expectativas, juegan un papel determinante para que el paciente coadyuve en su tratamiento, con una serie de cambios autogenerados. Con ello, se puede detectar, en parte, si el hospital psiquiátrico beneficia o no al paciente y si cumple con sus funciones. Pues en la medida que no cubra las necesidades y expectativas del enfermo, la atención proporcionada se verá limitada, y el hospital solamente estará - cumpliendo en parte, las expectativas socialmente determinadas.

La importancia de los factores psicosociales que entran en juego para el desempeño de un rol, implica, que deben - ser tomados en cuenta para el estudio integral del enfermo mental. Pues el hospital psiquiátrico, es una subcultura - producto de una sociedad y en el que vienen a reproducirse los factores psicosociales que se dan en esa sociedad.

JUSTIFICACION.

Lo novedoso e importante de este trabajo, es precisamente este enfoque que se le ha dado al estudio de las personas que están hospitalizadas en una institución psiquiátrica. En México, son escasas las investigaciones que se aboquen al estudio psicosocial de los pacientes, de sus necesidades y expectativas.

Por lo general, el tipo de investigaciones se inclinan al estudio psicológico y psiquiátrico bajo una perspectiva clínica, o bien por otra parte, se estudia la estructura y organización del hospital.

Se considera que las aportaciones que este trabajo pueda ofrecer, van a ser de gran utilidad y beneficio, pues no siempre es factible llevar a cabo este tipo de investigaciones, ya sea por desinterés, desconocimiento o por la imposibilidad, y sobre todo esta última, pues el acceso a los hospitales psiquiátricos es difícil, sino es que negado, para ser objeto de estudio; y aunque el enfoque y el método sean limitados, las circunstancias permitieron una oportunidad muy valiosa, que puede servir de preámbulo para otras investigaciones que versen en el mismo sentido o línea de interés.

El producto de esta investigación, permitirá conocer la experiencia por la que pasan los pacientes, expresada por -

ellos mismos. Lo cual es básico y necesario para el conocimiento y comprensión de lo que en general comprende la institución psiquiátrica. De esta forma, a partir de los resultados, el hospital, su organización y funcionamiento; los programas, los tratamientos, el ambiente hospitalario en general, podrían orientarse más, a responder a las necesidades y a la realidad del enfermo mental. Y no solamente a través de estudios realizados en otros países y con técnicas importadas, sino, con la experiencia en uno de los hospitales - psiquiátricos públicos más importantes del país.

ALCANCES Y LIMITACIONES.

Los resultados de la presente investigación, solamente - pueden generalizarse a una población de pacientes psiquiátricos agudos, cuya problemática fluctúe básicamente entre los llamados transtornos mentales funcionales.

Pese a que la investigación realizada parte de estudios semejantes, efectuados en otros países, y a sabiendas de lo limitante del instrumento, que por una parte, no fué estandarizado, y por la otra, la información que se obtiene a - través de este tipo de cuestionarios, es muy frágil ya que - no permite profundizar más allá de lo que la persona quiera y pueda expresar en situaciones muy concretas y momentáneas; así mismo, la influencia que el investigador pueda ejercer involuntariamente, también sesga la información.

No obstante se llevó a cabo, como un primer intento para abordar desde la perspectiva de la psicología social, - una problemática del área de la salud mental. De esta forma y a pesar de sus limitaciones, la investigación puede ser la pauta para que el instrumento se estandarise, o bien, se elaboren otros, que permitan abordar este tipo de problemas.

En sí, este trabajo representa un momento en el proceso del conocimiento y del quehacer científico. De lo que a partir de la psicología social se puede abordar, dejando abierto el camino, y, de que su cobertura no sólo se limita al análisis y descripción de los datos (como es el caso para la presente investigación) sino, sus alcances pueden llevar a un conocimiento más profundo, con investigaciones encaminadas con otros procesos metodológicos. Es decir, se enfatiza en que éste es tan sólo uno de los niveles de conocimiento que aborda la psicología social, no el único.

CAPITULO I

ANTECEDENTES Y REVISION BIBLIOGRAFICA

"Es buscando lo imposible como el hombre ha realizado siempre y reconocido lo posible y aquellos que - 'sabiamente' se han limitado a lo que parecía posible no han dado - jamás un paso".

MIJAIL BAKUNIN.

Se han realizado investigaciones sobre las instituciones psiquiátricas, que abarcan desde el tipo de organización administrativa, los tratamientos instituidos y el estado clínico de los pacientes. Pero ha sido a partir de mediados - del presente siglo, que ha surgido la inquietud de conocer no sólo los aspectos mencionados, sino otros, como la vida misma que lleva el paciente psiquiátrico hospitalizado, como ser humano, y no solamente como enfermo. Así como la relación que se da entre los mismos pacientes y con el personal, su visión del medio ambiente que le rodea y del que forma parte.

Este tipo de estudios ha surgido de los conceptos y técnicas ofrecidos por las teorías de la personalidad, estudios de pequeños grupos, de la Antropología, Psicología Social, - la Sociología y sus teorías de la organización.

La presente revisión bibliográfica permite tener un panorama general sobre las diversas posturas y enfoques con que se ha abordado el estudio de la situación del enfermo mental y de la institución psiquiátrica en general.

El tema a tratar, es muy controversial pues desde la definición del concepto salud-enfermedad mental, de lo que es un enfermo mental, y sobre las técnicas terapéuticas, hay un sinúmero de abordajes teóricos que van desde postular la enfermedad y los tratamientos en un marco biologista, hasta la negación de la enfermedad mental y de la institución psi-

quiátrica.

A continuación , se revisarán algunas concepciones teóricas sobre la teoría de roles, del rol del enfermo mental y la institución psiquiátrica. Investigaciones que se han realizado sobre el tema, en otros países, y en el hospital donde se llevó a cabo la presente investigación.

1.1 TEORIA DE ROLES.

El concepto rol se deriva del término rólula, del latín, que hace referencia a un cilindro en el que se enrollaba una escritura, cuyo significado debía ser leído por una persona (actor) para realizar o actuar un papel. El contenido de la escritura, hacía referencia a los acontecimientos humanos de la vida real, para ser llevados a la actuación,

Esta metáfora del teatro, ha sido utilizada en la teoría de roles para representar conjuntos de comportamientos que se realizan de acuerdo a una posición o status, a las normas establecidas, que han sido asignadas a cada rol en particular. (Sarbin y Allen, 1969).

Diversas disciplinas como la Antropología, la Sociología y la Psicología Social, han retomado el término rol para estudiar la gama de comportamientos de cada conjunto de actividades que desempeñan las personas a lo largo de su vida, de acuerdo a su edad, sexo, escolaridad, trabajo, posición -

social, estado civil, etc.

Cada área, se ha enfocado según su objeto de estudio. Para los intereses de este trabajo, se parte del abordaje de la Psicología Social. Dentro de esta perspectiva, la teoría del rol, tiene estructuras que son comunes, pese a la divergencia que hay, dentro de esta misma disciplina.

A manera de esquema, los puntos centrales de la teoría, son los siguientes: desempeño de roles, expectativas y demanda del rol, conflicto del rol, desviación del rol y número - de roles.

Neiman y Hughes (1952) exponen diferentes definiciones, usos e implicaciones del término rol como concepto, e intentan sistematizar estos aspectos, para lo cual proponen un esquema compuesto de tres grupos:

El primer grupo comprende las definiciones del concepto de rol que se utilizan como componentes para describir el - proceso dinámico del desarrollo de la personalidad, que a su vez comprende al rol como el factor básico en el proceso de socialización por el que atraviesa el individuo y también - considera al rol, como un modelo o patrón cultural, ya que - cada cultura determina los roles como patrones de conducta - con sus limitaciones y variaciones, así como las alternati - vas de desempeño de roles que suele presentar el individuo.

El segundo grupo se refiere a las definiciones funcio-

nales que la sociedad confiere a los roles, ya que éstos, por un lado están culturalmente definidos y considerados como normas sociales, y por otro lado, los roles también pueden ser caracterizados como sinónimo de conductas que realiza la persona.

Finalmente, el tercer grupo incluye definiciones funcionales del rol en lo que concierne a grupos específicos. Aquí se plantea la continuidad de los conceptos status y rol. Ambos aspectos han sido estudiados frecuentemente, asociados el uno con el otro, e inclusive han sido utilizados como sinónimos debido a que el desempeño del rol, por lo general está asociado a un status. De la misma forma, el rol como concepto se refiere a cierto desempeño o tareas que realiza el individuo en situaciones específicas y como miembro de un grupo determinado. El término "role playing" es decir, el desempeño de rol, se refiere básicamente a el asumir el desempeño de un rol en una situación social específica-

Cada cultura define su conjunto de normas y expectativas hacia una posición determinada. Las expectativas sirven como referencia para comprender determinados comportamientos de una determinada posición, con respecto a los comportamientos de otra posición social.

No existe una definición única de rol, ya que el término es utilizado en diversas formas. Actualmente refleja por lo menos tres conceptualizaciones diferentes:

Rol Prescrito: se considera como un síntoma de expectativas circundantes a la persona que ocupa una posición, y en relación a las posiciones ocupadas por otros.

El Rol Subjetivo: está en función de las expectativas específicas que el ocupante de la posición aplica a su comportamiento, cuando interactúa con los ocupantes de otras posiciones.

El Rol Desempeñado: es el comportamiento específico, manifestado por la persona que asume esa posición, en interacción con el ocupante de otra posición.

Deutsch y Krausse, 1984)

El rol y su desempeño, siempre estarán en función de otros roles, de otras posiciones, de las expectativas y las normas y del grado de aceptación o ajuste.

"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". (Pronko, 1963, p.50)

A continuación, se mencionarán algunas definiciones de rol, con el fin de destacar los elementos relevantes de cada una, que han sido mencionados en párrafos anteriores.

El término rol denota "... el desempeño del comportamiento de aquella parte del status, que prescribe cómo debe-

actuar el ocupante de otra posición".

(Bredemeier y Stephenson, 1962; citados en Deutsch y Krausse, 1984)

Para Predvechni, et. al., el rol "...designa un patrón de conductas relativamente estable (incluyendo actos, pensamientos y sentimientos) que es producido por individuos que ocupan la misma posición en un sistema social dado".

(Predvechni, et. al., 1977; p. 232)

Sobre esta línea teórica, el status depende de quién es la persona, y el rol responde a la acción que desempeña el individuo, es decir, el rol es la parte dinámica del status. El rol es el conjunto de los diferentes patrones de comportamiento asignado a un status o posición social determinado.

"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".

(Linton, 1945, p. 38)

Para Braunstein, la noción rol obedece a una práctica ideológica que refleja la realidad, pero no la explica. Se estudia el desempeño del rol, pero se soslaya la estructura

que le da pie.

"El rol consiste en una serie de comportamientos o conductas manifiestas que se esperan de un individuo que ocupan un determinado lugar o status en la estructura social; lugares asignados que los sujetos vienen a ocupar y que les preexisten; lugar de sujeto ideológico. Conductas que no son producto de decisiones individuales o autónomas sino que corresponden a las normas y expectativas asociadas a ese lugar que se viene a ocupar, y que son internalizadas en el proceso de socialización, más estrictamente, en el proceso de sujetación del individuo a la estructura. Algunos autores llaman a esto "rol desempeñado".

(Braunstein, 1978, et al, p. 407

Como se ha podido observar, los elementos que entran en juego en las diversas definiciones de rol que se han expuesto, son el status o posición social, las expectativas y las normas establecidas y los parámetros entre una posición o status, los diversos roles en comparación con otros; es decir, siempre se da un marco de referencia entre un rol y otro rol y en relación a los roles que desempeñan otras personas. Así mismo, los factores de la personalidad, también pasan a formar una parte importante en el análisis del rol.

El rol conforma una gama de comportamientos definidos ampliamente, que son aceptables; decreciendo su aceptabilidad conforme dichos comportamientos se alejan de la norma.

A lo cual, la sociedad responderá premiando o castigando, según el grado de aceptación o alejamiento, lo cual implica, - ajuste o desajuste, respectivamente. El adecuado desempeño de los roles sociales, determina la normalidad del comportamiento, si se realiza conforme a las expectativas sociales.

(Szazs, 1981)

La flexibilidad en la variedad de comportamientos en el desempeño de un rol, hacen posible que las distintas personas de los individuos, actores, puedan tener un margen - de libertad para poder desempeñar sin excesivo esfuerzo y -- dentro de lo establecido, las expectativas asociadas a cada-rol.

(Parson y Shils, 1951; citados por Deutsch y Krausse, 1984)

El desempeño de un rol, es formulado como una unidad - singular en la que el rol social y la personalidad, se conjugan, dando lugar a una pauta específica de comportamientos. La personalidad, responde a dos instancias: una, el rol social, que responde a las fluctuaciones de la conducta, y -- otra, el Yo, que son las particularidades de la personalidad. La personalidad es un concepto más amplio, y el Yo, es algo más específico, es la vinculación con la consciencia que permite la diferenciación en el mundo circundante y la vinculación con el concepto de continuidad de la consciencia. "La incorporación del rol en el Yo, bajo una presión psicológica sui generis de parte de los circundantes en el proceso de -

una actividad real, es el más importante mecanismo de formación de personalidad"

(Predvechni, et al., 1977, p. 241)

Allport, define la personalidad como " La organización-dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus adaptaciones únicas a su ambiente".

(Allport, 1937; citado en Deutsch y Krause, 1984, p. 169)

La definición de personalidad, varía de acuerdo a cada autor, y se podrían enumerar varias de ellas, sin embargo, no cabe dentro de los objetivos de este trabajo. Sólomente se hace mención de ello, para destacar que es otro de los conceptos, que de acuerdo al enfoque con que se aborde, será definido.

El desempeño de roles, obedece también, a las expectativas que los otros, la sociedad, ha establecido. Estas expectativas son transmitidas por medio de la interacción y de la comunicación; se fundamentan en valores y normas básicas; en instrucciones precisas, y a veces, no llega a ser tan evidente su expresión. Lo que caracteriza a este proceso, es la asimilación colectiva de estas normas y valores que han sido elaboradas por generaciones anteriores.

Las personas utilizan al grupo modelo o de referencia- como ejemplo para seleccionar y valorar sus actos. Este gru

po de referencia puede ser real o imaginario, en el que el sujeto esta psicológicamente presente, y moldea sus actos.

(Predvechni, et al., 1977.)

El grado de adaptabilidad a un rol, depende de las características de personalidad de cada individuo. Puede darse la situación en que el desempeño del rol y los valores de la persona, sean incompatibles, o bien, esta incompatibilidad esté dada por los diferentes roles a desempeñar (unos adquiridos y otros impuestos); o bien, las contradicciones propias de la estructura social, sean la fuente de conflicto en el desempeño del o los roles. El conflicto entre el rol que desempeña un hombre y su Yo, provoca fuertes tensiones emocionales que se exteriorizan de modo diverso, según la personalidad. La persona puede o no tomar conciencia de esta contradicción. Si el conflicto no se resuelve, puede darse una seudoadaptación del rol, eliminando el conflicto de la conciencia a través de mecanismos de defensa. "...la percepción del entorno y su valoración se reorganizan de modo tal que los factores que provocan la tensión emocional pierden en alguna medida su significación anterior..."

(Bassin, Rozhnov, Rozhnova, citados en Predvechni, et al., 1977.)

Getzels y Guba, 1954, mencionan la diferencia de conflicto de roles, en relación a la intensidad. Bien puede ser tolerado sin producir censura social y perturbación psicológi-

ca, o irse al extremo opuesto.

(citados en Deutsch u Krausse, 1984.)

El estudio de la concepción del rol y del desempeño del mismo, permite hacer inferencias sobre lo apropiado y convincente que es el rol para la persona que lo desempeña. Así mismo, el grado de ajuste y desajuste psicosocial para la interpretación de ese rol, ampliará el marco de referencia para su estudio.

Para la observación del desempeño del rol, existe un cuestionamiento básico que propone Sarbin y Allen (1969):

1.- La congruencia del comportamiento en relación a la posición social designada al actor. ¿Es la selección adecuada del rol, por parte de la persona?.

2.- El desempeño apropiado. ¿El comportamiento es acorde a las normas establecidas, que a la vez sirven como un parámetro para el observador?.

3.- Legitimidad del desempeño. ¿Ocupa la persona una posición legítima en el desempeño de su rol, es evidente para el observador?.

Otro factor importante en el estudio de los roles, es el número de roles. Entre más roles desempeñe una persona, mayor será su capacidad para responder a las exigencias de la vida social. Al observar los roles que desempeña un individuo, se puede determinar el tiempo que emplea en el desempeño de cada uno y el grado de involucración.

Se espera que el individuo actúe conforme al rol que es tá desempeñando (de acuerdo a normas preestablecidas) es decir, al rol que asumió. Esto implica que su conducta pueda o no ser aprobada, dependiendo de su apego o desapego a las nor mas.

La falta de contacto social y el aislamiento, producen que el individuo no aprenda sus roles y las habilidades so ciales pertinentes a su grupo social. La carencia de habili dades para desempeñar un rol, creará conflictos en la persona, en relación a los roles a desempeñar.

Tomando en cuenta que el término rol ha sido uno de los conceptos más trabajados y aún así, uno de los menos elabora dos, Levinson (1957) considera aspectos como rol, personalidad y estructura social, en instituciones como el hospital, la escuela, la prisión, etc.

Desde un enfoque sociopsicológico, refiere que una característica importante del rol es la doble referencia que se le confiere, ya que incluye tanto al individuo como al sistema social (matriz colectivo) en que éste se encuentra. Una institución como el hospital psiquiátrico es un lugar lo suficientemente pequeño para realizar estudios empíricos, y a la vez una estructura grande y compleja que permite una variedad de desempeño de roles, los cuales pueden ser estudiados amplia y detalladamente.

Levinson propone un esquema teórico a través del cual analiza la relación entre rol, personalidad y estructura social. Concluye que las demandas del rol, son situaciones que enfrentan al individuo como ocupante de una posición en una estructura determinada y que estas demandas están relacionadas con las definiciones personales del rol de cada individuo, comprendiendo éstas, la adaptación a la institución, y a su vez, las definiciones personales del rol sirven como vínculo entre la personalidad y la estructura social.

(Levinson, 1957).

1.2 EL ROL DEL ENFERMO MENTAL.

Goffman (1981), ha estudiado la institución psiquiátrica desde una perspectiva sociológica y define que la persona desde que es detectada y señalada como enferma mental, inicia, lo que él ha llamado, una carrera moral. Ya sea voluntaria o involuntariamente, por vía familiar o legal, la persona es llevada al hospital psiquiátrico, en donde se le considera un enfermo más, sin distinción alguna, desde el primer momento. Los procedimientos de admisión (historia clínica, estudios diversos para el diagnóstico y canalización) la barrera que se le acaba de interponer hacia el mundo exterior, la desposesión de sus pertenencias, el sometimiento a las reglas y órdenes del hospital y el trato indiferenciado, lo degradan, lo humillan, irrumpiendo en lo más íntimo de su Yo,

perdiendo su propia identidad, con lo cual, su comportamiento se torna, más extravagante, más fuera de lo común. Lo esperado por la Institución.

A partir de este momento, la persona tendrá que enfrentarse a una situación extraña, en la que hay que cumplir una serie de normas y reglamentos, que muchas veces serán denigrantes para el paciente, y el grado de adaptación, jugará un papel importante como indicador de la patología.

Este proceso por el cual pasa el paciente, que es sumamente mortificante, provoca que el interno se prive de la -- imágen de sí mismo, como una persona adulta y responsable -- en su propio campo de acción. A lo largo de la carrera del internado, Goffman ha observado que se dan mecanismos para -- la adaptación del paciente a la institución; nombra dos tipos: ajustes primarios que los define como "todas las actividades y actitudes aceptadas y estipuladas oficialmente, las cuales contienen las condiciones requeridas para que el miembro de una organización instrumental se convierta en un cooperador programado" (Goffman, 1981, p. 190). Los ajustes secundarios (los cuales considera de mayor importancia) los define como "cualquier arreglo habitual que permite al miembro de una organización emplear medios para alcanzar fines -- no autorizados, o bien hacer ambas cosas esquivando los supuestos implícitos acerca de lo que debería hacer y alcanzar y, en última instancia, sobre lo que debería ser".

(Goffman, 1981, p. 190)

Como diversas formas de adaptación o planes de acción, que el paciente efectúa, en fases diversas de la carrera moral, están, el retraimiento de la situación, orientación rebelde, colonización y, por último la conversión. Esta situación, puede ser temporal o de por vida y es inherente a cualquier tipo de institución total.

Goffman define la institución total como "un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrativa formalmente" (Goffman, 1981, p. 13). El hospital psiquiátrico es una de tantas instituciones, a las que ha llamado institución total. Esta última se caracteriza por el manejo burocrático de conglomerados humanos indivisibles, sin distinción de las múltiples y variadas necesidades humanas. Además hay una escisión básica entre un grupo relativamente más pequeño, de supervisores, cuidadores, y un grupo mayor, que son los internados. Estos dos grupos son social y culturalmente diferentes, lo cual permite el mantenimiento de estereotipos antagónicos. A este tipo de instituciones, pertenecen los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes; los hospitales para enfermos mentales y para enfermos infecciosos, cárceles, campos de trabajo y campos de concentración, cuarteles, barcos, escuelas con internados, abadías y claustros en general. (Goffman, 1981).

Bajo estas características, es como se conforma el mundo del paciente psiquiátrico hospitalizado; que forma su propia cultura, sus propias reglas, y normas, que a su vez, están influenciadas por las oficiales y en combinación con ellas.

"La visión que del mundo tiene un grupo tiende a sostener a sus miembros y presuntamente les proporciona una definición de su propia situación que los autojustifica, y una visión prejuiciada de los que no pertenecen al grupo (en este caso, los médicos, los enfermeros, asistentes del hospital y familiares)!" (Goffman, 1981, p. 10).

Scheff (1970) en su estudio del rol del enfermo mental, formula una teoría sociológica de la enfermedad mental crónica, comparándola con otras teorías alternativas.

Su estudio se enfoca a las fuerzas motivacionales que componen el sistema constituido por el paciente, por las personas que responden ante él y las instituciones oficiales de control y tratamiento en la sociedad. Considera a la desviación como el producto de la estructura institucional y cultural, que está históricamente determinada con sus sistemas creados y reformas morales. La red de relaciones interpersonales que se da en la institución, a través de las cuales "...las tensiones del juego cotidiano de roles generan ajustes, convenios y desviaciones fortuitas o de prueba que, en el contexto de las 'reacciones de la sociedad' pueden deter-

minar que se 'rotule' de desviada a la persona (...) Y el efecto que este grupo de 'desviados' ejerce en la elaboración o desintegración de la estructura institucional". (Scheff, 1970, p. 185-186).

Para este autor, la enfermedad mental, es más un status adquirido, que una enfermedad en sí, ya que la definición de la conducta desviada, depende más de la respuesta social, que de las contingencias médicas.

Su estudio consistió, en la investigación de dos fases de la reacción social. Una a través de los exámenes legales y psiquiátricos para el diagnóstico del enfermo mental, y, dos, a partir de los criterios que se utilizan para dar de alta a los pacientes psiquiátricos, en Estados Unidos de América (1962). En el primer caso realizó observaciones en 116 audiencias judiciales, además aplicó 223 cuestionarios a los psiquiatras que realizaban los exámenes de ingreso, en las instituciones psiquiátricas.

Sus conclusiones fueron: las motivaciones personales de quienes realizan el examen y la detección del caso (diagnóstico) pueden influir y ser significativas en la determinación alcance y dirección de la respuesta social.

La posición ideológica, política y económica de los psiquiatras, cuyo papel, es el de agentes de control social, influyen en el proceso de categorización de las personas como

desviadas o no desviadas.

En la segunda fase, utilizó cuestionarios estándares, - que se distribuyeron al personal de todos los hospitales neuropsiquiátricos del Medio Oeste de E.U.A. (1962).

Sus conclusiones fueron: en los hospitales orientados al tratamiento y a dar de alta, los programas para que egresen los pacientes, tienen mayor porcentaje que en los hospitales de custodia (en donde las tendencias al tratamiento - son mínimas, y los pacientes rara vez son dados de alta).

A pesar de que los pacientes cumplan con los requisitos médico-legales, para el alta, ésta depende de las contingencias sociales, es decir del grado de aceptación por parte de la familia y la comunidad.

Otros autores, también han encontrado que la tendencia a la presunción de enfermedad mental, depende más de contingencias motivacionales, políticas, ideológicas y sociales, que de contingencias médicas. (Kilvise, 1962; Mechanic, 1962; Miller, 1962; Brown, 1961; Kutner, 1962; citados en Scheff, 1970)

Caudill y Cols (1952) han descrito una cultura de los - pacientes, en la que los propios valores de los pacientes, - operan independientemente de los valores característicos de la institución hospitalaria. (citados en Almod, et al., 1968). Otros autores, también han estudiado los sistemas de valores - hospitalarios y su relación con la estructura jerárquica ins

titucional y, con la efectividad y/o carácter represivo de los programas de tratamiento psiquiátrico. (Detre, Kessler, Sayers, Durell, Arnson, Kellam, 1965; citados en Almond, et al, 1968).

Investigaciones como la de Lifton (1961) se han enfocado más hacia la manipulación deliberada de los valores y actitudes. En su estudio de "la reforma del pensamiento chino (lavado de cerebro) "señala las diferencias y similitudes entre el cambio ideológico inducido por una presión coercitiva y social, y las más benignas formas de cambio de valores, -- vistas en el tratamiento psicoanalítico, terapias y en otros procedimientos educacionales.(citado en Almond,et al.,1968).

Saslow (1965) también ha estudiado la analogía entre la reforma del pensamiento y los cambios de valores, en pacientes psiquiátricos. Define la presión social como: "aquella que juega el rol principal en el cambio de valores y se adentra en temas tales como los aspectos éticos de dicho tratamiento, su naturaleza e impacto". (citado en Almond,et al., 1968, p. 3).

Brandy y Col. (1959)utilizando pruebas semiproyectivas y cuestionarios, estudiaron las actitudes de los pacientes - hacia el tratamiento, los psiquiatras y la institución. Reportaron que las actitudes en el momento de la admisión, no estaban relacionadas significativamente con una serie de variables circundantes. Así mismo, se percataron de un cambio

de actitud más pronunciado, en relación directa a la hospitalización prolongada. (citado en Almond et al. 1968).

Small, Messina y Small, J.C. (1964) Small, J.C., y Hayden (1965) observaron en su estudio, la correlación entre el cambio positivo de actitud a lo largo de la hospitalización, con una respuesta más favorable al tratamiento; con la utilización óptima de terapias continuas, así como un buen pronóstico desarrollado y reforzado 16 a 20 meses después del ingreso. (citados en Almond, et al., 1968).

Para Almond et al. (1968) no se ha realizado una investigación en la cual se haya analizado el cambio de actitud en el paciente, en relación a la cultura particular del hospital psiquiátrico, con el éxito del pronóstico y tratamiento. Mencionan el estudio de Levinson y Gallagher (1964) como uno de los más representativos e importantes.

Un estudio, en el que se utilizó parte del instrumento elaborado por Levinson y Gallagher (1964) fue el que realizaron Almond, Keniston y Boltax (1968) que consistió en la exploración y medición de las creencias y valores que se desarrollan e instituyen en un medio psiquiátrico de hospitalización. También se investigaron los cambios en los valores de los pacientes a lo largo de la hospitalización y su relación con variables como el tratamiento. Consideraron la circunstancias terapéuticas ambientales y la estructura del sistema-paciente, así como hicieron énfasis en la delegación de po-

der y responsabilidad, como en las expectativas carismáticas del líder. La investigación se llevó a cabo en la unidad de pacientes psiquiátricos del Hospital New Haven, en el servicio para enfermos agudos, E.U.A. Cuenta con 24 camas y forma parte de un centro académico. El tipo de pacientes atendidos con mayor frecuencia, tienen los siguientes diagnósticos: agudas reacciones psicóticas, depresiones severas y en menor proporción, desórdenes de carácter y problemas orgánicos. El promedio de estancia es de diez semanas, siendo muy variable. Las clases sociales que más destacan son las que clasifican Hollinshead y Redlich como: I y II que comprenden los individuos de mayor educación y con ocupaciones profesionales o comerciales y la III que denomina "media baja". Las cuotas son elevadas y se da preferencia a individuos que de alguna manera están relacionados con el hospital o la Universidad. El tratamiento que se lleva a cabo consiste en la -- formación de grupos activos, programas ambientales, farmacoterapia; enfatizan en la intervención de la familia para la rápida integración del paciente al grupo familiar y a la comunidad y, en el inicio de terapias para los pacientes egresados. La función legal de la institución respecto al paciente, es la que a continuación se menciona: "Una comunidad cuyo objetivo es que cada paciente sea responsable de sí mismo y capaz de ayudarse ayudando a los que le rodean". (Almond et al., 1968, p. 547).

La investigación se inició con un estudio descriptivo y

antropológico de la unidad.

Conjuntamente a la observación y entrevistas efectuadas, se realizó el análisis de varios pacientes y de su desarrollo como tales; además se realizaron encuestas, aplicadas en períodos regulares, durante el curso de la hospitalización, - que indagaban el conjunto de valores y las experiencias interpersonales, comparándose y combinándose con la información - registrada en los expedientes clínicos.

El estudio se avocó sobre todo a los períodos agudos de la enfermedad. Los datos extraídos de los expedientes clínicos permitieron enfatizar aspectos particulares de cada paciente dentro del campo de valores y actitudes. Así mismo - se realizaron entrevistas con los miembros del equipo médico y se analizaron las "manifestaciones e ideas rectoras del - servicio", que fueron sintetizadas en 6 áreas temáticas:

- 1.- Ser miembro del servicio.
- 2.- Ser abierto.
- 3.- Asumir responsabilidades.
- 4.- Tener fé en el servicio.
- 5.- Visión real por parte de la familia.
- 6.- Enfrentar directamente los problemas.

Se elaboraron 10 afirmaciones para cada una de las 6 -- áreas valorativas (5 expresadas en forma negativa y 5 en forma positiva).

El cuestionario preliminar constó de 60 ítems; con respuestas de "totalmente en desacuerdo"(1) hasta "totalmente de acuerdo"(7). La neutralidad en las respuestas no era permitida, pero la omisión fué colocada en la escala 4. Se les aplicó a los 10 pacientes y a los 10 miembros del equipo de salud. A los miembros del equipo se les solicitó que respondieran, a veces, a cada pregunta como si estuvieran en el lugar de un paciente demandado ser dado de alta y para el cual la decisión del equipo médico se basaría en las respuestas que diera al cuestionario. Otras veces, que respondieran poniéndose imaginariamente en el lugar de un paciente sin esperanzas presentes de ser dado de alta.

El primer tipo de respuestas fueron visualizadas como "una medida de la transparencia de los ítems y se examinó afin de limitar el impacto del contenido de lo deseable socialmente implícito en la respuesta" (Almond, et al., 1968).

El segundo tipo, así como las respuestas dadas por los pacientes "dieron una indicación concreta, para cada ítem, de su significado en la población hospitalizada y en la que conforma al equipo de salud, así como la verosimilitud de suficientes variaciones en las respuestas para efectos del estudio estadístico" (Almond et al., 1968).

Hubo reactivos reformados y otros rechazados. A las 6 escalas revisadas se añadieron 60 ítems de estudios publicados con anterioridad, por otros autores. Del estudio de --

"las concepciones del rol del paciente" se incluyeron escalas de 10 ítems para cada uno de los tres principales factores y escalas de 5 reactivos para los otros cuatro factores de fusión. Adicionalmente se incluyó una versión de 10 reactivos de la "escala F de autoritarismo". 30 de los 60 reactivos incluidos en el estudio de campo de los valores fueron negativos. En total se analizaron 227 cuestionarios a través de la computación de la correlación de una matriz de 137 variables y con el análisis de los principales componentes factoriales de dicha matriz.

La similaridad de las correlaciones computadas por separado con las computadas conjuntamente, indican que la estructura factorial permanece estable en el curso de la hospitalización. De los 227 cuestionarios 66 fueron aplicados durante la admisión del paciente, 61 a la semana de hospitalización, 56 al mes; 42 a los que fueron dados de alta (un mes después de su salida) y 2 aplicaciones que no están fechadas.

Los 6 factores extraídos se rotaron, primero de acuerdo al criterio de "máxima varianza" (varimax) y después, según el criterio determinado teóricamente como "señalamiento fijo". Con la rotación se definieron los siguientes factores:

Factor I: escala del "paciente ideal".

Factor II: escala "preferencia por la autocracia benévola y el aspecto convencional".

Factor III: "La visión del hospital como gratificador-reconfortante vs privativo-rechazante".

Factor IV: "la visión del paciente en cuanto así mismo como enfermo y con la necesidad de controles internos". Ambas rotaciones fueron virtualmente idénticas, según los autores. Los factores resultantes y, que son los manejados por Almond y col. quedaron constituidos de la siguiente manera:

Factor I: apertura, franqueza social y compromiso del paciente en el ambiente sociocultural hospitalario.

Factor II+: rechazo a la enfermedad y visión del hospital.

Factor II+I-: autocracia benévola y sumisión al autoritarismo.

Factor III: visión del hospital como gratificador-reconfortante.

Factor III-I: visión del hospital como privativo-rechazante.

Factor IV: sentimiento de turbulencia.

El exámen de la media y de la desviación estándar de los ítems y escalas mostró una variación suficiente para encontrar el significado real del análisis factorial.

Las medias altas provienen de las escalas apriorísticas cuyo contenido es: la filosofía del servicio, autorresponsabilidad, confrontación de los problemas, ayuda a los otros, fé y confianza en el equipo de salud. Los ítems de las me-

dias bajas demostraron un consenso de rechazo: la visión de la unidad como hostil, decaída o explotadora; negación de los problemas. El Factor I explicó un 13% de la varianza y tuvo 38% de comunalidad. Los Factores II, III y IV fueron definidos rotativamente por los factores centrados en "las concepciones del paciente" I, II y III respectivamente. "El más importante y nuevo tema introducido por los ítems de las escalas valorativas referidas al servicio fué un factor singular que aparece ortogonalmente respecto a los otros tres factores, identificados en la investigación de Levinson y -- Gallagher". (Almond et al., 1968, p. 549).

Otro de los hallazgos encontrados por Almond y col., -- consistió en que los valores del servicio se hallaban altamente correlacionados y que por lo tanto podían ser definidos por un factor: "franqueza social y compromiso-involucración en la unidad", es decir, es el compromiso que el paciente -- siente hacia el hospital, y como se integra a la institución. Reemergieron 3 escalas factoriales en cuanto al rol de pacientes que provenían de otro estudio, pero resultaron ortogonales a la dimensión de "franqueza-compromiso". Los autores señalan que "el pleno significado, así como la centralidad de esta dimensión como un sistema organizacional de valores terapéuticos para todo el sistema social de la unidad, -- se sustenta por los mismos reportes descriptivos del servicio así como por aquellos estudios de investigación independientes". (Almond, et al., 1968, p. 549).

Almond y sus colaboradores señalan que las afirmaciones negativas de la observación hecha por Levinson y Gallagher, es sustentada por los resultados del estudio presentado: "el rechazo a valores del ambiente terapéutico factor I- está correlacionado con la visión de la "autocracia benévola factor I- II+, aunque sin la existencia de equivalentes o sinónimos!" (Almond et al., 1968, p. 551).

Los ítems que expresan actitudes sobre la terapia ambiental, no tienen cargas negativas en el factor asociado cercanamente con la "autocracia benévola", factor II. El factor-I es ortogonal a la agrupación de reactivos referida a la relación autocracia-autoritarismo (rechazo y repulsión).

Los resultados de Almond y colaboradores se compararon en 2 grupos: el estudiado por Levinson y Gallagher y el estudio del Servicio para establecer el modelo de paciente ideal (MMHC). Se utilizaron las escalas referidas a las "concep-
ciones de los pacientes" para los factores II, III y IV. El resultado más importante de esta comparación fue: el gran rechazo hacia la visión del hospital como "autocracia benévola" tanto en el estudio realizado con los pacientes como en el -
equipo de salud. El estudio MMHC del servicio respecto a la "autocracia benévola", muestra sólo una diferencia, que en -
parte, los autores señalan, que esta en función de la clase-social.

Levinson y Gallagher (1964) encontraron que la ubica --

ción de clase contribuye a la actitud autoritaria. En la investigación de Almond et al.,(1968), permanece la "autocracia benévola" de forma significativa entre los más bajos, aún -- cuando las clases y su distribución permanecen constantes.

Así mismo, los autores reportan que "la visión del hospital como soportable y caluroso era ortogonal en relación a las actitudes de la comunidad terapéutica, aún cuando ítems-- que presentaban al hospital como depresor, se correlaciona-- ban con el rechazo al medio ambiente terapéutico". (Almond - et al.,1968, p. 550).

A continuación se mencionarán las conclusiones a las -- que llegaron los autores de la investigación descrita: El -- marco de los valores que propone el hospital permite obser-- var lo siguiente: "No existe una cultura propia del grupo de pacientes como alternativa, la existencia de pandillas "re-- beldes" ante la institución es transitoria, y la búsqueda -- por parte de los pacientes de una alternativa contra los va-- lores dominantes del pabellón generalmente se lleva a cabo - sin aliados, aisladamente". (Almond, et al.,1968, p. 557). También reportan la similitud de valores fundamentales de la unidad, entre pacientes, miembros del equipo de salud y ob-- servadores no pertenecientes al servicio.

Carstairs y Heron (1957) describieron un factor de "tendencia rigurosa al conservadurismo", derivada de una escala-- de actitudes del personal institucional (las actitudes son -

las transmitidas por el propio hospital). Al igual que el factor I (apertura, franqueza social y compromiso del paciente en el ambiente sociocultural hospitalario) éste fue ortogonal respecto al autoritarismo y a "la visión del hospital como la institución autocrática". Sólo se puede relacionar indirectamente con el factor I, puesto que son actitudes del personal, y no del paciente como en el factor I del estudio de Almond, et al., (1968). (citado en Almond, et al., 1968).

Los estudios descriptivos de comunidades terapéuticas, mencionan actitudes muy parecidas a las que contiene el factor I. Maxwell Jones (1962) habla de los terapeutas como un principio fundamental en el proceso de tratamiento comunitario (responsabilidad pertenencia al grupo) los sentimientos son tratados abiertamente y las razones de dicho sentimiento se examinan en todo su detalle (enfrentar problemas y franqueza). (citado en Almond et al., 1968)

Otras afirmaciones análogas pueden fundamentarse en las descripciones de medios terapéuticos realizados por Edelson (1964), Classer (1965) Saslow (1965) Durrel (1965) Strauss (1964). (citados en Almond et al., 1968).

Almond et al. (1968) refieren que en dichos estudios, "la franqueza-compromiso social y la involucración en la unidad" se identificaron; el mayor énfasis se ubicó en la responsabilidad del paciente, decisión de actuar, la involucración con los otros y en los bajos niveles de confidencialidad en-

externar los problemas.

La mayoría de estos estudios mencionan o bien señalan implícitamente todos los temas importantes contenidos en el factor I: responsabilidad, franqueza, involucración y confrontación. De acuerdo a Almond y col., estas actitudes no pueden existir independientemente entre sí. Si esto es cierto, entonces la unidimensionalidad factorial de estas actitudes en el estudio realizado, apuntan a toda una bolsa de valores que son funcionalmente interdependientes en otro tipo de medios ambientales.

Caudill (1952) enfatiza que "un amplio sistema de valores en los pacientes así como las conductas valorativas determinadas (tal como es el caso de ayudar a otros pacientes) permanece de forma implícita y poco clara desde el punto de vista del equipo de salud". (citado en Almond, et. al., 1968, p. 559). El mismo autor señala que las medidas de la mayoría de los estudios formales, tradicionalmente utilizan las declaraciones y principios de los pacientes o la concepción del rol externados por los mismos, para la elaboración de sus reactivos y, según Detre "depende de la sinceridad y conciencia personal del rol por parte del enfermo". (Almond et. al., 1968).

Este tipo de tratamientos y estudios desarrollados en los hospitales, concluyen Almond, et. al., (1968) han evidenciado que "ciertas características cognitivas que suponían ser-

propias de la función y quehacer del diagnóstico psiquiátrico actualmente pasan a ser función del proceso crónico de la institucionalización y se ubican por igual en el caso de los enfermos mentales o reclusos. Yendo más lejos, esto sugiere el grado en el que los valores de un programa para pacientes psiquiátricos como al que hasta aquí hemos mencionado, puede reflejar las más amplias fuerzas sociales más que en el caso de experimentos hechos aisladamente". (Almond, et al., 1968, p. 559-560).

La investigación de Levinson y Gallagher (1964) se llevó a cabo mediante la aplicación de un "inventario de las concepciones del rol de paciente", que ellos mismos elaboraron, el cual fue correlacionado con pruebas independientes, (obteniendo resultados significativos), que miden concepciones más centrales de la personalidad, siendo una de ellas la "Escala F", de autoritarismo, Adorno y otros (1950) y la otra, la "Escala de la Ideología de Custodia en la Enfermedad Mental", C.M.I., Gilbert y Levinson (1956-1957), de la cual sólo se utilizaron 10 preguntas. (Levinson y Gallagher, 1971). El estudio se enfoca principalmente en el punto de vista del paciente sobre su condición como tal, su concepto del hospital y de su rol dentro del mismo, lo cual se observa a través de los problemas o dificultades que tiene el paciente para adaptarse al sistema hospitalario, las dimensiones significativas de la concepción del rol que tiene cada paciente, la relación que guarda la concepción del rol con -

otros aspectos de la personalidad (autoritarismo, fuerza del yo), así como la relación existente entre clase social, disposiciones de la personalidad y, concepción y desempeño del rol.

El objetivo del inventario fue crear una muestra representativa de la gama de ideas personalmente significativas - que los enfermos tienen sobre su condición, la cual fue aplicada a los pacientes (como sujetos de investigación), pidiéndoles a cada uno que indicaran el grado de acuerdo o desacuerdo en cada enunciado, a través de la selección de una -- tarjeta, que según el color, indicaba el grado de acuerdo o desacuerdo. La tarjeta seleccionada, se introducía en una caja. Obteniéndose de esta manera, un esbozo esquemático de su concepción personal de rol y, de esta manera establecieron las relaciones entre clase social, autoritarismo, la -- orientación respecto de la naturaleza y el tratamiento de la enfermedad mental y la forma de recibir la psicoterapia, lo cual se realizó a partir del análisis de relaciones múltiples existentes entre conjuntos de variables y las relaciones parciales entre pares de variables, cuando las restantes permanecieron constantes.

Lo primero que se realizó para la investigación, fue -- una observación de campo durante tres meses, con el fin de familiarizarse con el hospital; en segundo lugar, se construyó una bolsa común de enunciados sobre el hospital, su gente,

naturaleza, causas de la enfermedad mental, obteniéndose -- una muestra significativa de las ideas personales que los -- enfermos tienen sobre su condición.

La elaboración del cuestionario se hizo en base a 7 -- áreas temáticas cuyo contenido es de interés a los pacientes:

1.- Orientación en cuanto al psiquiatra (como son los - psiquiatras en general, cómo es mi doctor y que pasa entre - nosotros, es la visión real e ideal).

2.- Orientación en cuanto a los enfermeros y auxiliares (lo mismo que el punto anterior, pero en relación al perso- nal mencionado.).

3.- Orientación en cuanto a los pacientes: cómo son los pacientes, qué sienten hacia mí y cómo actúan conmigo; que - sienten y cómo actúo con ellos.

4.- Naturaleza y causa de la enfermedad en su caso par- ticular: qué es lo que me pasa; hasta que punto estoy enfer- mo, cómo me puse así.

5.- Concepto de tratamiento: en qué medida son buenos- los diversos tratamientos para los pacientes en general y pa- ra mí mismo, qué es lo que me ayuda a mejorar (amor, conver- sación, rigor, fuerza de voluntad, tiempo, etc.).

6.- Concepto de cura: que significa estar "mentalmente- sano".

7.- Orientación en cuanto al hospital, naturaleza y pro- pósitos de los hospitales en general y de este en particular, pros y contras de ser un paciente en este lugar, como hago *

para salir de aquí.

En cada área se formularon 20 y 30 ítems, hasta llegar a la lista final de 116, los cuales fueron divididos por grupos representativos de un factor, y la carga factorial que cada ítem tiene y el grado que refleja ese factor. El análisis de factores de las respuestas se llevó a cabo mediante el método controlado de Thurstone (1947).

Se extrajeron tres factores ortogonales primarios y, mediante el método de Kassebaun, Couch y Slater (1959) se dedujeron 4 factores de fusión. El factor es concebido como: "una disposición (simple o compleja) de la persona que influye en distintos grados sobre su respuesta a los diferentes ítems" (Levinson y Gallagher, 1971, p. 78). Una vez obtenidas las escalas factoriales, se identificaron los problemas y temas unificadores, basando el análisis en tres dominios:

a) Los problemas del rol: todas aquellas preocupaciones endémicas a la hospitalización, problemas del rol existencialmente dados en la situación del paciente dentro del hospital, en el convencimiento personal del beneficio o desventajas de ser paciente en el mismo.

b) Dimensiones de la concepción del rol: representa una respuesta ideacional a un problema del rol, o a una manera de tratarlo. A través de su puntaje de escala, los pacientes indican el grado en que apoyan o no esa concepción, ofreciendo de esta forma, una evaluación cuantitativa de la posición

ción del paciente en una dimensión.

c) Disposiciones de la personalidad relevantes con respecto al rol: rasgos de carácter, defensas, ansiedades y deseos menos concientes, reflejados en la visión del "yo en el hospital". Las escalas factoriales se examinaron desde una perspectiva psicodinámica, usando inferencias clínicas.

En resumen, más de dos tercios del total de ítems se pueden considerar manifestaciones de los factores primarios y de fusión.

Lo anterior apoya la tesis general de que: "Las características personales que estos factores representan, son de importancia notable en la orientación general del paciente hacia el hospital y para su vida en él" (Levinson y Gallagher, 1971, p. 88). A continuación se mencionarán cada uno de los factores, analizados en sus tres dimensiones.

Los puntajes de los ítems varía entre 1 punto (para desacuerdo pronunciado) y 7 puntos (para acuerdo pronunciado). Las posibles respuestas con sus respectivos puntajes son los siguientes:

<u>Puntos</u>	<u>Respuesta</u>
1	Totalmente en desacuerdo.
2	Bastante en desacuerdo
3	Poco en desacuerdo.
4	No se
5	Poco de acuerdo.

<u>Puntos</u>	<u>Respuestas</u>
6	Bastante de acuerdo
7	Muy de acuerdo.

El puntaje de escala de un individuo, es la suma de los puntos de cada ítem.

FACTOR I:

¿Cuál es el hospital psiquiátrico ideal y el paciente - ideal?.

Items que componen la escala de factor I: 71, 26, 21, - 11, 2, 51, 114, 20, 47, 33.

Adicionales: 15, 80, 14, 13, 37, 1, 70.

a) Problema del rol:

El preguntar por el hospital y el paciente ideal, refleja una de las tareas significativas del rol del paciente, -- considerándose que todo miembro del hospital (paciente o terapeuta) posee una ideología respecto al mismo. Se parte del supuesto de que "El hospital... trata de inducir a los enfermos a ver el buen hospital y al buen paciente en una forma - que coincida con su estructura y su política. No es menos - el interés del paciente, pues introducido de pronto en un mundo nuevo y ajeno, inseguro de sí mismo y de los demás, encuentra imperativo desarrollar una concepción significativa de la hospitalización que lo ayude a interpretar ese mundo y sus propias posibilidades dentro de él". (Levinson y Gallagher 1971, p. 85).

b) La dimensión de la concepción del rol: preferencia por la autocracia benévola y el aspecto convencional. Se refiere a la concepción del buen paciente, la persona mentalmente sana y "yo mismo". Es un esbozo de la dimensión de la respuesta al rol.

Puntaje alto: son los pacientes que se conciben a sí mismos y al "buen paciente", como una persona normal, que sufre una alteración nerviosa u otra dificultad pasajera, desea un ambiente hospitalario en donde haya un control rígido aunque benévolo, buena comida, una oportunidad de relajamiento, tratamiento somático y una guía que lo encamine hacia un modo de vida apropiado.

Puntaje bajo: los que rechazan el concepto de buen hospital y de buen paciente. Consideran el buen hospital más como "comunidad terapéutica", que como autocracia benévola, dan menor importancia a las funciones de control del personal y mayor peso a la calidad de sus relaciones con los pacientes. Están dispuestos a poner más de sí mismos en el tratamiento y en la experiencia hospitalaria en general. Dan menos valor a la terapia somática y a un ambiente sumamente estructurado.

c) Disposiciones de la personalidad:

1.- Sumisión autoritaria: Hay un marcado acento en la obediencia, la diferencia, el control, las reglas, la etiqueta y la conformidad. Cualidades morales jerárquicas simila-

res impregnan la figura del psiquiatra y definen la relación médico-paciente.

La hipótesis que postulan los autores es la siguiente: "Los pacientes que sostienen esta concepción del rol, muestran una disposición más generalizada y duradera hacia la sumisión autoritaria".

2.- Estereotipia: Se refiere a las distinciones estereotipadas y rígidas entre la "buena" y la "mala conducta", entre el "enfermo" y el "normal", entre los pacientes "realmente locos" y los que han sufrido un "colapso nervioso". "Este proceso está en la raíz del juicio moral absolutista y en la intolerancia de la ambigüedad moral tan característicos del autoritarismo" (Levinson y Gallagher, 1971, p. 107).

3.- Anti-introcepción: "Desconfianza hacia la experiencia interna, oposición a mirar debajo de la superficie psicológica, a reconocer y explorar los aspectos más oscuros, intensos y conflictivos de la vida". (Muray, 1938; Sharaf, -- 60; citados en Levinson y Gallagher, 1971, p. 107).

Lo anterior se refleja en la preferencia por las relaciones impersonales y sumamente joviales, en la insistencia en el aspecto cortés y en la aguda evasión de la intimidad y la apertura emocional, en la visión psicológica de la propia enfermedad y del tratamiento eficaz.

En el presente estudio se pusieron a prueba dos hipótesis derivadas de esta interpretación: primero, que la escala

del factor I tendrá una correlación significativa con una dimensión independiente de autoritarismo; segundo, que es menos probable que reciban psicoterapia los pacientes que obtengan altos puntajes en el factor I, que los de bajo puntaje. (Levinson y Gallagher, 1971).

Para la escala de 10 ítems, los puntajes pueden variar entre 10 y 70 siendo el puntaje medio 40. Puntajes superiores a 40, indican apoyo creciente a la concepción del rol -- ilustrada por los ítems. Puntajes inferior a 40, indica rechazo. La media de la escala del factor I para la muestra de 100 pacientes, es de 43.7, la desviación estándar 13.3.

FACTOR II:

a) La tarea del rol: ¿Qué tiene este hospital de bueno o de malo para mí?. Es la evaluación concreta de los méritos y fallas que tiene el hospital desde el punto de vista del paciente. "La hospitalización hace dependiente y vulnerable al paciente y aunque espera lo mejor, teme lo peor y continuamente está evaluando su existencia hospitalaria". (Levinson y Gallagher, 1971, p. 80). La "utilidad" de su estancia en el hospital dependerá en cierta forma, del concepto que se forme sobre la misma.

b) Dimensión de la concepción del rol: visión del hospital como gratificador-reconfortante vs. privativo-rechazante.

Items altos: 112, 116, 45, 25, 8: acuerdo con el hospital, estancia confortable.

Items bajos: 107,93, 108, 73, 52: insatisfacción, desacuerdo y rechazo por el hospital.

Items adicionales: 17, 16.

Media: 54.4; desviación estándar: 9.6.

c) Disposiciones de la personalidad:

"Inferimos que la 'dependencia optimista' (disposición que proviene en gran parte de las fantasías y modos de funcionamiento orales del yo) influye mucho en la orientación hacia la condición de paciente y otros contextos vitales de los que tienen puntajes altos...los que tienen puntajes bajo no son indiferentes a estas cuestiones ni carecen totalmente de dependencia, sino que estan comprometidos en la misma búsqueda oral, pero sin éxito(...). Representa, creemos, una tendencia permanente de la persona y la llamaremos 'alienación desconfiada'." (Levinson y Gallagher, 1971, p.109-110).

FACTOR III:

a) Tarea del rol: en este factor, el paciente debe identificar los problemas que le aquejan, y para los cuales requiere ayuda profesional. "Desde el punto de vista del personal, es importante que el paciente enfrente esta tarea". (Levinson y Gallagher, 1971, p.97).

b) Dimensión de la concepción del rol: acentuación de las sensaciones de inquietud y falta de control. Resalta el énfasis al temor de perder el autocontrol.

La obtención de puntaje alto, indica el reconocimiento de problemas emocionales severos, lo cual implica un gran -- cambio en sí mismo, para la mejoría. El puntaje bajo: impli-- caría un mayor autocontrol, y la "sensación de turbulencia"-- menos pronunciada.

c) Disposiciones de la personalidad: ansiedad por el -- control de impulsos. Puntaje alto indicará que el paciente-- es acosado por deseos y sensaciones alarmantes que a veces -- irrumpen en conductas que violan valores, como cuando "explo-- ta". Los pacientes con puntajes bajos, no se sienten acosa-- dos por el temor a perder el control.

Items: 75, 78, 86, 77, 17, 35, 49, 95, 69, 99* (*El 99 es un ítem bajo en el factor III).

Media: 35.7, desviación estándar 12.0.

Interpretación de los Factores de Fusión:

Como ya se había mencionado, se utilizó el método de -- Kassebaum, Couch y Slater (1959), el cual se funda sobre el-- análisis estándar de los factores primarios ortogonales y su-- ministra un complemento útil a dicho análisis. "Un factor -- de fusión representa un eje trazado con un ángulo de 45° en-- tre dos factores primarios" (Levinson y Gallagher, 1971, p. -- 114).

FACTOR I+II-:

a) El problema del rol: La diferencia entre los dos -- factores reside en la dimensión de la respuesta, en las características de la vida hospitalaria sobre las que se hace mayor hincapié.

b) La dimensión de la concepción del rol: son las demandas del hospital sobre el paciente. La familia de ítems -- adopta una perspectiva muy crítica del hospital: sus demandas son excesivas e injustas; requiere del paciente más de lo que éste puede darle; el tono emocional es de queja y resentimiento. A esta dimensión se le dió el nombre de "visión del hospital como explotador-exigente".

"Los pacientes'que se sienten todo el tiempo deprimidos y tristes; imponen una obligación de 'dar' muy rechazada por los pacientes que sienten que ya están dando demasiado y recibiendo muy poco". (Levinson y Gallagher,1971, p. 116-118)

c) Disposiciones de la personalidad relevante con respecto al rol:

Los que obtienen un puntaje alto, ofrecen una evaluación realista,"en la medida en que un hospital es de hecho - explotador y demasiado exigente para con sus pacientes . (Levinson y Gallagher,1971, p. 119).

El puntaje bajo,demuestra la negación y otras formas de distorsión, "o bien lo que quizás sea más probable, este factor puede no aparecer en algunos hospitales en los que 'la -

estructura situación del paciente' es notablemente más opresiva, o más indulgente, que la de este lugar... sino más -- también que situaciones hospitalarias diferentes pueden impulsar facetas distintas de la personalidad, y que las realidades situaciones se deben tener en cuenta al interpretar las raíces psíquicas internas de una determinada concepción del rol". (Levinson y Gallagher, 1971, p. 19).

El paciente que considera este hospital como explotador exigente tendrá probablemente un modelo autoritario del hospital ideal y se sentirá despojado y rechazado en este lugar: el resentimiento es una fusión del autoritarismo y la desconfianza-alienación. (Levinson y Gallagher, 1971). Como término medio, los pacientes tienden a rechazar el punto de vista de que el hospital es exigente y explotador.

FACTOR I+II+: concepción del rol de pacientes autoritarios que encuentran el hospital como gratificador reconfortante.

a) El problema del rol: es la concepción de lo que el paciente necesita para curarse.

b) La dimensión de la concepción del rol: describe las actividades e influencias beneficiosas que alientan o aseguran la mejoría. En general, transmite un tono de optimismo y esperanza.

c) Disposiciones de la personalidad: "Los pacientes --

que exteriorizan con optimismo la responsabilidad de su cura son los que se inclinan: a) a concebir el buen hospital como una autocracia benévola y así mismo como víctimas de una condición nerviosa temporal (factor I+); b) a creer que este -- hospital ofrece el consuelo y la satisfacción requeridos -- (factor II+). Los pacientes autoritarios tenderán a obtener puntaje alto en ambos factores de fusión.

FACTOR I+III+:

Se ocupa de los problemas de la vida cotidiana dentro - del hospital.

a) El problema del rol: se ocupa de los problemas de - la vida cotidiana dentro del hospital. ¿Que me turba y me - desconcierta en la sala, y qué necesito para sentirme sano y salvo?.

b) La dimensión de la concepción del rol: describe al - paciente como una persona susceptible e hipertensiva, que sue - le sentirse enojada o descompuesta y que trata desesperada-- mente de mantener el dominio de sí misma.

El nombre que recibe la dimensión es el siguiente:

"Acentuación de la importancia del estricto control por parte del yo y del medio hospitalario".

El puntaje alto, denota que el paciente se ve así mismo como "carente de auto contro, que puede explotar en cualquier momento"; la presencia de los otros pacientes le resulta --

amenazante para su propia integridad.

c) Disposiciones de la personalidad: describe las características problemáticas de la vida en la sala para el paciente autoritario cuyo dominio de sí mismo se ha visto seriamente perturbado; reconoce que algo anda mal, que tiene problemas reales y que necesita ayuda.

La media obtenida fue 37.8, desviación estándar 13.1.

FACTOR II-III+:

Este factor refleja la convergencia de la desconfianza-alienación oral y la ansiedad aguda sobre el control de los impulsos.

a) El problema del rol: la importancia central de este factor, se representa en la siguiente pregunta: ¿Cómo son los otros pacientes?. "La tarea del rol de aprender como son los otros preocupa así gran parte del tiempo y de los esfuerzos de los pacientes durante el período inicial de la hospitalización". (Levinson y Gallagher, 1971, p. 141).

b) La dimensión de la concepción del rol: es la "visión de otros pacientes como ilegítimamente dependientes-exigentes." El paciente siente que a él no lo atienden, que los demás pacientes "absorben" a los enfermeros.

c) Disposiciones de la personalidad: refleja una manera de manejar los propios deseos de ser cuidado, complacido sin limitaciones y gozar de consideraciones especiales.

El puntaje alto lo obtendrían pacientes que creen tener gran necesidad de tratamiento, y, a la vez desconfían del personal que les proporciona la ayuda requerida. A este factor se le llamó "contradependencia ansiosa".

La media obtenida en esta escala fue 23.8 y la desviación estándar 9.6.

La investigación se realizó en el Centro de Salud de Massachusetts (CSMM), E.U.A., en 1957. Se publicó en 1964. Se trata de un hospital psiquiátrico público, cuya población es diversa (en cuanto a edad, diagnóstico, características étnico-religiosas). Tiene capacidad para 120 enfermos, asiste cuadros agudos, siendo el período de máxima estancia un año; la mayor parte de los pacientes son dados de alta en un lapso de tres a cuatro meses, continuando el tratamiento ambulatoriamente. Disponen de diversas medidas terapéuticas, psicoterapia individual y de grupo, psicodrama, drogas, terapia de electrochoques, etc. La población diversa de pacientes está igualada por la variedad y abundancia del personal.

La corriente profesional dominante es el psicoanálisis y la psiquiatría dinámica, enfocada al aspecto social: hospital abierto, y por la tendencia que atribuye relevancia terapéutica al medio social del enfermo y a las relaciones entre la comunidad y el hospital.

Muestra:

La muestra es muy heterogénea en su composición étnico-

religiosa y de clase social. Se seleccionaron 100 sujetos, 50 mujeres y 50 hombres; 57 eran solteros, 30 casados y 13 pertenecían a la categoría de otras (viudos, divorciados, etc.), la mayoría se hallaban entre los 20 y 40 años; 6 pacientes habían sido enviados al hospital para su observación por orden judicial, 71 habían sido confinados judicialmente y 23 entraron por propia voluntad.

Las tres perspectivas presentadas en el análisis de cada factor (problemas de rol, dimensión de la concepción del rol y disposiciones de la personalidad relevantes con respecto al rol) son igualmente importantes, pues la característica distintiva del trabajo es dilucidar e interrelacionar varios modos de análisis, para lo cual se considera, que el estudio de un rol debe incluir: a) el carácter del mundo social externo (su estructura total así como también los procesos sutiles y las características psicológicas); b) la superficie de la personalidad individual (aspectos como la concepción del rol, que ligan de la manera más directa a la persona con su ambiente); c) las profundidades de la personalidad que funcionan de manera más indirecta, pero a menudo con fuerzas notable.

Los autores concluyen: "La teoría de que los rasgos más centrales de la personalidad influyen en la formación de las concepciones del rol y se reflejan en ellas... Las concepciones del rol representadas en el factor I y sus fusiones

encajan dentro de la matriz más amplia de las disposiciones autoritarias de la personalidad. Las concepciones del rol del factor III y sus fusiones (y, en menor grado, del factor I) se asocian con un agudo sentido de ansiedad e ineptitud -- que indicaría, al parecer, un aspecto de la fuerza del yo. -- Las mediciones dependientes no se utilizaron aún para probar nuestras hipótesis sobre la relevancia de la 'dependencia-optimismo orales' para el factor II+ y de la desconfianza-alienación orales' para el factor II-". (Levinson y Gallagher - 1971, p. 172-173).

En este estudio se supuso un grado relativamente alto de convicción y estabilidad, al menos entre los que tienen -- puntajes extremadamente altos y bajos en cada factor, lo -- cual se cumple 'en término medio', concluyen los autores, por lo cual debe ser probado.

Otra de las relaciones entre variables, que analizan -- los autores, es la que se da entre clase social y las concepciones del rol del paciente.

Definen clase social de la siguiente manera:

"Son agrupaciones de gente dentro de la población general, que tiene prestigio social, status socioeconómico, educación, valores y niveles de vida más o menos equivalentes (...) En el contexto de nuestra investigación, 'la clase social del paciente' se convierte en fuente amplia y extrahospitalaria de experiencia e influencia vitales que pueden re-

flejarse en su concepción del rol del paciente." (Levinson y Gallagher, 1971, p. 175).

La clase social es considerada, como una variable independiente que actúa desde fuera, la cual puede constituir un elemento para el sostén de su identidad, reforzado el rol de paciente psiquiátrico.

Medición y Distribución de la Clase Social:

La clase social de cada paciente fue evaluada por medio del índice de dos factores de Hollinshead, que combina la ocupación con la educación. Este esquema utiliza cinco niveles de clase, de las cuales I y la II comprenden los individuos de mayor educación y con ocupaciones profesionales o comerciales, y la V, los de los estratos ocupaciones y educacionales más bajos. (Citado en Levinson y Gallagher, 1971).

Los puntajes de educación y ocupación pesan en la proporción de 4 a 7 y luego se combinan. El intervalo de variabilidad del ISP (índice de posición social de dos factores -- Hollingshead 1957) va de 11, el status social más bajo (note se que un puntaje numérico bajo significa un status alto). Una vez determinado el puntaje en el ISP de un paciente, se lo utiliza para asignarlo a una clase social. Se insertan cortes dentro del intervalo de variabilidad 11-77, lo que da cinco niveles de clase. La clase social se usó, para dividir la muestra en grupos de status distintos, y se utiliza--

ron los puntajes en el ISP para representar al status social en el análisis de correlaciones. (Levinson y Gallagher, 1971). De acuerdo al estudio señalado se obtuvieron los siguientes-datos:

Clase social y actitud ante la enfermedad mental:

En los niveles más bajos de status, el rechazo a la enfermedad mental es más pronunciado, (actitud negativa), siendo esta misma actitud, en las personas que trabajan con enfermos mentales.

El estudio realizado por Hollingshead y Redlich(1958) - en New Haven, muestra un panorama semejante entre la relación de clase social y actitudes hacia la enfermedad mental y la-psiquiatría: las personas de clase baja eluden buscar ayuda-por temor a que se les llame locos o chiflados. Perciben al psiquiatra, por un lado, como autoridad moral (cuando el paciente es canalizado por la vía legal coercitiva), por el --otro, cuando asiste voluntariamente con él, lo considera un-doctor común. No concibe con facilidad, que sus relaciones-interpersonales y su malestar somático, están en relación estrecha con su perturbación mental. Los tratamientos que --tienden a la comprensión y resolución del conflicto mental,-le parecen inútiles. Su relación con el psiquiatra la sienten: como un enorme abismo emocional y social entre él y su-psiquiatra que pertenece a la clase media alta o a la alta. Sus valores, sus maneras de sentir y de comunicarse son muy-diferentes. Todo encuentro entre extraños, que siempre en-

alguna medida provoca ansiedad, sobrelleva en este caso la carga extra de la diferencia de status que hay entre ellos. "Pese a su horror por los hospitales psiquiátricos, no es raro que el paciente de clase baja valore el refugio que le -- dan, pues la vida de su clase exige la lucha diaria por la existencia, vida de pobreza tanto material como psicológica y que sólo le permite los tipos de satisfacción más transitorios y directos" (Levinson y Gallagher, 1971, p.179). A diferencia, el paciente de clase media alta y alta, poseen mayor información sobre la enfermedad mental, disposición a buscar ayuda profesional y a cooperar en su tratamiento.

Clase social y carrera del paciente:

"La 'carrera' encierra la noción de continuidad en el tiempo y también toma en cuenta lo que el hospital 'le hace al paciente', cómo lo gradúa y clasifica y como lo educa en las diversas contingencias de su carrera, ganando privilegios, recibiendo formas deseadas de tratamiento, alcanzando el alta, etc." (Levinson y Gallagher, 1971, p. 181-182).

El tratamiento recibido por los pacientes de clase baja, es marcadamente diferente en tipo de calidad, al que reciben los de clase alta. En los grandes hospitales estatales, la población de pacientes es, en su mayor parte, de clase baja. La relación personal-paciente es escasa y hay pocas oportunidades de que los enfermos mantengan relaciones significativas con el personal. Sin embargo, entre todos los roles del personal, el que tiene más probabilidades de conocer mejor -

al paciente y desempeñar un papel importante y potencialmente terapéutico es el auxiliar o ayudante. Esta relación se ve facilitada grandemente por las similitudes de antecedentes sociales entre el auxiliar y el enfermo. (Levinson y Gallagher, 1971).

El paciente de hospital privado, recibe más el trato de "cliente", que de interno, lo contrario que en los públicos, y se le proporciona tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, siendo que en el hospital público se utiliza más éste último.

Clase social y personalidad:

"La clase social, como agente de socialización y formación de personalidades, tiene un impacto intenso e insiste - que se abre paso a través del ambiente material del individuo, sus relaciones sociales y sus actividades generales. - Aún así el impacto de la clase es disparejo y atenuado. Algunos sujetos están más integrados que otros dentro de las - situaciones sociales típicas de su clase. Los pacientes, en término medio bien pueden estar menos integrados en cuanto a clase. Además, la clase social debe compartir su influencia sobre la personalidad con otras fuerzas poderosas, como la - estructura familiar, los sistemas educativos, los modelos - del rol, las tensiones económicas, las comunicaciones de masas y múltiples estímulos y procesos patológicos o saludables, mucho de los cuales tienen una influencia mayor y más direc-

ta que la clase social" (Levinson y Gallagher, 1971, p. 198)

Importancia de la clase social en la vida hospitalaria:

"El personal, en forma característica, ve al paciente dentro de un marco de referencia tomado de la medicina y la psiquiatría, que presta escasa atención a sus particularidades socioculturales, llevando a la desviación acultural(...) Aunque el proceso de redefinición sea una de las constantes existenciales de la condición de paciente, su alcance e intensidad pueden variar; pueden modificarlo en gran medida la estructura social y el clima del hospital, instando a los pacientes, en forma selectiva, a dejar a un lado elementos indeseables o patógenos de la identidad, reforzando al mismo tiempo otros elementos más deseables socialmente y más propios del yo." (Levinson y Gallagher, 1971, p. 208-209). El status social, no es más que una de las muchas influencias socioculturales de la concepción del rol.

La situación familiar de un paciente, cuya hospitalización priva a su familia de un ingreso vital y apoyo emocional, puede afectar intensamente su perspectiva del tiempo, sus objetivos terapéuticos y su concepción del rol. La edad tiene importancia por su relación con las responsabilidades que cambian con el ciclo vital, y por su significación intrínseca al afectar puntos de vista personales.

Respecto a estudios llevados a cabo en México, Valencia y cols. (1984) llevaron a cabo un programa de tratamiento --

psicosocial en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. El objetivo del programa consistió en que los pacientes desempeñaran satisfactoriamente sus roles sociales, familiares, ocupacionales, etc., tanto en el hospital como en la comunidad.

El programa comprendió las siguientes áreas de tratamiento: 1) autocuidado, 2) control de síntomas y medicamentos, 3) habilidades sociales, 4) orientación ocupacional, 5) orientación familiar y 6) actividades recreativas y deportes.

El programa tuvo una duración de cuatro semanas y se organizó de acuerdo a las áreas mencionadas en el párrafo anterior; en las que los pacientes participaron en sesiones de grupo coordinadas por un equipo interdisciplinario de tratamiento que incluye psiquiatras, psicólogos, enfermeras trabajadores sociales, rehabilitadoras, etc.

La estructura del programa incluye tres etapas: canalización, tratamiento y seguimiento. La evaluación de los pacientes se realizó en tres instancias: en el ingreso, cuando se les dió el alta y en el seguimiento, que tuvo una duración de seis meses.

En dicha investigación, se utilizó un diseño cuasi-experimental de grupos no equivalentes. Aún así, los grupos base estudio; grupos experimental y grupo control, se aparearon

tomando en cuenta variables sociodemográficas.

Los resultados indican que los pacientes del grupo experimental, que participaron en el programa, obtuvieron mayores mejorías que los pacientes del grupo control, tanto en sintomatología como en funcionamiento psicosocial, mientras se encontraban hospitalizados, así como cuando fueron dados de alta y, en su funcionamiento en la comunidad. De la misma forma, los pacientes experimentales tuvieron un nivel menor de recaídas, seis meses después de que salieron del hospital. Otro dato que proporciona la investigación, es el -- que los pacientes del grupo control, presentan mayor grado de angustia a su egreso del hospital, que los pacientes del grupo experimental.

CAPITULO II

LINEAMIENTOS TEORICOS

"La historia de una ciencia no debiera ser una mera colección de biografías y todavía menos un cuadro cronológico adornado con anécdotas. Tiene que ser también una historia de la formación, de la deformación y de la rectificación de los conceptos científicos".

ETUDES

La realización del esquema teórico para el análisis del enfermo mental con el hospital psiquiátrico, parte de la -- Teoría de Roles. En el que las actividades y formas específicas de comportamiento que las personas realizan en las diversas facetas de su vida, son agrupadas en unidades, para objeto de estudio, llamándoseles roles. Y en este caso, comprenden las actividades y comportamientos que las personas - desempeñan en un hospital psiquiátrico, en calidad de pacientes.

En la presente investigación, se hace referencia a un - subgrupo social en particular, denominado enfermos mentales, clasificado así, por diagnóstico médico-psiquiátrico, que se encuentran hospitalizados en una institución psiquiátrica para su tratamiento y reincorporación social; y que a su vez, - constituye una subcultura.

Básicamente, la investigación sigue los lineamientos -- teóricos propuestos por Daniel J. Levinson y Eugene B. Gallagher (1971). No obstante, se han incluido otras aportacio-- nes teóricas que vienen a enriquecer el trabajo.

Antes de entrar de lleno al rol del paciente psiquiátrico, se plantearán los lineamientos de la Teoría de Roles, -- tomados para esta investigación.

2.1 COMO SE LLEGA A LA CATEGORIA DE DESVIADO.

Durante el proceso de socialización, las personas adquieren una gama de comportamientos que le permitirán aprender y desarrollar diversos roles a lo largo de su vida. Esta variedad de comportamientos adquiridos, que a su vez dependen de las características propias de cada persona, así como de factores socioculturales, serán la pauta para que las personas puedan aprender nuevos roles, modificarlos, adaptarse o desecharlos, y a la vez poder desempeñar varios roles. Por medio del proceso de socialización, la persona adquiere significados, valores, habilidades, conocimientos, actitudes, indispensables para el desempeño de los roles sociales.

"La sociedad como conjunto de individuos interactuando con su cultura y los significados y valores relacionados a través de los cuales los individuos interactúan precede a cualquier individuo existente". (Rose, Ø 74, en Torregrosa, 1971, p. 71).

Es a través de la interacción social, de la comunicación simbólica, como el ser humano aprende un gran número de significados y valores, que a su vez le permiten el aprendizaje de las formas de actuar de otros hombres. Este aprendizaje de significados y valores compartidos crean expectativas de comportamiento que permiten predecir la mayoría de las veces, la conducta de otros, y a la vez, sirven para ajustar la propia conducta.

La comunicación humana puede implicar la asunción de un rol, ponerse en el lugar de otro (empatía) así como expresiones más espontáneas capaces de producir en los otros respuestas afectivas y corporales. Para asumir un rol se requiere del aprendizaje de significados y valores sociales: "símbolos significantes". (Rose, 1971, en Torregrosa, 1974).

Los comportamientos que una persona presenta para un determinado rol, son reconocidos por los otros gracias a las normas que comparten (un conjunto de significados y valores establecidos) y que permiten interpretar y comparar los comportamientos adscritos a ese rol, sin importar la gran variedad de formas que hay o que cada persona tiene para llevarlos a cabo. Los roles integran una red, por la interrelación que hay entre unos y otros, y porque el desempeño de un rol, se efectúa en relación a la posición de los roles de otras personas.

Rose(1971) define la cultura como: "Un conjunto elaborado de significados y valores compartidos por los miembros de una sociedad que dirigen gran parte de su conducta". (Rose, 1971, en Torregrosa, 1974, p. 67).

La influencia de la cultura en el infante, toma dos modalidades: por un lado, la influencia de los adultos que ya está normada culturalmente y que es trascendental, y por otra parte, las influencias socioculturales, producto de las expe

riencias que el propio individuo va adquiriendo. La socialización se da en la cultura y en las subculturas y se continúa a lo largo de la vida, la sociedad y sus grupos están en constante cambio creando nuevos significados y valores.

Las normas y los roles son parte del esqueleto social.- El aprendizaje de normas y roles, así como su desempeño, conducen al ajuste de las relaciones interpersonales, satisfaciendo las necesidades de la propia persona y de las demás. El rol implica dos aspectos, por un lado, la personalidad del sujeto, y por otro lado, los factores socioculturales en donde se desenvuelve la persona. Por tanto, se considera al rol social como un nexo entre la personalidad y la estructura social, determinado por la división social del trabajo, y que es definido y puesto en acción por la persona, tanto por demandas estructurales como por características de su personalidad.(Levinson y Gallagher, 1971). A esta definición cabría agregarle la definición de rol y de estructura de Rose (1971) para que ese "nexo" quede explicado psicosocialmente.

El rol es definido como "un conjunto de significados y valores relacionados entre sí, que guían y dirigen a la conducta de un individuo en un medio social determinado" y la estructura como "un conjunto de significados y valores relacionados entre sí, que rigen un medio social determinado, incluyendo las relaciones de todos los roles individuales de los que forma parte"(Rose,1971, en Torregrosa, 1974, p.68-69).

En lo que respecta al concepto de personalidad, se han dado cientos de definiciones, por lo que solo se mencionarán las más relevantes respecto a este trabajo.

"Puede decirse que la personalidad está constituida por un núcleo de hábitos organizados en el individuo, a los que da forma, estructura y continuidad"

(Linton, 1945, p. 115)

Para Clausen la personalidad "...puede ser concebida como la totalidad organizada de esos aspectos de las conductas y de las tendencias a actuar, que dan significado a un individuo en la sociedad, sus modos característicos de actuar, pensar, manejar las emergencias, relacionarse con personas de la misma o diferente edad, sexo, status social, la percepción de sí mismo y su modo de comunicar esta percepción a otros". (Clausen, 1966, p. 203).

"En el comportamiento de la personalidad existen dos de terminantes: en tanto el primero -el rol social- 'responde' a la mutabilidad de la conducta, el segundo -las peculiaridades de la personalidad se denomina Yo. Mientras que "personalidad" es un concepto más amplio, el Yo está vinculado en lo fundamental con la conciencia de que uno se diferencia -- del mundo que lo rodea y con el concepto de continuidad de la conciencia. De esto modo, el comportamiento de la personalidad puede ser presentado como función de dos elementos -

básicos, es decir, del rol social y del Yo". (Predvechni, et al., 1977, p. 235).

Se podrían seguir enumerando las diversas maneras de -- abordar el estudio de la personalidad, sin embargo, no cabe para los fines de este trabajo, por lo que se procederá a de-- finir la concepción que se utiliza en este esquema teórico: "Concebimos la personalidad en forma amplia, incluyendo en -- ella las ideas más conscientes del individuo acerca de sí -- mismo y de los otros, las actividades, valores, modalidades de funcionamiento cognoscitivo, fantasías inconscientes; dis-- posiciones y conflictos motivacionales persistentes, modos -- de defensa del yo, etc."

(Levinson y Gallagher, 1971).

El desempeño de un rol, es el aspecto conativo, es de-- cir, las actividades que un individuo realiza para desempe-- ñarlo y que giran en torno a las expectativas que la socie-- dad ha determinado para ese rol. Rubinstein lo define así: "El desempeño de roles, es una singular unidad, una interpre-- tación del rol social y de la individualidad del actor". - (Rubinstein, 1963, citado en Predvechni, et. al., 1977, p. 233).

En el curso de su vida, el individuo desempeña una gran variedad de roles, este desempeño consiste en "...acciones -- que realiza el individuo, en relación a las condiciones psi-- cosociales en que se desenvuelve dentro de la sociedad a la que pertenece". (Valencia y Cols., 1984).

En el desempeño de roles, se pueden presentar conflictos, ante el problema de cómo llevar a cabo el rol, puede obedecer a la incompatibilidad de roles, que los valores de la propia persona no correspondan con el rol a desempeñar; por lo cual el rol es desempeñado a medias o bien no se realiza conforme a las expectativas, apartándose de las normas establecidas. Puede haber una seudoadaptación, y el conflicto no ser mayor, o evadirlo. En el caso extremo, la persona no se adapta al rol, lo que le produce un continuo estado de tensión. Debido a esta inadaptación en el desempeño de sus roles más relevantes, las personas son consideradas como diferentes, desviadas, anormales o enfermas.

La conducta social y sus consecuencias, en última instancia, son las que permiten clasificar, categorizar al individuo como desviado, anómico, enfermo; y será sancionado según la situación del acto, la magnitud del mismo, la respuesta social y su posición social.

"Estudios interculturales referentes al trastorno mental apoyan la idea de que los estereotipos culturales pueden estabilizar la transgresión de las reglas residuales y tienden a uniformar los síntomas".(Scheff, 1970, p. 80).

"Los grupos sociales crean la desviación al hacer las reglas cuya infracción constituye la desviación y al aplicar dichas reglas a ciertas personas en particular y calificar--

las de marginales. Desde éste punto de vista, la desvia --
ción no es una cualidad del acto cometido por la persona, si
no consecuencia de la aplicación que las otras hacen de las-
reglas y las sanciones para un 'ofensor'".

(Becker, 1971, p. 19).

Canguilhem, (1982), Godstein (1930) y Bastide (1979), --
convergen en que lo "normal" esta dado por lo "normativo"; -
y al considerar que la salud está definida por la capacidad
de respuesta, de los individuos a las fluctuaciones del me--
dio ambiente; que consistiría en el establecimiento y aplica
ción de nuevas normas y modos de vida, que más que aplicar -
"un retorno al estado pre-mórbido" o un ajustamiento o adap-
tación, tienen el objetivo de modificarlo y hasta mejorarlo.

En el órden normativo, lo que hace a la norma, es la in
fracción, la alteración o excepción, para darle oportunidad-
de corregir. La norma al ser extendida y exhibida, estable-
ce lo normal, para lo cual cada cultura o grupo social, re--
dacta sus propias normas, sus medios de aplicación y sus san
ciones para quien no las siga o, se aparte de ellas.

"Lo normal es lo que suscita el interés teórico por lo-
normal. Las normas sólo son reconocidas como tales en las -
infracciones. Las funciones sólo se revelan por sus fallas.
La vida sólo se eleva a la conciencia y a la ciencia de sí--
misma por la inadaptación, el fracaso y el dolor"

(Canguilhem, 1982, p.160).

Así es como el individuo o los individuos, quedan segregados y clasificados en la minoría.

Estos grupos minoritarios pueden permanecer como tales sin mayor trascendencia o bien activarse y tratar de penetrar en el grupo social, impulsando sus propias normas y códigos para modificar parcial o totalmente, las establecidas, propiciando cambios a nivel social.

"Durante mucho tiempo se ha catalogado a un gran número de individuos en categorías desviantes, se les ha tratado como objetos, peor aún, como residuos de la sociedad normal (...) Tal es el caso sobre todo, de los grupos 'raciales', los homosexuales, los encarcelados y, en rigor, los 'locos' (Moscovici, 1981, p. 23).

A este respecto Moscovici nos dice que la influencia y el cambio social, no solamente lo ejercen los grupos mayoritarios, sino, las minorías, también juegan un papel determinante al respecto. Desde luego que para que se lleve a cabo este proceso y el grupo desviado pueda actuar como minoría activa, es necesario que la marginación de ese grupo y su carácter minoritario, estén dados por el escaso alcance de sus normas, que han conformado a través de la participación colectiva y sus objetivos sean el impulsarlas propiciando la innovación y el cambio social.

Lo minoritario de las minorías, esta dado por la tutela

o marginación otorgada a aquellos que por su transgresión de la norma o la incapacidad para conformarse a ella, les da la categoría de desviados. Para Moscovici, lo que define a una minoría es: "la desigualdad en el reparto del poder, a la lógica de la dominación. La jerarquía social expresa directamente esta desigualdad".(Moscovici, 1981, p. 41).

Por otra parte, tenemos la respuesta del grupo social - mayoritario, que puede variar desde la indiferencia, hasta la readaptación del individuo a las normas establecidas, propiciando que realice el rol o los roles esperados de acuerdo a su posición o estatus.

Como ya se había mencionado, la magnitud de la respuesta social, dependerá del grado de transgresión, de las condiciones en que se realizó el acto, la posición social del -- transgresor y quien sea el transgredido.

2.2 EL ROL DEL PACIENTE PSIQUIATRICO HOSPITALIZADO.

2.2.1. La Carrera del Enfermo Mental.

Para entrar a definir lo que es propiamente el rol del enfermo mental, se hará un recorrido general sobre como llegan algunas personas a ocupar esta posición.

El proceso o carrera que sigue el enfermo mental, comienza desde su detección en el seno de la sociedad misma, --

a través de la propia familia y/o del grupo social donde se desenvuelve.

Como se ha expuesto en la sección antecedente; el que una persona o grupo de personas se alejen de la norma establecida y con ello del desempeño de los roles esperados, reciben el nombre de desviados. Tratándose de los enfermos mentales, más bien obedecería a una marginación social por desocializados y asocializados, correspondiendo al fenómeno de anomia.

Por tanto, al menos en nuestro país, aún no se puede hablar de este sector minoritario como activo e innovador.

Scheff (1970) menciona que los síntomas de la enfermedad mental son violaciones a normas sociales residuales y que la carrera de los desviados residuales depende de la reacción de la sociedad y de los procesos del juego de roles, siendo éste último, elemento de un sistema social.

A la vez que la persona es señalada como enferma mental, y que es conducida para su tratamiento, a una institución psiquiátrica, va generando un proceso de aceptación o rechazo de la etiqueta asignada.

"El individuo juega su rol articulando su conducta con las señales y acciones de otras personas implicadas en la relación. El adecuado juego del rol depende de que el actor cuente con una audiencia cooperadora. La proposición inversa también es válida: el hecho de

tener una audiencia que actúe de manera uniforme con respecto al individuo puede llevar al actor, a jugar el rol esperado, aunque no esté particularmente interesado en ello".

(Scheff, 1970, p. 57)

Durante este proceso, que Goffman ha definido como "Carrera moral", el enfermo recorre todo un camino de padecimientos, humillaciones, En general, es presa de una desmoralización.

"...el nuevo paciente se encuentra desposeído de pronto de una cantidad de sus afirmaciones, satisfacciones y defensas ordinarias, y sometido a una sucesión casi exhaustiva de experiencias mortificantes: restricciones de la libertad de movimiento, vida en común, autoridad difusa de toda una escala jerárquica y otras similares. Aprende entonces en qué pobre medida puede mantenerse la imagen de uno mismo, cuando se quitan repentinamente el conjunto de respaldos que por lo general lo apoyaban".

(Goffman, 1981, p. 152).

A este respecto, se agrega, la irrupción de la intimidad de la persona, pues al ser detectado y hospitalizado, es objeto de una serie de preguntas personales, recibe un trato indiferenciado y es subestimado (como los demás pacientes) desde el primer momento. Además, los estudios médico-psiquiátricos y psicológicos realizados en el ingreso, le debilitan su Yo. De esta forma, el paciente es mutilado en lo más íntimo de su personalidad; por lo que su comportamiento se hace aún más inusual.

El conocimiento y las experiencias pasadas del indivi--

duo, las expectativas que éste tenga sobre el hospital psiquiátrico y sobre la situación del enfermo mental, influirán en la postura que adopte. Esto viene a ser reforzado, una vez que el individuo es recluído en el hospital, en donde a través de la convivencia con otros pacientes y el personal de la institución, y de las demandas del propio hospital, el nuevo paciente puede reestructurar la concepción de su situación y aceptar en diversos grados o no, el rol a desempeñar.

Para Scheff (1970), la relación del estereotipo del enfermo mental con la dinámica social de la enfermedad mental, es el aprendizaje indirecto. Esto a través de la transmisión de imágenes estereotipadas a través de los medios de comunicación de masas y el lenguaje corriente. Con esto, se explicaría las diferencias interculturales en la manifestación de los transtornos mentales.

Cabe mencionar algunas de las críticas a que ha sido objeto el modelo médico vigente, por su penetración cultural, y que es necesario abordar, debido a la orientación médico-psiquiátrica dominante en los hospitales.

El modelo médico no sólo es cuestionable en cuanto a su validez científica, sino también, por las finalidades que cumple: "...se le ha convertido en un imperativo cultural que transmite su propia ideología y delimita, al convertirse en norma para la educación y práctica médica, las fronteras-

de la responsabilidad profesional y, por consiguiente, las actitudes y conductas ante pacientes, familia y sociedad" (Pucheu, 1982, p. 17).

Esta adhesión a un modelo de enfermedad, ha provocado la crisis de la medicina moderna. Ortiz, en su crítica al modelo médico, señala los fundamentos filosóficos idealistas, en tanto que dualistas, de la teoría médica, con su correlato en la práctica, al separar el objeto de estudio, la enfermedad, de la realidad psicológica y social del individuo, obedeciendo a una cultura médica prejuiciada y clasista. (Ortiz, 1983).

El paciente psiquiátrico o el enfermo mental, ha sido definido de múltiples formas: desde la perspectiva psiquiátrica y legal, se le considera "como atacado de una grave enfermedad mental". (Levinson y Gallagher, 1971). Levinson y Gallagher, basándose en Durkheim, 1957; Parson, 1957; Bidwell y Vreeland, 1963; definen al paciente del hospital psiquiátrico como un residente dentro de la organización profesional, un cliente miembro de una comunidad, que además de recibir servicios específicos, le demandan múltiples aspectos: la autoridad hospitalaria le define sus derechos y obligaciones. (Citados en Levinson y Gallagher, 1971).

"...en el sentido más fundamental el término 'paciente hospitalizado' se refiere a una categoría de miembro, a una

situación dentro de la estructura organizativa del hospital-psiquiátrico". (Levinson y Gallagher, 1971; p.50).

Por otro lado, se le define al paciente psiquiátrico, desde el punto de vista médico, como "...el portador de una enfermedad específica (proceso patológico interno) que se espera controlar o extirpar por medio de un tratamiento definitivo". (Levinson y Gallagher, 1971, p. 51).

También ha sido definido como un desviado social, ya -- que el mismo término connota el equilibrio de normas morales y sociales, y la desviación real o potencial de conductas -- aceptables socialmente.

En el presente trabajo, la definición que se adopta es: el paciente psiquiátrico hospitalizado, como un miembro del mundo hospitalario que ocupa una posición determinada en esa estructura. Su estancia en el hospital, será por tanto, la formación y el desempeño gradual de un rol social! (Levinson y Gallagher, 1971).

Las fluctuaciones en la concepción del rol del paciente psiquiátrico, variarán según la visión que se tenga sobre el paciente o el enfermo mental. Esta dimensión abarca desde -- una concepción del paciente como objeto pasivo de manipulación, hasta el extremo opuesto, en donde el paciente es considerado como agente y objeto de cambio, siendo su función -- principal, la de propiciarse un proceso de cambio y curación

autogenerado.

Todas estas modalidades, se dan de manera diferente y en diversos grados; ya que no tan solo corresponden al paciente por sí mismo, sino, a otros pacientes, al personal de la institución y por las características propias del hospital, que de una u otra forma influyen en el paciente.

Continuando con el rol del paciente psiquiátrico, se parte de que esta situación implica una nueva carrera organizacional, en la que el paciente tendrá que desempeñar un nuevo rol, o volverse a adaptar a él (en el caso de los pacientes que ya hayan estado hospitalizados).

"En términos sociológicos, una carrera ocupacional se puede definir como 'la secuencia de movimientos de una posición a otra en un sistema ocupacional constituido por todo individuo que trabaja en ese sistema'". (Becker, 1971, p.90).

En el caso del paciente hospitalizado, su trabajo, será el desempeño de su rol como tal.

El grado de aceptación o no aceptación del rol, el desempeño del mismo y las expectativas, dependen de una serie de factores individuales y medio-ambientales.

Las principales características que una persona tiene para no asumir o asumir en diversos grados el rol de enfermo mental cuando se le ha ofrecido, depende de la firmeza de

las convicciones personales, del convencimiento de los procesos médico-legales y del respeto a las autoridades. "El ingreso en el rol será completo cuando este rol forme parte de las expectativas en la interacción social"(Scheff, 1970, - p. 59).

El estudio del rol del paciente psiquiátrico hospitalizado, debe analizarse desde una perspectiva global, que incluya la condición del paciente, entendiéndose ésta, como la relación y la respuesta que el enfermo tiene hacia la institución, en la que intervienen tanto los factores personales del paciente como los factores situacionales (propios del momento que está viviendo el paciente) en relación con las condiciones ambientales del hospital.

Desde esta perspectiva, el rol es visto como el engrane entre la personalidad y la estructura social-hospitalaria. Los componentes interpersonales, psicodinámicos, son los deseos, preferencias y conceptualizaciones personales, que servirán de resorte para que desarrolle su definición de rol y la medida de su desempeño. Por otra parte, los componentes socioculturales, son las oportunidades y demandas a las que se ve sometido, es decir, al conjunto de expectativas, normas e influencias sociales que inducen al paciente a pensar, sentir y actuar en forma particular, para enfrentarse a un nuevo modo de vida.

El rol del paciente, es analizado en dos aspectos:

El aspecto ideacional o concepción del rol, que viene a ser el sistema de ideas relativamente conscientes (creencias valores, actitudes y amplios principios racionales) para que el paciente se adapte a su condición, dependiendo ésta, de la tarea a desempeñar y forma de abordarla. El segundo, es el aspecto conativo o desempeño del rol. Es la adaptación del paciente a través de la realización de las tareas que ejecuta,

En el transcurso de su estancia, el paciente tiene que hacer frente a los problemas del rol que se le van planteando (conformidad, desviación, innovación, retraimiento o alejamiento del sistema). Es decir, se enfrenta a una situación, en la que debe decidir cuál es la mejor forma de aprovechar los recursos disponibles que le ofrece el hospital, para su recuperación. Esta situación del problema del rol, es considerada como un elemento dado, una realidad existencial o situacional de la condición de paciente.

Los problemas del rol pueden ser comunes; el modo de adaptarse a ellos, es diferente en cada paciente, así como la definición que de rol se forma. "Cada problema representa una tarea y un desafío para el paciente, que debe adaptarse a ellas". (Levinson y Gallagher, 1971, p. 57).

Así mismo, la definición que los mismos autores pro --

ponen sobre la conceptualización de rol que el propio paciente se ha formado, es: "La definición del rol de un individuo es un patrón más o menos integrado (aunque nunca del todo) - de deseos, sentimientos, pensamientos, valores y actuación". (Levinson y Gallagher, 1971, p. 58).

El hospital determina a través de sus normas, el desempeño del rol, que debe seguir el paciente. Y esto varía según el tipo de hospital, es decir, si está orientado hacia la psicoterapia o simplemente es de custodia. También dependerá, de su ubicación, que tan aislado o integrado este a la sociedad. Así mismo, la variación en la definición del rol y la personalidad del paciente, dependen de otros factores como la clase social, la educación, la religión y antecedentes étnicos. (Levinson y Gallagher, 1964; Hollingshead y Redlich, 1958; Frank, 1961; Gallagher et. al., 1957; Miller y Swanson, 1960; citados en Levinson y Gallagher, 1971).

El rol del paciente, es definido por Levinson y Gallagher, "como un logro personal, algo que la persona configura para sí respondiendo a influencias externas e intrapsíquicas". (Levinson y Gallagher, 1971, p. 61).

2.3 INSTITUCION PSIQUIATRICA.

Por otra parte, se encuentra el hospital psiquiátrico, sus funciones y normas, su organización, sus técnicas tera-

péuticas y el ambiente terapéutico-hospitalario en general.

El hospital psiquiátrico, desde el punto de vista de su compromiso social, es definido, "como una forma de organización instrumental o dirigida hacia un fin". (Pearson, 1957, citado en Levinson y Gallagher, 1971, p. 30).

Un rasgo importante de la organización hospitalaria, es la división entre el personal y los pacientes, que es de poca consideración, ya que las diferencias que unos y otros tienen, respecto a la concepción del hospital, es un factor determinante en la formulación del rol del paciente. El personal solamente permanece unas cuantas horas, durante la jornada de trabajo, estando en continuo intercambio con el exterior; los pacientes, viven en la institución, sin conexión con la comunidad, lo cual implica una vida limitada para el desarrollo social, y más, si sólo cumple el hospital funciones de reclusión, mantenimiento y custodia.

Para los fines de la presente investigación, se parte de la definición de hospital psiquiátrico como comunidad cuasi-burocrática: "se trata de un lugar de trabajo con una división de tareas definidas formalmente. Su funcionamiento quizás, tanto como el de cualquier burocracia, se gobierna por un código de normas. El sistema de autoridad es oficialmente 'legal-racional', según el clásico análisis de Weber, y si bien hay elementos poderosos, pero menos oficiales de-

autoridad 'tradicional' y 'carismática', estos también se observan en otros ambientes burocráticos". (Levinson y Gallagher, 1971, p. 34).

Las funciones de un hospital psiquiátrico son básicamente:

Función de cuidado: conservación del enfermo durante el período que se considera que es incapaz de manejarse autónoma e independientemente.

Función de mantenimiento de la vida: protección del paciente contra sus propios impulsos destructivos.

Función terapéutico-rehabilitante: reducir la vulnerabilidad y desarrollar los recursos propios de los pacientes, para su readaptación a la sociedad.

Función de enseñanza e investigación: es el centro para la investigación y la enseñanza, de profesionistas que se especializan en el área de la salud mental.

Como funciones adicionales, estarían las de satisfacer las diversas necesidades del personal y mantener la integración organizacional.

Un enfoque contrario sobre el hospital psiquiátrico, es el Analítico, Comunidad o Sociedad Pequeña, donde los pacientes gozan de cierta autonomía y los lazos con el exterior -- son más permeables conforme se va progresando en el tratamiento (hospitalización parcial y hospital abierto). Para

fines de análisis, Levinson y Gallagher (1971), también lo incluye como institución cuasi-burocrática.

En sí, un hospital puede representar en parte, un organismo especializado en el que el enfermo es un cliente que recibe voluntariamente servicios profesionales, o en el extremo opuesto, que es el más frecuente, el paciente es un interno, un custodiado por la institución. De cualquier forma, independientemente de la orientación ideológica y terapéutica que tenga el hospital psiquiátrico, conforma una pequeña-sociedad con su propia cultura.

Los hospitales psiquiátricos sirven cada vez más como centros de investigación y capacitación profesional de trabajadores de la salud mental y, según Joint Commission on Mental Illness and Health (1961) también pueden servir como "Receptáculos de desperdicios para miles de individuos que no han sido capaces de adecuarse a la comunidad exterior y a los -- que se podría ayudar bajo ciertas condiciones para que llevaran una vida más útil dentro de la sociedad". (Levinson y Gallagher, 1971, p. 31).

Otro aspecto importante a considerar de la institución-psiquiátrica, es el de las diferencias ideológicas del tratamiento, ya que ésto produce rivalidades y problemas, siendo el paciente el que sufre las consecuencias. Así como la estructura rígidamente jerárquica, la atmósfera de prisión-

y la escasez material y de ambiente terapéutico, que muchos hospitales poseen, crean en la mayoría de los casos un ambiente esencialmente enfermizo.

El hospital tiene como expectativas, que el enfermo asuma su rol y que acepte el tratamiento que le ofrece, consideradas como los medios más recomendables o beneficiosos para su recuperación. Por tanto a mayor grado de aceptación y desempeño del rol: obediencia ante el personal que labora en el hospital, la toma de medicamentos asignados, la aceptación de que está enfermo, la cooperación con los otros pacientes, el consumo de alimentos, y el desvanecimiento o desaparición (a juicio del psiquiatra tratante) de los síntomas más evidentes y por los que fue hospitalizado; mayor la capacidad para recuperarse. Así es como el hospital define que los pacientes deben comportarse, acorde a sus normas.

Estos son en esencia, los lineamientos teóricos en los que se fundamenta la investigación; en la que a partir del Inventario de las Concepciones del Rol del Paciente (Levinson y Gallagher, 1964) y a través de la concepción del problema del rol, la dimensión de la concepción del rol y las disposiciones de la personalidad relevantes al rol, intenta proporcionar material para conocer la condición del paciente psiquiátrico hospitalizado, evaluando el curso y resultado de su estancia en el hospital, considerando los problemas de adaptación, modificación de puntos de vista e identidad,

los cambios favorables o desfavorables del paciente, desde - la propia perspectiva del paciente, es decir, tal como el conceptualiza su propia experiencia.

Este esquema teórico, se fundamenta en un análisis comparativo de varios sistemas, terapéutico-educativo-correctivo, que básicamente fue elaborado por Levinson y Gallagher, (1964) (Levinson y Gallagher, 1971).

CAPITULO III

METODOLOGIA.

"Lo científico no depende del instrumental que se emplee; - sino del método que se siga, - y lo meritorio no estriba en el método, por perfecto que éste sea, sino en la idea - creadora".

IGNACIO CHAVEZ.

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACION.

La presente investigación se realizó durante los meses de mayo y junio de 1983.

El lugar donde se llevó a cabo fue el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (actualmente Secretaría de Salud). Se encuentra ubicado en el sur de la Ciudad de México en la zona de hospitales.

Es un hospital psiquiátrico que proporciona atención a hombres y mujeres mayores de 15 años, cuya problemática o trastorno pueda ser atendido y controlado en un período de 15 días a 6 meses, es decir, atienden a personas con trastornos mentales en etapas agudas, por lo que recibe el nombre de hospital psiquiátrico para agudos. (S.S.A., D.G.S.M., 1974). Aunque por lo general, esta norma de tiempo no siempre es operativa, pues hay pacientes que duran más de un año hospitalizados, o bien en el extremo opuesto, por fuga o por voluntad de los familiares, salen antes de lo previsto.

La orientación terapéutica del hospital es básicamente psiquiátrica y de custodia. Por lo general, el tratamiento consiste en sacar al paciente de la crisis o periodo agudo del padecimiento y controlarlo, con psicofármacos y en algunos casos con terapia electroconvulsiva, Esto varía, según

la orientación terapéutica que domine en cada piso o sección del hospital.

El hospital está construído verticalmente, su distribución arquitectónica es la siguiente: en la planta baja está ubicada la Dirección y las oficinas administrativas, la consulta externa, urgencias, el hospital parcial, los talleres de terapia ocupacional, psicología, trabajo social, el cuerpo de voluntarios, una tienda para los enfermos, la cocina, el comedor para el personal, campos deportivos, jardines, y el auditorio.

En el primer piso se encuentran los servicios de oftalmología, odontología, neurología, medicina interna, departamentos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, departamentos paramédicos, el archivo clínico y la farmacia.

Del segundo al sexto piso, se cuentan las salas o pabellones para los enfermos. Cada piso está dividido en sección para hombres y sección para mujeres. Cada sección cuenta con dormitorios generales, cuarto de curaciones, baños, consultorios y una estancia en donde comen y deambulan los pacientes. Cada sección permanece constantemente cerrada con llave. Las ventanas están protegidas con barrotes.

El personal de cada piso es variado, pero por lo general cuentan con un psiquiatra jefe de piso, residentes en psiquiatría, psicólogo, enfermeros y auxiliares de intenden-

cia. La capacidad de alojamiento por piso, es aproximadamente de 100 camas, 50 para cada sección.

El segundo piso y el cuarto piso, estan subrogados, (el primero) por el ISSSTE y (el segundo) por Petróleos Mexicanos, respectivamente. No obstante, siguen las mismas normas generales del hospital, a excepción de que la estancia de los pacientes derechohabientes varía de acuerdo a los días de incapacidad otorgados, que para el caso del ISSSTE, tienen un máximo de 365 días. (Ley del ISSSTE, 1985).

En general los pacientes son tratados de la misma forma.

En el séptimo piso, se encuentra la residencia de los - estudiantes de posgrado de psiquiatría, la jefatura de enseñanza y la biblioteca.

Para el ingreso de los pacientes, se les realiza una - historia clínica psiquiátrica, y al canalizarlo al piso y -- sección correspondiente, en donde su evaluación clínica continúa durante su estancia, en algunos casos se les realiza - estudios psicométricos. Los pacientes reciben los tres alimentos diarios, medicamentos y, ocasionalmente ropa de cama y uniformes. Parte de sus actividades consisten en su aseo -- personal y en colaborar con el aseo de su sección. En algunos casos bajo prescripción médica, los pacientes pueden bajar diario a terapia ocupacional, al jardín y campos deportivos y a la tienda (lo cual no es muy frecuente).

3.2 SELECCION DE LA MUESTRA

Criterios de selección.

Para determinar la muestra de pacientes a ser objeto de investigación, se utilizaron los siguientes criterios: 40 pacientes psiquiátricos hospitalizados, 20 de la S.S.A. y 20 - del ISSSTE; 20 del sexo femenino y 20 del sexo masculino, cuyas edades fluctúen entre los 20 y los 50 años, con 25 días-mínimo de hospitalización, sin máximo de días, y cuyo diag-nóstico sea o se encuentre entre cualesquiera de los siguientes: esquizofrenia paranoide, simple, residual, psicosis por drogadicción, psicosis transitorias, psicosis maniaco depre-sivas, histeria, neurosis de ansiedad, obsesivo-compulsivo, fóbicas, que se encuentren en estado de remisión de la sintomatología secundaria (conscientes, que no se encuentren en - crisis alucinatorias o delirantes, se excluyen estados de - exitación psicomotriz, fases agudas de manía o depresión, y-conductas autistas).

Los criterios de selección de la muestra, en lo referente a edad y diagnóstico, obedecen en primer término a las características propias de la población de pacientes, es decir, que el mayor número de pacientes en el hospital oscilan en-tre 20 y 50 años de edad. Asimismo, los transtornos mentales de mayor frecuencia, son los anteriormente mencionados (so-bre todo las psicosis). En lo referente a los sexos, se in-

tenta tener una equivalencia para cada sexo, con el fin de que la muestra sea proporcional. Por último, el criterio sobre el estado mental del paciente, al momento de la aplicación del cuestionario, es debido, a la capacidad requerida para que los pacientes puedan responder y ser entrevistados sin que ésto afecte su tratamiento, y la información no se vea distorcionada.

Obtención de la muestra: Intencional y por cuotas.

La muestra se obtuvo, siguiendo hasta donde fue posible los criterios establecidos. No obstante, hubieron algunas variaciones en cuanto a la selección del diagnóstico psiquiátrico, pues es tan variable, así como los datos clínicos y personales del paciente, indicados en el expediente, que la información se obtuvo también, en base a entrevistas previas con los pacientes. También varió el tiempo mínimo de hospitalización considerado, pues, éste varía mucho en la práctica ya que por fugas, alta voluntaria, permisos, o en el caso del ISSSTE, terminación de la incapacidad, se prefirió reducir el número de días de hospitalización mínima a 15, con el fin de poder llevar a cabo la investigación. En lo que respecta a los otros criterios mencionados, no hubo variación.

3.3 INSTRUMENTO

El instrumento utilizado en la presente investigación, es una adaptación del "inventario de las Concepciones del Rol del Paciente", elaborado por Levinson y Gallagher, (1964), (Levinson y Gallagher, 1971).

El cuestionario fue elaborado por los autores con el fin de evaluar la situación de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, la percepción que el propio paciente se ha formado sobre su condición como enfermo mental y los problemas por los que tiene que atravesar y su forma de enfrentarlos durante la hospitalización.

Originalmente, el cuestionario estaba constituido por ciento diez y seis reactivos, pero al efectuarse el análisis factorial, solamente setenta y nueve tuvieron una carga significativa, por lo que los mismos autores recomiendan un estudio más detallado para la utilización total de los reactivos (Levinson y Gallagher, 1971).

Los 79 reactivos, por tanto, quedaron bien definidos en lo que respecta a los factores primarios y de fusión (Levinson y Gallagher, 1971). Fueron tres las principales dimensiones identificadas por el análisis de factores. Cada dimensión se interpretó, en la medida que cada respuesta a los diferentes reactivos reflejan la concepción individual del rol y de los problemas a los que se enfrentan cotidianamente

M-0032953

los pacientes, en base a la teoría del rol.

Los tres factores primarios (ortogonales y no correlativos) son los siguientes:

FACTOR I: Preferencia por la autocracia benévola y el aspecto convencional.

FACTOR II: Visión del Hospital como gratificador-reconfortante versus privativo-rechazante.

FACTOR III: Sensación de turbulencia y falta de control

FACTORES DE

FUSION: Un factor de fusión representa en eje trazado por un ángulo de 45° entre dos factores primarios. En el estudio original se utilizo el método creado por Kassebaum, Cauch y Slater (1959) para la deducción de factores de fusión.

FACTOR IV: 1+II-: Visión del Hospital como explotador exigente.

FACTOR V: 1+II+: Confianza optimista sobre apoyos y -- controles externos.

FACTOR VI: 1+III+: Acentuación del control estricto por uno mismo y por el medio.

FACTOR VII: II-III+: Visión de los otros pacientes como ilegítimamente dependientes-exigentes.

Las escalas factoriales, fueron analizadas cada una en base a tres aspectos: los problemas del rol, las dimensiones

de la concepción del rol y las disposiciones de la personalidad relevantes al rol. Estas ya han sido definidas con anterioridad (ver antecedentes y lineamientos teóricos).

La calificación del cuestionario, se obtiene por escalas factoriales, sumando los puntajes de los reactivos correspondientes a cada factor: 1 para totalmente en desacuerdo, 2 bastante desacuerdo, 3 poco de acuerdo, 4 no sé, 5 poco de acuerdo, 6 bastante de acuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

El instrumento que se utilizó en la presente investigación, debido a los motivos ya expuestos, se conformó con los 79 reactivos valorados, por los autores (Levinson y Gallagher, 1971).

Se hace notar que el cuestionario no es una traducción directa del original, sino se obtuvo de la traducción del libro "Sociología del Enfermo Mental" Levinson y Gallagher, -- 1971, Editorial Amorrortu.

La hoja de respuesta (ver apéndice) fué una innovación para facilitar la aplicación y calificación del instrumento. Para mayor información sobre los procedimientos de calificación del instrumento que se obtuvo en la investigación, ver apéndice de calificación.

Características psicométricas del instrumento.

Con el fin de asegurar la confiabilidad del instrumento,

se sometió a un análisis factorial tipo alpha cuyos resultados indican que el instrumento posee consistencia interna, ya que conforma factores consistentes internamente, por lo que se presupone su confiabilidad de inicio.

La validez de construcción del instrumento también resultó muy significativa: explica el 82.7% de la varianza (ver cuadro 2.1). La validez relevante, que debería ser = .70 no fue alcanzada en todos los factores que componen el instrumento, lo cual puede obedecer a lo reducido de la muestra (N=43); sin embargo, la probabilidad de que la puntuación requerida sea alcanzada, es alta, si se aumentara el tamaño de la muestra (ver cuadro 2.2).

3.4 DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.

Para efectuar la investigación, se tuvieron que realizar una serie de pasos burocráticos que permitieran la autorización.

Una vez autorizada, y enteradas las autoridades respectivas, se procedió a familiarizarse con el personal y los pacientes del hospital. Las observaciones y experiencias propias del trabajo de campo, han sido consideradas desde el principio hasta el final, y forman parte del conglomerado de datos de la presente investigación.

Cabe mencionar, que durante las dos primeras semanas de

un total de 8, periodo en que se efectuó la investigación, - la sección del ISSSTE (segundo piso) se vió afectada, debido a la carencia de los residentes en psiquiatría, que se encontraban en huelga para aumento salarial y mejora de condiciones en general, por lo que solamente asistían a cubrir actividades de suma importancia. Esto de una u otra forma, pudo afectar la investigación, por lo que se considera una variable extraña importante.

El siguiente paso consistió en evaluar el instrumento - (inventario de las concepciones del rol del paciente psiquiátrico hospitalizado de Levinson y Gallagher, 1971) para ver el grado de comprensión de los reactivos. Se efectuó a través de un criterio por jueces realizado con el personal del mismo hospital (psicólogos, enfermeros, residentes, auxiliares de intendencia). Se les solicitó que leyeran cada reactivo y escribieran lo que entendían que preguntaba, cada -- quien lo hizo por separado. Luego se compaginaron las respuestas. Los casos de controversia, se manejaron grupalmente con el mismo personal.

Esto condujo a que por criterio mayoritario y conjuntamente, se reelaboraran algunos reactivos, o bien, se les cambiaran algunas palabras que se adaptaran más al ambiente hospitalario, por falta de comprensión, sin que perdieran su -- sentido original.

Una vez probado el instrumento, se procedió a su aplicación, que fue básicamente con los pacientes del segundo piso (ISSSTE) y los del tercero y quinto piso (SSA).

En cada piso se seleccionaron los pacientes bajo el criterio expuesto en la muestra y después de haber consultado el expediente y efectuado una entrevista breve, de donde se obtuvieron datos demográficos y clínicos (ver hoja de anotaciones en el apéndice).

Ya seleccionados los pacientes, se les realizó la entrevista y la aplicación del cuestionario, en forma individual, en un consultorio.

En la entrevista se les solicitaron datos demográficos, sobre su situación prehospitolaria y algunos datos personales sobre su padecimiento (ver hoja de anotaciones 2, en el apéndice). Asimismo, se le proporcionó información al paciente sobre el motivo de la investigación: conocer su opinión y sus vivencias sobre el funcionamiento del hospital, del tratamiento que reciben, las fallas y los beneficios.

Se les indicó que no era necesario que proporcionarán su nombre y que los datos eran confidenciales.

El siguiente paso fue la aplicación del cuestionario. Cada enunciado era leído e inmediatamente después, se le -- leían las 7 alternativas de respuesta posibles para que se-

leccionaran la que creyeran adecuada, o con la que estaban de acuerdo o en desacuerdo y que tanto estaban o no. Las respuestas eran anotadas en una hoja especial, en donde se tachaba el número elegido, según respuesta y grado de acuerdo (ver hoja de respuestas en el apéndice).

Una vez finalizada la entrevista y la aplicación del cuestionario, se le daba las gracias. Se procedió de igual manera con todos los pacientes.

Al concluir la investigación se notificó a las autoridades del hospital.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

*"Quien no conoce nada, no ama nada.
Quien nada comprende, nada vale.
Pero quien comprende también ama,
observa, ve...
Cuando mayor es el conocimiento
inherente a una cosa mas grande
es el amor".*

PARACELSO.

4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS,

La muestra está constituida por cuarenta y tres pacientes psiquiátricos (100%): veintiuno (49%) reciben tratamiento por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (actualmente Secretaría de Salud) y veintidós (51%) reciben tratamiento de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado. Veintiún pacientes (49%) son del sexo masculino y veintidós (51%) del sexo femenino. Las edades fluctúan entre los 20 y los 59 años, siendo de 30 a 39 años (49%) las de mayor frecuencia. El estado civil de la mayoría, es en primer lugar el de solteros (40%) siguiéndole los casados (31%). La mayoría son de religión católica (72%). El mayor número de casos reside en el D.F. (53%) y en el Estado de México (30%) siendo en menor frecuencia (17%) los que habitan en provincia. El 51% son originarios del D.F. y 49% son de provincia. El nivel de escolaridad más frecuente es el de alfabetas (26%) la mayoría no tiene ocupación (33%) ni ingreso económico alguno (35%). De acuerdo a la descripción de la vivienda, la mayoría (58%) viven en zona urbana, no pagan renta (70%) y su casa es de material de construcción (47%) con dos dormitorios (40%) y (84%) cuenta con servicio sanitario. Según la clasificación de la vivienda por ingreso familiar, salario mínimo y estrato socioeconómico (BIM,1982) -

28% habitan en zonas donde se percibe de dos a cinco veces - el salario mínimo (1981) estrato socioeconómico carente y - 23% en zonas donde se percibe de una a dos veces el salario - mínimo (1981) estrato socioeconómico pobre.

Respecto a las variables de índole clínico-terapéutico, el 79% de los pacientes tiene un periodo de hospitalización - entre 1 y 60 días; 58% son reingresos y 42% son de primera - vez. El 51% ingresó al hospital voluntariamente y el 49% in voluntariamente. La mayoría de los pacientes (63%) reciben - tratamiento farmacológico y terapia ocupacional; 35% reciben solamente tratamiento farmacológico. (Ver cuadros 1.1).

Descripción de la población por frecuencias entre tipo de -- asistencia.

Al realizar un análisis comparativo de frecuencias de - las variables sociodemográficas más relevantes entre los gru - pos de pacientes que reciben tratamiento por parte de la -- SSA y los que reciben por parte del ISSSTE, se observaron di - ferencias:

La escolaridad es más elevada en el grupo de pacientes del ISSSTE (analfabetas 5%, alfabetas 9%, profesionistas 36%) en el SSA (analfabetas 10%, alfabetas 42%, profesionistas 0%). El porcentaje de desempleados es menor en el ISSSTE 14% en - comparación con la SSA 57%; por tanto el 82% de pacientes -- del ISSSTE recibe ingresos, de los de la SSA solamente 38% -

recibe ingresos. De acuerdo a la clasificación de la vivienda por ingreso familiar, salario mínimo (1981) y estrato -- socioeconómico (BIM, 1982) el 36% de los casos del ISSSTE -- son de estrato socioeconómico carente (2-5 veces el salario mínimo) y el 28% de los de la SSA son de estrato socioeconómico pobre (1-2 veces el salario mínimo) y 24% de estrato -- socioeconómico muy pobre (1-3 veces el salario mínimo en zona rural). Para mayor detalle de los datos ver cuadro 1.2.

La descripción de la población en base al análisis de frecuencia entre tipo de asistencia, resalta a simple vista -- la diferencia socioeconómica entre un grupo y otro. De hecho, el recibir asistencia por parte del ISSSTE implica que la persona o algún familiar cercano percibe un ingreso fijo por lo que puede ser derechohabiente, lo que no sucede con -- los que reciben asistencia por parte de la SSA, que implica que no tiene prestación de servicios médicos deducibles de -- un ingreso fijo. (Ver cuadros 1.2).

Por tanto, las diferencias entre un grupo y otro, no solamente están en función del tipo de tratamiento, sino obedecen a factores socioeconómicos, por lo que en el análisis -- discriminante ya no se incluyen las variables ingreso, ocupación, escolaridad, vivienda, por separado: se utilizó la clasificación tipo de asistencia que por sí misma las incluye.

Análisis de frecuencia de los puntajes de los reactivos por factor.

El cuadro 1.3 reporta los puntajes de los reactivos en base a las medias obtenidas en el análisis de frecuencia.

Las puntuaciones de los reactivos van desde 7= totalmente de acuerdo, 6= bastante de acuerdo, 5= poco de acuerdo, 4= no se, 3= poco desacuerdo, 2= bastante desacuerdo, y, 1= totalmente en desacuerdo.

Dado que el instrumento se ha manejado por factores, la interpretación de los resultados, también se hará por factor. Los reactivos de los factores I y VI son los que en promedio obtuvieron las calificaciones más elevadas, 6 en cada factor. Los reactivos de los factores IV, VII, X y XI puntuaron con 5 en su respectivo factor: los reactivos de los factores III, V y IX, obtuvieron puntuación de 4 en su factor correspondiente. La menor calificación obtenida fué de 3, para los reactivos que forman los factores II y VIII respectivamente. Los reactivos del factor XII, aunque como ya se dijo, se anuló, obtuvieron un puntaje de 4.

El instrumento aplicado estaba constituido por 79 reactivos (ver cuestionario aplicado). Al ser sometido al análisis factorial se obtuvieron 43 reactivos con carga factorial $\geq .40$ (ver cuadro 2.3).

Su distribución factorial quedó conformada en doce fac-

tores (ver cuadro 2,4). Para sustentar esta distribución se realizó el Scree Test (Harman, 1976) que consiste en graficar los factores contra los valores Eigen, con el objeto de precisar los factores que realmente proporcionan información relevante. Como puede observarse en la gráfica, la curva comienza a aplanarse en el punto de interacción del factor XII con el valor Eigen 2, indicando que los factores que siguen al XII contienen información que ya está incluida en los factores que le preceden; o bien, proporcionan mínima información que no vale la pena analizar.

Al realizar el análisis de contenido por área temática de cada factor, los reactivos que componen el factor XII (1, 20 y 21) se repetían en contenido con los reactivos del factor III, por lo que se procedió a retirar el factor XII. Finalmente quedaron 40 reactivos distribuidos en once factores (ver cuadro 2.3).

Como puede observarse en los cuadros 2.3, los reactivos 7, 33 y 40, cargan negativamente, que de acuerdo a la estructura del factor, es lo esperado, ya que el contenido de los reactivos guarda relación inversa respecto al factor global.

Discriminante Tipo Hospitalización.

Los datos obtenidos a través del análisis discriminante Mahal, reportan que la variable tipo de hospitalización en sus dos dimensiones: 1= involuntaria y 2= voluntaria, discrimi

nan respecto a 41 reactivos del instrumento aplicado; explicando el 100% de la varianza con un nivel de significancia - de 0,0017 (Ver cuadro 3.1),

La función que se obtuvo en el análisis puede observarse en el cuadro 3.2 donde aparecen los coeficientes estandarizados de la función canónica discriminante.

La interpretación de los coeficientes se hizo de acuerdo a los grupos de reactivos que conforman cada factor, los cuales están indicados con un asterisco al principio de la columna de su numeración progresiva. (Cuadro 3.2). En lo sucesivo será igual para todos los discriminantes. Los factores VII y X son los que más discriminan respecto al tipo de hospitalización. Para ambos factores, el grupo de pacientes que ingresaron voluntariamente (2) son los que obtuvieron un puntaje elevado en dicho factor (Ver cuadro 3.5 en lo sucesivo para este análisis).

Los siguientes factores, en orden descendente, son los que le siguen: I, IV y III, siendo el grupo 2 los que obtuvieron puntajes altos para los respectivos factores. El factor II discrimina en menor grado, y puntua alto en el grupo 2.

Los factores IX, VIII y XI son los que tienen menor capacidad discriminante. Los puntajes altos en los factores IX y XI lo obtuvo el grupo 2, y en el factor VIII, lo obtu-

vieron los del grupo 1. El factor V fue el más bajo, obteniendo calificaciones altas tanto en el grupo 1 como en el 2. El único factor que no discriminó en esta variable fue el V. El factor V puntuó alto tanto en el grupo 1 como en el 2, por lo que sus reactivos (2 y 6) que obtuvieron puntuación de 2- y 1 respectivamente, serán interpretados individualmente. Los 15 reactivos restantes (se presentan con la numeración sin corregir en base al análisis factorial, ver cuadros 3.2 y 3.5), y serán analizados globalmente, reactivo por reactivo. En lo sucesivo será el mismo caso para todos los discriminantes. El reactivo que más discrimina es el 27, con puntaje alto en el grupo 2. Le siguen los reactivos 29, 24, 13 y 34; los dos primeros puntúan alto en el grupo 1 y los otros 2, en el grupo 2. En orden descendente, los reactivos 39, 28, 7, 43, 40, 1 y 18 también discriminan; a excepción de los reactivos 28 y 18, que obtuvieron calificaciones altas en el grupo 1, los demás las obtuvieron en el grupo 2. Los reactivos 9, 10, 12 fueron los que menos discriminaron, obteniendo el 9, puntaje elevado en el grupo 1, y los datos restantes en el grupo 2. En el cuadro 3.3 se muestra la función canónica discriminante gráficamente. Como puede observarse en el cuadro 3.4, la predicción de la membresía correcta de grupo es del 100%.

Discriminante Hospitalización en Psiquiátricos.

Como puede observarse en el cuadro 4.1 la función canónica discriminante de la variable hospitalización en psiquiátricos en sus dos modalidades; 1= reingreso y 2= primera vez, discrimina en un 100% respecto a los reactivos del instrumento, con un nivel de significancia de 0.003. De los 59 reactivos procesados 41 formaron la función discriminante (Ver cuadro 4.2). De estos 41 reactivos, solamente (cuya numeración aparece indicada con un asterisco) son los que forman parte de los factores del cuestionario y que a continuación se describen (ver cuadros 4.2 y 4.5). Los factores que más discriminan son: I, XI, IV y VII. El grupo 2 (primera vez) es el que puntuó más alto en el factor I. Para los factores IV y VII, fueron los pacientes del grupo 1 (reingreso) los que puntuaron más alto. En el caso del factor XI, ambos grupos obtuvieron calificaciones altas. En orden descendente, los factores II, V, III y X, son los que les siguen. Las calificaciones altas para los factores II, III y V las obtuvieron los pacientes del grupo 1. En el factor X, ambos grupos puntúan alto. El factor VIII y IX, son los que menos discriminaron. El factor IX obtuvo calificaciones mayores en el grupo 1 y el VIII, en ambos. El factor VI no discriminó.

Los factores XI, X y VIII puntúan alto en ambos grupos,

por lo que se analizarán individualmente sus reactivos. Los reactivos del factor XI (7, 10, 11, 17) el 7 y el 11 califican alto en el grupo 2 y los dos restantes en el grupo 1. Para el factor X el reactivo 22 puntúa alto en el grupo 2 y el reactivo 30, en el grupo 1. Los reactivos del factor --VIII, el 4 puntea alto en el grupo 1 y 26 en el grupo 2. Los 14 restantes reactivos que no se conformaron en factores, serán analizados individualmente y se presentarán en orden descendente de discriminación:

Los que más discriminaron son el 12, 39 y 34; los dos primeros obtuvieron calificación alta en el grupo 1, el tercero en el grupo 2. Los reactivos 27, 40, 28, 10 y 13, obtuvieron calificaciones altas en el grupo 1, el 40 y el 10; en el grupo 2, los restantes.

Le siguen los reactivos 24, 18, 9 y 1; los tres primeros obtuvieron puntajes altos en el grupo 2, el último en el grupo 1. Los reactivos que menos discriminaron son el 7 y el 29, siendo para el primero, el grupo 1 el que más alto --punteó y el grupo 2 para el segundo. Para ver el análisis --canónico discriminante en forma gráfica pasar al cuadro 4.3. El cuadro 4.4 muestra la predicción de la membresía correcta de grupo que resultó del 100%.

Discriminante Tipo de Asistencia.

El análisis discriminante de la variable tipo de asistencia que conforma dos grupos 1= SSA y 2= ISSSTE, muestra que hay discriminación respecto a los reactivos del instrumento; explicando el porcentaje de la varianza al 100% con un nivel de significancia de 0.0000 (ver cuadro 5.1).

De los 59 reactivos procesados, se obtuvieron 41 que -- discriminan (ver cuadro 5.2); de los cuales solamente 27 están distribuidos en factores y son los que a continuación se describen (ver cuadros 5.2 y 5.5). El factor V fue el que -- mayormente discriminó. Tanto el grupo 1 (SSA) como el 2 -- (ISSSTE) obtuvieron puntuaciones elevadas en dicho factor. Los factores XI, I, X y III, también obtuvieron calificaciones elevadas. Los factores XI y I, tuvieron calificaciones altas del grupo 2; el III del grupo 1 y el factor X, de ambos grupos.

En orden descendente les siguen los factores VII, IV y VIII. El grupo 2 puntuó alto en los factores VII y IV, el grupo 1 en el VIII. Los factores II y IX, son los que más -- bajo salieron. El factor IX obtuvo calificaciones altas en el grupo 1 y el factor II, en ambos grupos. El factor VI, -- nuevamente no discriminó. Los factores V, X y II obtuvieron puntajes altos en ambos grupos, por tanto se analizarán individualmente los reactivos que los componen. Los reactivos 2 y 6 del factor V, el primero obtuvo puntaje elevado en

el grupo 2 y el segundo en el grupo 1. En el factor X, el reactivo 22 obtuvo la calificación alta en el grupo 1 y el reactivo 30 en el grupo 2. Para el factor II, el reactivo 19 obtuvo la calificación elevada en el grupo 1 y el reactivo 29 en el grupo 2.

Los 14 reactivos restantes, serán analizados individualmente: Los reactivos 12, 39, 10 y 27, son los que mayormente discriminan; los tres primeros obtuvieron puntaje alto -- en el grupo 1 y el último en el grupo 2. Le siguen los reactivos 34, 40, 28 y 13; los tres primeros puntúan alto en el grupo 2 y el último en el grupo 1. Los de menor capacidad discriminante son el 24, 7, 1, 18, 9, 29; los cinco primeros, calificaron alto en el grupo 2, el último en el grupo 1. La función canónica discriminante se presenta en el cuadro 5.3 en forma gráfica. La predicción de la membresía correcta de grupo fue de 100% (ver cuadro 5.4).

Discriminante Sexo.

La función canónica discriminante revela que la variable sexo 1=hombres y 2=mujeres, discrimina en relación a los reactivos del instrumento. Explica el 100% de la varianz-- con un nivel de significancia de 0.0000 (ver cuadro 6.1). Forman la función discriminante 41 de los 59 reactivos trata dos; siendo 26 los que pertenecen a los factores en que se-

conformó el instrumento. (ver cuadro 6.2).

Los factores que más discriminaron son: II, I y V. Para el factor II, el grupo 1 (hombres) fue el que puntuó más alto y para los factores I y V, ambos grupos puntuaron alto. Los factores IV, VII, IX, VIII, III y XI también discriminaron, con coeficientes de menor peso respectivamente. Los puntajes altos obtenidos por el grupo 1 corresponden a los factores VII, III y XI; los del grupo 2 obtuvieron puntajes altos en los factores IV, IX y VIII. El factor X fue el más bajo, siendo el grupo 2 el de mayor puntaje. El factor VI no discriminó.

Los factores I y V obtuvieron calificaciones altas en los dos grupos, por lo que se procederá a ser un análisis global de cada uno de los reactivos que los componen.

El factor I obtuvo puntajes elevados en el grupo 1, en los reactivos 5 y 14; en el grupo 2, en los reactivos 9 y 18. El factor V, obtuvo en el reactivo 2, puntuación elevada en el grupo 2, en el reactivo 6, obtuvo calificación alta en el grupo 1. Los 15 reactivos que no se distribuyen en factores, pero que sin embargo discriminaron, se analizarán individualmente. Los de mayor capacidad discriminante son los números 34, 12, 40 y 7; los tres primeros obtuvieron calificaciones altas en el grupo 1; el último en el grupo 2. Los reactivos 29, 43, 13 puntuaron alto en el grupo 1 y los reac

tivos 10, 1, 9, en el grupo 2. Los de más baja discriminación son 28, 27, 24, 18, 39; puntuando todos con calificación alta en el grupo 1.

Para ver el análisis canónico discriminante en forma gráfica, pasar al cuadro 6.3. El cuadro 6.4 muestra el 100% obtenido en la predicción de la membrecía correcta de grupo.

Discriminante Edad.

El cuadro 7.1 muestra que la variable edad discrimina respecto al instrumento, explicando el 90.33% de la varianza. Se obtuvieron tres funciones de las cuales son tomadas en cuenta solamente las dos primeras ya que la tercera, no alcanzó un nivel de significancia adecuado. El nivel de significancia para la función 1 fue de .0005 y para la 2 de 0.0438.

De los 59 reactivos tratados, 39 discriminaron, de los cuales solamente 26 pertenecen a factores. (Ver cuadros 7.2). Para la siguiente descripción de resultados ver cuadros 7.2 y 7.5. El factor que más discriminó fué el III, siendo el grupo de edad 4 el que mayor puntaje obtuvo.

Le siguen en orden descendente los factores VII, IV y X. Para el factor VII el grupo que obtuvo mayor calificación fue el 3, para el factor IV los grupos 2 y 4, y para -

el factor X fue el grupo 2. Los factores II, XI, I, VIII, IX y V, obtuvieron menor peso discriminatorio. Los factores II y VIII, obtuvieron puntajes altos en los grupos 1 y 3; los factores V y I en el grupo 3; el factor XI en el grupo 2 y el IX en el grupo 4. El factor VI no discriminó.

El factor IV, obtuvo puntaje elevado tanto en el grupo 2 como en el 4, en los reactivos 8 y 16 respectivamente. Los 13 reactivos que no se distribuyen en factores, se analizarán individualmente. (ver cuadros 7.2 y 7.5).

Los reactivos que más discriminan son los números, 27, 29, 1, 13, 7, 34, 24, 10 y 28; los tres primeros puntúan alto en el grupo 3, los siguientes cuatro reactivos en el grupo 4, y los dos últimos, en el grupo 1. Los que discriminan en menor grado son 12, 9, 18, 39; los dos primeros puntúan alto en el grupo 2, y los dos últimos, en el grupo 3. Ver cuadro 7.3 para la gráfica del análisis canónico discriminante. La predicción correcta de la membresía de grupo fue de 100% (ver cuadro 7.4).

Grupo 1= 20-29 años

Grupo 3= 40-49 años

Grupo 2= 30-39 años

Grupo 4= 50-59 años

Resultados Globales de los 5 discriminantes.

Como puede observarse en los cuadros 3s al 7s y en la descripción de los resultados de cada análisis, las variables

tipo de hospitalización, hospitalizaciones previas, tipo de asistencia, sexo y edad, discriminan significativamente con 41 de los 59 reactivos del instrumento aplicado, de los cuales 27 se distribuyen en XI factores.

Los reactivos constantes en los 5 discriminantes son -- del 1 al 40, salvo en dos que también entra el 43, y en uno -- donde nada más llega hasta el 39. Tomando la numeración progresiva de los reactivos conforme al análisis factorial, los reactivos serían del 2 al 19 y del 22 al 30. Se observa que en los 5 discriminantes el factor VI no forma parte de ninguna función discriminante. Otro punto detectado es que los -- factores XI, X, VIII, V, II, I y IV, obtienen puntuaciones -- altas en los diversos grupos que componen la variable discriminante. Cabe hacer notar, que el factor V y el X, lo presentan en dos discriminantes.

Asimismo se observa que los reactivos que discriminan-- son constantes en los 5 discriminantes, salvo en algunos casos en donde un reactivo más o uno menos hace la diferencia, sin embargo, no aparecen los reactivos del 43 (o en el caso de la conformación factorial, 30) en adelante. Los factores más constantes en los cinco discriminantes son el VII, IV y el III.

4.2 RESULTADOS Y CONCLUSIONES,

En esta parte del trabajo, se procederá a discutir los resultados obtenidos en la presente investigación, que han sido descritos en la sección anterior, en base a los datos que aparecen en los cuadros.

La concepción que los pacientes se van formando sobre su rol, el de otros pacientes, sobre el rol de la institución, y en general, sobre su condición de pacientes psiquiátricos hospitalizados es la siguiente:

El conjunto de la muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados visualizan la institución psiquiátrica como cualquier otra institución de salud (Cardiología, Hospital General, etc.) en la que a partir de la atención que médicos y personal paramédico les brinden, será la adecuada para curarse y obtener el alta. La relación de los pacientes hacia los médicos y enfermeros, es de confianza y dependencia. El hospital no es percibido como necesario para el control de sus problemas, por lo que lo sienten privativo. El promedio de pacientes acepta tener que cooperar con la institución en lo que se refiere a sus propios hábitos de higiene, en la limpieza del hospital, en brindar ayuda a otros pacientes, como parte del ambiente terapéutico y del tratamiento, pero considerándolo un beneficio para el hospital que para ellos mismos. El hospital es un lugar con normas que hay

que asumir para curarse y poder salir pronto. Es un lugar de custodia, en el que los pacientes deben de aceptar su rol pasivamente, conforme con lo que el hospital les brinde. El interés respecto a los demás pacientes es mínimo, el interés se centra en la persona misma. Pese a la dependencia y al conformismo, los pacientes no están del todo conformes con el tratamiento, cuidado y atenciones que les proporciona el hospital, no es lo que ellos esperaban.

Respecto al tratamiento psicológico, esperan más de lo poco que les ofrece el hospital. Esperan recibir una atención más centrada en sus problemas personales, en sus incapacidades, en tener un diálogo consistente con su psiquiatra o psicólogo. Sienten que el ambiente hospitalario les beneficia poco, la relación con los psiquiatras y médicos es mínima.

Su tratamiento básicamente consiste en recibir medicamentos, que les ayuda, pero no totalmente. Consideran que su padecimiento debe ser tratado en una institución especializada, en donde deben colaborar y participar en el tratamiento para su propia recuperación, por lo que deben de respetar las indicaciones médicas, y el reglamento y normas del hospital, aunque no les sea muy grato. El hospital satisface en mínimo grado sus necesidades y expectativas para

su recuperación, por lo que ésta se torna pesimista; sin embargo tratan de adaptarse al hospital y al ambiente con el fin de recuperarse pronto. Su visión de la salud-enfermedad mental, no es alusiva exclusivamente a problemas de relaciones con otras personas, al amor y aceptación de los otros, sino, a factores como la autorrealización y el propio bienestar, no basta con estar alegres y llevarse bien con todo el mundo.

Aceptan que hay pacientes que están más enfermos que -- otros, por lo que unos se recuperan y otros no. Los problemas son diferentes en cada persona. El tratamiento, y por tanto su recuperación, depende más que nada del hospital, -- del personal y de que el paciente siga todas las instrucciones que le den, sin que por ello implique su total restablecimiento.

Salta a la vista la asimilación común de las normas y -- reglas médico-institucionales respecto a que es el personal médico y paramédico el que va a determinar, dirigir y responsabilizarse del tratamiento y curación del paciente, con la mínima participación de éste último, que deberá acatar -- las instrucciones y a hacer lo que se le dice, a guardar una actitud pasiva respecto a su propio padecimiento. Deberá -- conducirse como dictan las normas que debe comportarse un enfermo mental.

Al paciente se le induce a considerar su trastorno, el proceso salud-enfermedad mental como un padecimiento individual, en el que factores socio-económicos, políticos, ideológicos y culturales no son tomados en cuenta; ni para el propio paciente en tratamiento, ni como fenómeno social. Esta concepción del tratamiento propicia a que el paciente responda, pese a sus necesidades apremiantes, de manera dependiente, convencional; depositando ciegamente sus problemas, su vida, en manos de los "expertos". Esto viene a reflejar como un modelo hegemónico, como el médico-psiquiátrico de salud-enfermedad y tratamiento-curación, es asimilado por la población, y conforma parte de los patrones establecidos para poder desempeñar el rol de enfermo mental, que al no aceptarse o aceptarse a medias, implica grados más de trastorno.

En general, en todo tipo de enfermedad, se requiere la participación activa del paciente, y más aún, en el caso de los trastornos mentales, pues no es solamente el tratamiento farmacológico el que puede beneficiar al paciente, sino que deben manejarse los factores psicológicos que forman parte de un todo.

Esta concepción sobre el rol del paciente psiquiátrico-hospitalizado, difiere entre los pacientes en relación al ingreso que tuvo, si fue o no voluntario; si es primera vez -- que está en un hospital psiquiátrico o es reingreso; si la institución que le presta el servicio es de asistencia públi-

ca o es un servicio estatal para derechohabientes; también -
obedece a factores como sexo y edad.

En relación al tipo de ingreso se obtuvieron los si --
guientes resultados:

Los pacientes que ingresaron voluntariamente tienen una
visión convencional del hospital psiquiátrico, como un hospi-
tal para curar enfermos, de custodia, en donde hay que aca-
tar las normas institucionales y las indicaciones médicas pa-
ra recuperarse. Hay aceptación pasiva del rol de enfermo --
mental y conformismo al tratamiento médico-psiquiátrico que
ofrece el hospital; a pesar de no estar recibiendo las aten-
ciones y el tratamiento que esperaban para resolver su pade-
cimiento. Lo contrario es lo que sucede con los pacientes --
que ingresaron involuntariamente, en donde su rechazo al hos-
pital, al ambiente institucional y al rol, son evidentes.

Respecto a las hospitalizaciones en psiquiátricos, los
pacientes de reingreso, demuestran rechazo hacia el hospital
sienten el ambiente institucional hostil y de custodia; so-
bre todo por la vigilancia de los enfermeros. Hay acepta--
ción pasiva del rol, pese al rechazo institucional. Requie--
ren de custodia y control institucional, dada su problemáti-
ca. La institución les sirve para desahogarse, pero no cu-
bre sus necesidades y expectativas de tratamiento. La vi --
sión sobre su recuperación es pesimista, pues para salir y -

y sentirse bien, tendrán que haber cambiado mucho. Su adaptación, como es de esperarse, es más rápida, sus exigencias respecto al tratamiento se van tornando mayores. Aunque guardan cierta autonomía respecto al hospital, se observa el desarrollo de una dependencia emocional hacia la institución. Hay colaboración con otros pacientes. Los pacientes que ingresan por primera vez, manifiestan lo contrario: visualizan el hospital como un lugar para tratar enfermos, en donde la autoridad médica les curará su padecimiento a lo largo de su estancia en el nosocomio. Rechazo al rol de paciente mental, sin embargo, a través de diversos mecanismos se van adaptando a las normas establecidas con el fin de curarse y salir pronto.

Los pacientes del ISSSTE (derechohabientes) visualizan la institución psiquiátrica como el medio para curarse; es un lugar para desahogarse, para recibir tratamiento psiquiátrico y psicológico. Manifiestan confianza hacia la institución y el tratamiento. El ambiente es terapéutico y confortable.

Los enfermos colaboran con el tratamiento y la recuperación del paciente. Para salir adelante hay que aceptar las normas del hospital y las indicaciones médicas. Son exigentes en cuanto al tratamiento que se les da. Hay una aceptación activa del rol.

Su visión respecto a la recuperación es la de que algunos pacientes se curan otros no, pero en general es optimista.

Para los pacientes de la SSA, el panorama es el contrario. Hay rechazo total a la institución, a la que por fuerza y por no tener otra alternativa, tienen que adaptarse, no hay demandas terapéuticas, se conforman con las existentes. Aceptación pasiva del rol.

Las diferencias por sexo son las siguientes:

Para la mujer, el hospital es visto como una cárcel, no hay ambiente terapéutico. No requieren de custodia ni de controles institucionales. El hospital es solamente un lugar para desahogarse, las actividades terapéuticas y las reglamentarias son vistas como explotadoras, las rechazan. A pesar del rechazo, hay aceptación pasiva del rol y de las normas institucionales. El personal de enfermería es el que les ayuda a pasarla bien. Su interés por las otras pacientes es mínimo. Perciben con rigidez su problemática, pesimismo sobre su pronóstico. El hospital no cubre sus necesidades y expectativas.

En el caso de los pacientes varones, sucede en algunas circunstancias lo contrario: hay aceptación activa del rol, se integran más fácilmente con los demás pacientes; el ambiente institucional es percibido como terapéutico y agradable. Aceptan la necesidad de custodia y control institucional. Son más flexibles respecto a su padecimiento, lo visualizan como el de cualesquiera de los pacientes que están ahí, son más optimistas respecto a su recuperación. Se da la cooperación entre pacientes.

En este punto cabe hacer notar algunos datos que aunque no corresponden al cuestionario utilizado, se obtuvieron a través del contacto con los pacientes. En las secciones de hombres, por lo general hay más cooperación y los pleitos cotidianos son mínimos, sin embargo cuando se sucita algún pleito, éste es grave y muy violento. Lo contrario sucede en la sección de mujeres, donde los pleitos son del diario, pero son leves.

Respecto al origen de la enfermedad o trastorno, los hombres lo atribuyen a factores de índole socioeconómico y a las drogas y al alcohol. Las mujeres lo remiten a problemas afectivos, por lo general, hacia la pareja. Respecto a la edad, los cuatro grupos tienen diferencias y semejanzas, por lo que se hablará de cada grupo, resaltando las características más sobresalientes.

Los pacientes más jóvenes (20-29 años) demuestran disgusto hacia el hospital, su relación con los médicos es mínima, y son más bien independientes, respecto a las normas del hospital, aunque no por ello, las desacatan totalmente. Requieren de la custodia y del control institucional para solventar su problemática. Se perciben como cualesquiera de los otros pacientes que están ahí para recibir tratamiento, y son cooperativos con ellos. Su rol lo aceptan activamente, muestran interés por participar en su tratamiento. Perspectiva optimista sobre el tratamiento y la recuperación, pese a que el

hospital no ofrezca lo necesario para una recuperación rápida y total.

Para los pacientes entre 30 y 39 años de edad, también existe un disgusto hacia la institución, la relación con los médicos es mínima, guardando su autonomía respecto al hospital. Presentan una tendencia a aceptar las normas hospitalarias. Hay poca cooperación hacia el tratamiento y hacia los demás pacientes. En general hay un rechazo hacia la institución y hacia el rol de paciente. Su visión respecto al tratamiento y a su recuperación, es pesimista. No obtienen ningún beneficio del hospital. Conciben que para que la persona pueda salir bien, debe cooperar con las indicaciones médico-psiquiátricas, sin embargo su rechazo al hospital, le impiden obtener algunos de los beneficios que el hospital pueda brindar.

Los pacientes de 40 a 49 años de edad, visualizan el hospital como cualquier otra institución de salud, a la que deben acudir para su tratamiento y recuperación. Requieren de la custodia y del control institucional por su padecimiento. El ambiente hospitalario les es terapéutico y agradable. Su relación hacia la institución es de dependencia y conformidad. La autoridad médica-psiquiátrica es la que tiene la última palabra para su tratamiento y recuperación. Hay aceptación pasiva del rol de paciente y tienen perspectivas alentadoras sobre su recuperación. La enfermedad mental es como cualquier otra enfermedad que debe ser tratada por médicos.

Los pacientes de mayor edad 50-59, perciben el hospital como hostil, privativo, exigente, de custodia y control. Manifiestan un rechazo total a la institución. No aceptan requerir de controles externos, institucionales. El rol es visualizado como la aceptación de las normas institucionales. Presentan deseos de participar activamente en su tratamiento, pese a lo desagradable del ambiente institucional. El hospital no cubre sus necesidades y expectativas. Perciben con inflexibilidad su problemática, pesimismo sobre su recuperación. Consideran que el trastorno mental es personal y margina a -- las personas.

En resumen:

Los pacientes de ingreso voluntario, de primera vez, -- del ISSSTE, hombres, y de edad entre los 40 y 49 años, aceptan la institución psiquiátrica como se les presenta durante su hospitalización en el psiquiátrico. Los pacientes de ingreso voluntario, de reingreso, de la SSA, del sexo femenino y cuyas edades fluctúan entre los 20-39 y 50-59 años, rechazan la institución psiquiátrica.

Los pacientes de ingreso voluntario, de reingreso, de -- la SSA, mujeres y de edades entre los 40 y 49 años, tienen -- una aceptación pasiva del rol. Lo contrario sucede con los -- pacientes de ingreso voluntario, primera vez, del ISSSTE, -- hombres y de edad entre 20 a 39 y 50 a 59 años.

La visión optimista sobre su recuperación la tienen los pacientes de ingreso voluntario, de primera vez, del ISSSTE, del sexo masculino, y cuyas edades fluctúan entre los 20 y 29 y los 40-49 años. La visión pesimista sobre su restablecimiento, es de los pacientes de reingreso, involuntarios, de la SSA, mujeres, y de edad entre 30-39 y 50-59 años.

Para la mayoría de los pacientes, sus expectativas y necesidades de tratamiento no las cubre el hospital. Tanto para los pacientes con ingreso voluntario como involuntario, de reingreso, del ISSSTE y de la SSA, mujeres, y pacientes de edad entre los 20-39 y 50-59, se da este hecho. Para los pacientes de primera vez, varones y de edad entre 40-49 años, la institución psiquiátrica si obedece a sus necesidades y expectativas de tratamiento para su recuperación.

El hecho de que una persona ingrese a favor o en contra de su voluntad, va a determinar su deseo o no de recuperarse, su colaboración al tratamiento, su agrado o desagrado a la institución. Esto mismo puede resultar su hospitalización. Si es primera vez, no sabe con exactitud lo que le espera. Por lo general, a pesar del estigma que implica ser enfermo-mental, los pacientes consideran el hospital psiquiátrico y el tratamiento que van a recibir, como el de cualquier otro hospital. Durante su estancia se van percatando de que hay diferencias, pues el rol, no es el de estar en cama y recibir atención, sino que además de seguir el tratamiento médico, --

tienen que incorporarse a las actividades de aseo del hospital, a ayudar al personal de enfermería a atenderse y a cuidar de otros pacientes, lo cual para la institución es parte del tratamiento. En excepcionales ocasiones reciben orientación psicológica, cuando mucho les hacen una que otra prueba psicológica a solicitud del psiquiatra encargado.

Algunos de los pacientes reciben terapia ocupacional y pueden salir a hacer deportes, lo que no es común en otro tipo de hospitales, y a lo esperado por el paciente.

Las divergencias entre el ISSSTE y la SSA, más bien que obedecer a factores como el ambiente terapéutico, el tipo de tratamiento y las técnicas utilizadas, más bien, obedecen a factores socioeconómicos de las personas que asisten a una y otra institución, como ya ha sido mencionado en la muestra.

Factores como la ocupación, el nivel escolar, el ingreso económico, el sexo y la edad, implican el desempeño diverso de otros roles extrahospitalarios, que de una y otra forma vienen a repercutir en el rol de paciente, y de cómo es concebido por el propio paciente. El conocimiento sobre enfermedad mental, el hospital psiquiátrico, los tratamientos psicológicos que el paciente posea antes de su ingreso, también -- van a influir en la concepción del rol, éstos variarán según la clase social, la ocupación, escolaridad, la edad y el sexo. Cada paciente tiene necesidades e intereses particulares y en

relación con su padecimiento, por lo que sus expectativas al entrar al hospital serán diversas para cada uno. Sin embargo, hay una en común: la expectativa y la necesidad de un -- tratamiento para curarse y salir del hospital; lo que en la mayoría de los casos no se cumple. Con ello no se pretende reducir el problema de la salud-enfermedad a un proceso exclusivamente individual, y a que el tratamiento se particularice a cada caso y a las necesidades de cada paciente. De lo que se trata, es hacer notar la necesidad de conocer las características propias, culturales, económicas y sociales de los pacientes que asisten a los servicios de salud, antes de imponerles otras que más que beneficiarles pueden resultar -- contraproducentes o nulas.

Este es uno de los aspectos por lo que se piensa que -- el hospital no cumple cabalmente sus funciones públicas. -- Las funciones del hospital ya han sido mencionadas en el capítulo de metodología, por lo que aquí solamente se hará un breve comentario. Su carácter de hospital para agudos, no -- lo cumple, en lo que respecta a la SSA. Sus objetivos de -- custodia, control médico, rehabilitación, enseñanza e investigación, son cumplidos parcialmente, a excepción del de -- rehabilitación, que para nada se cumple. Esto obedece al ambiente hospitalario y terapéutico que ya ha sido descrito, -- entre otras cosas, pero además, existen intereses económicos, políticos, sociales e ideológicos para mantener esta situa--

ción.

Un aspecto relevante, aplicable al instrumento utilizado en esta investigación, es el hecho de que las instituciones están diseñadas y siguen modelos extranjeros, por lo que tanto la administración, organización, los programas y las técnicas, resultan incompatibles tanto con los presupuestos-económicos como con los factores culturales. Y el resultado es la poca eficiencia, eficacia y efectividad de los hospitales psiquiátricos. Un dato relevante para tal efecto puede observarse en el cuadro 1.1, en el que se muestra que el número de reingresos (58%) es más elevado que el de los casos de primera vez (42%). Sin mencionar las medidas preventivas que debieran manejarse.

La poca investigación que se realiza en México, respecto al tema, puede ser debida a la falta de recursos económicos y humanos y/o al desinterés. Este desinterés puede estar en función de dos aspectos íntimamente relacionados. Por un lado, siguiendo las tesis de Basaglia (1974) y de Szasz (1976) que son aplicables en Italia y Estados Unidos respectivamente, también podría ser aplicables a México. Esta tesis postula que debido al excedente de mano de obra y por ende, la escasez de fuente de trabajo, los gobiernos de los países no se interesan en rehabilitar ningún tipo de enfermos o minusválidos, que no afecten al sistema productivo; al contrario, el dejarlos como están, le quita una carga de encima. De --

hecho, la enfermedad mental, el enfermo mental, no representa hasta ahora un peligro para el sistema productivo, ni para su reproducción, en México. Por otra parte, el control de la población se realiza a través de las instituciones de educación, la iglesia, la familia, etc., por lo que la psiquiatrización o la psicologización de la vida cotidiana y la función como medio de control del hospital psiquiátrico, no son todavía -- necesarias, ni plausibles económicamente.

Por tanto, el enfermo mental es tratado como loco, al que se le margina y reprime directamente. Su segregación en el hospital solamente le deja una alternativa: actuar y desempeñar el papel del enfermo mental que le ha sido asignado.

Por último, cabe hacer algunos comentarios sobre el instrumento utilizado. A pesar de la alta confiabilidad y validez del cuestionario, amerita que se le investigue más, pues tanto al momento de su aplicación como al ser procesados los datos, se detectaron algunas variantes y fallas. En el primer caso, se observó que los reactivos del cuestionario presentan dificultad de comprensión, y al momento de la aplicación tuvieron que ser explicados y en algunos casos modificar su presentación. En el procesamiento de los datos, se pudo detectar que hay varios reactivos que se repiten en contenido, por lo que el número de reactivos se reduce. Por otro lado, se observó durante la aplicación del instrumento, que los pacientes se contienen mucho para responder lo que realmente --

piensan. Esto se corroboró con las respuestas que dieron los pacientes a una entrevista que se les hizo después del cuestionario (la entrevista no forma parte de la presente investigación, por lo que solamente se menciona a manera de comentario).

Algunos datos del cuestionario, no corresponden a los expresados en la entrevista, inclusive son opuestos, por lo que se recomienda para futuras investigaciones, además de la aplicación de un instrumento, la realización de entrevistas grabadas.

Otro aspecto relevante que cabe mencionar, es que el instrumento aplicado se comportó estadísticamente diferente a lo reportado por los autores (Levinson y Gallagher). En la presente investigación se obtuvieron 40 reactivos distribuidos en XI factores, en la de los autores se reportan 79 reactivos distribuidos en 3 factores primarios y 4 de fusión. (Para mayor detalle, ver investigación en antecedentes y revisión bibliográfica). Estos resultados no son de extrañar, sino al contrario, es lo que se esperaba, que fueran diferentes dada la diversidad de condiciones: culturales, socioeconómicas, metodológicas, temporales, etc.

Se sugiere para futuras investigaciones, que el instrumento sea aplicado de nueva cuenta, en una población semejante a la utilizada en esta investigación, de manera que se pue

dan realizar comparaciones, para ver si el instrumento proporciona resultados similares. También se sugiere la aplicación del cuestionario con pacientes de instituciones psiquiátricas privadas, para evaluar las diferencias y/o semejanzas que pueden resultar.

Otra sugerencia sería que el instrumento se aplicara a pacientes psiquiátricos hospitalizados, con otro tipo de diagnóstico, como neurosis, epilepsia, por ejemplo.

En resumidas cuentas, a pesar de los pros y de los contras del instrumento, como resultado de la investigación, se ha podido observar que los mecanismos psicosociales que entran en juego para pasar a formar parte de una pequeña comunidad, de una subcultura, como es el hospital psiquiátrico; vienen a ser, en cierta medida, el reflejo de lo que acontece a nivel macro-social.

Los pacientes que ingresan al hospital psiquiátrico, por vez primera o como reingresos, tienen que aprender o retomar los significados y valores propios de la institución, tanto los que fungen a nivel oficial como los que los mismos pacientes van formando durante su estancia hospitalaria; con el fin de poderse comunicar e integrarse a su nueva situación, y así -- poder asumir y desempeñar su rol de pacientes. Lo cual también está mediado tanto por las condiciones antecedentes del paciente y la situación actual por la que está atravesando.

CUADRO 1.1

FRECUENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS.

VARIABLES	No. DE CASOS	PORCENTAJES	
Tipo de asistencia:	1= SSA	21	49
	2= ISSSTE	<u>22</u>	<u>51</u>
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Sexo:	1= masculino	21	49
	2= femenino	<u>22</u>	<u>51</u>
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Edad:	1=20-29 años	10	23
	2=30-39 "	21	49
	3=40-49 "	8	19
	4=50-59 "	<u>4</u>	<u>9</u>
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Estado civil:	1=soltero	17	40
	2=casado	16	37
	3=separado	9	21
	4=viudo	<u>1</u>	<u>2</u>
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Religi3n:	1=cat3lico	31	72
	2=evangelista	4	9
	3=Hijos de Jehov3	2	5
	4=otra	5	12
	5=ninguna	<u>1</u>	<u>2</u>
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Escolaridad:	1=analfabeta	3	7
	2=alfabetas	11	26
	3=primaria completa	6	14
	4=secundaria y/o t3cnica	9	21
	5=normal	4	9
	6=preparatoria	2	5
	7=profesionista	<u>8</u>	<u>19</u>
		<u>43</u>	<u>100%</u>

CUADRO 1.1 Continuación...

FRECUENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS.

VARIABLES		No. DE CASOS	PORCENTAJES
Ocupación:	1=desempleado	15	32
	2=empleado	28	68
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Ingreso:	1=sin ingreso	15	35
	2=con ingreso	26	60
	3=se desconoce	2	5
	<u>43</u>	<u>100%</u>	
Residencia:	1=México y Edo. de México	36	83
	2=Provincia	7	17
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Tipo de tratamiento:	1=farmacológico	15	35
	3=farmacológico y terapia ocupacional	27	63
	4=terapia electroconvulsiva	1	2
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Tiempo de hospitalización:	1=1-60 días	34	79
	2=61-120 días	6	14
	3=más de 120 días	3	7
	<u>43</u>	<u>100%</u>	
Tipo de hospitalización	1=involuntaria	21	49
	2=voluntaria	22	51
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Hospitalización en psiquiátricos:	1=reingreso	25	58
	2=1o. vez	18	42
		<u>43</u>	<u>100%</u>

CUADRO 1.1 Continuación...

FRECUENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS.

VARIABLES		No. DE CASOS	PORCENTAJES
Clasificación de la vivienda por el tipo de servicios públicos	1=rural	5	11
	2=semi-rural	2	5
	3=semi-urbana	8	19
	4=urbana	25	58
	9=se ignora	<u>3</u>	<u>7</u>
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Tenencia de la vivienda	1=paga renta	10	23
	2=no paga renta	30	70
	9=se ignora	<u>3</u>	<u>7</u>
		<u>43</u>	<u>100%</u>
Clasificación de la vivienda por ingreso familiar, salario mínimo, estrato socioeconómico.*	C=estrato socioeconómico medio (10-20 veces s/m)	3	7
	D=estrato socioeconómico modesto (5-10 veces s/m)	5	12
	E=estrato socioeconómico carente (2-5 veces s/m)	12	28
	F=estrato socioeconómico pobre (1-2 veces s/m)	10	23
	G=estrato socioeconómico muy pobre (1 vez s/m)	8	19
	H=estrato socioeconómico muy pobre zona rural (1-3 veces s/m)	<u>5</u>	<u>12</u>
		<u>43</u>	<u>100%</u>

*Buro de Investigaciones Mercadotécnicas, para el D.F. y Edo. de México, 1982. (Salario mínimo D.F. y Edo. de México \$350.00 diarios, 1981. BIM S.A., 1982). Para los Estados se utilizó el IX Censo General de Población, 1970.

CUADRO 1.2.

FRECUENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS POR TIPO DE ASISTENCIA.

VARIABLES	TIPO DE ASISTENCIA			
	SSA		ISSSTE	
	No. de casos	%	No. de casos	%
	21	49	22	51
Escolaridad:		%		%
1=analfabetas	10		5	
2=alfabetas	42		9	
3=primaria com.	10		18	
4=secundaria y/o técnica	18		23	
5=normal	10		9	
6=preparatoria	10		9	
7=profesionista	0		36	
	<u>100%</u>		<u>100%</u>	
Ocupación:				
1=desempleado	57		14	
2=empleado	43		86	
	<u>100%</u>		<u>100%</u>	
Ingreso:				
1=no percibe	62		9	
2=si percibe	38		82	
3=se ignora	0		9	
	<u>100%</u>		<u>100%</u>	
Tenencia de la vivienda:				
1=paga renta	14		36	
2=no paga renta	86		50	
9=se ignora	0		14	
	<u>100%</u>		<u>100%</u>	

CUADRO 1.2. Continuación...

VARIABLE	TIPO DE ASISTENCIA			
	SSA		ISSSTE	
	No. de casos	%	No. de casos	%
	21	49	22	51
Clasificación de la vivienda por ingreso familiar, salario mínimo, estrato socioeconómico.*		%		%
C= estrato socioeconómico medio(10-20 veces s/m)	5		10	
D=estrato socioeconómico modesto(5-10 veces s/m)	5		18	
E=estrato socioeconómico carente(2-5 veces s/m)	19		36	
F=estrato socioeconómico pobre(1-2 veces s/m)	28		18	
G=estrato socioeconómico muy pobre(1 vez s/m)	19		18	
H=estrato socioeconómico muy pobre zona rural (1-3 veces s/m)	24		0	
	<u>100%</u>		<u>100%</u>	

*Buro de Investigaciones Mercadotécnicas para el D.F. y Edo. de México. 1982 (Salario mínimo D.F. y Edo. de México \$350.00 diarios, 1981 BIM S.A. 1982). Para los Estados se utilizó el IX Censo General de Población, 1970.

CUADRO 1.3

MEDIAS DE LA FRECUENCIA DE LOS PUNTAJES DE LOS REACTIVOS,

1=totalmente en desacuerdo
 2=bastante desacuerdo
 3=poco desacuerdo
 4=no se
 5=poco de acuerdo
 6=bastante de acuerdo
 7=totalmente de acuerdo

REACTIVOS*	\bar{X}	REACTIVOS*	\bar{X}
1	6.35	25	4.98
2	5.14	26	4.26
3	6.28	27	5.93
4	3.70	28	4.93
5	6.07	29	4.37
6	5.15	30	5.02
7	4.35	31	6.02
8	5.95	32	4.65
9	6.21	33	6.16
10	4.60	34	3.84
11	5.95	35	3.74
12	5.95	36	6.33
13	3.16	37	5.63
14	6.51	38	3.63
15	5.33	39	2.63
16	6.28	40	3.46
17	6.53	41	4.74
18	5.44	42	6.42
19	3.28	43	3.70
20	4.49		
21	2.98		
22	5.05		
23	3.58		
24	3.77		

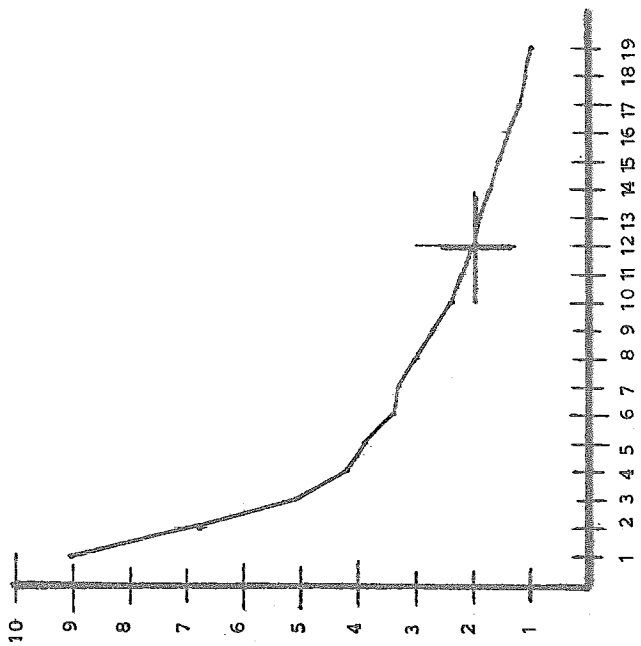
*Nota: numeración progresiva de los reactivos con carga factorial =.40

CUADRO 2.1

FACTORIAL ALPHA

FACTOR	VALOR EIGEN	% VARIANZA EXPLICADA	% ACUMULADO
I	9.11	15.4	15.4
II	6.83	11.6	27.0
III	5.19	8.8	35.8
IV	4.29	7.3	43.1
V	3.97	6.7	49.8
VI	3.47	5.9	55.7
VII	3.33	5.6	61.4
VIII	3.05	5.2	66.5
IX	2.79	4.7	71.3
X	2.49	4.2	75.5
XI	2.26	3.8	79.3
XII	2.00	3.4	82.7

SCREE TEST



V A L E U R S E I G E N

F A C T O R S

CUADRO 2.2

COMUNALIDAD ENTRE FACTORES.

VALIDEZ RELEVANTE POR FACTOR.

Comunalidad entre factores.

Se obtiene por factor:

$$\frac{\sum h^2}{N_x}$$

Es la sumatoria de las cargas factoriales elevadas al cuadrado, de cada reactivo, dividido entre el número de reactivos que componen el factor. (Guilford, 1969).

FACTORES	$\frac{\sum h^2}{N_x}$
I	.73
II	.59
III	.64
IV	.71
V	.70
VI	.63
VII	.67
VIII	.66
IX	.63
X	.56
XI	.68
XII	.45

CUADRO 2.3

MATRIZ FACTORIAL ROTADA VARIMAX.

Cargas factoriales $\geq .40$, por factor.*

FACTOR I		FACTOR II	
Reactivos	carga factorial	Reactivos	carga factorial
5	0.46	19	0.85
9	0.53	29	0.43
14	0.84	34	0.73
18	0.42		
42	0.87		
FACTOR III		FACTOR IV	
Reactivos	carga factorial	Reactivos	carga factorial
13	0.55	8	0.64
23	0.42	16	0.77
28	0.58	37	0.60
33	-0.48		
35	0.72		
39	0.78		
FACTOR V		FACTOR VI	
Reactivos	carga factorial	Reactivos	carga factorial
2	0.72	31	0.61
6	0.81	36	0.83
32	0.51		
41	0.52		

*Nota: la numeración de los reactivos no corresponde a la original. Se han numerado en orden progresivo y como se obtuvieron en el análisis factorial alpha. No se corrigió la progresión al ser omitido el factor XII. Esta nota se aplica a todos los cuadros en que la numeración esté señalada con un asterisco.

CUADRO 2.3 Continuación...

FACTOR VII		FACTOR VIII	
Reactivos	carga factorial	Reactivos	carga factorial
3	0.80	4	0.45
12	0.44	26	0.49
27	0.72	38	0.45
40	-0.51	43	0.84

FACTOR IX		FACTOR X	
Reactivos	carga factorial	Reactivos	carga factorial
15	0.74	22	0.82
24	0.45	30	0.74
25	0.64		

FACTOR XI		FACTOR XII**	
Reactivos	carga factorial	Reactivos	carga factorial
7	-0.60	1	0.58
10	0.69	20	0.69
11	0.60	21	0.56
17	0.65		

Determinante de la matriz de correlación = 0.00000

La matriz de correlación es singular, no puede invertirse.

**Nota: este factor será omitido debido a que el contenido de sus reactivos se repite con los del factor III. En lo sucesivo tendrá los -- mismos efectos, a pesar de que los reactivos aparezcan.

2.3.1

FACTOR I "Relación Médico-Paciente".

- 5.-Quisiera saber qué es lo que tengo que hacer para salir de este hospital.
- 9.- Un buen enfermero es el que siempre está alegre y de -- buen humor con los pacientes.
- 14.- Para que un paciente sepa como sigue de salud, debe guiarse por lo que le dice su doctor.
- 18.-Su doctor espera demasiado de Ud.
- 42.-Su doctor es muy bueno y amable.

Un puntaje alto: indica que hay relación con los médicos, confianza hacia el tratamiento. Dependencia institucional y visión convencional del hospital.

Un puntaje bajo: indica que el paciente no se relaciona con los médicos, disgusto hacia el hospital. Guarda autonomía respecto a la institución.

2.3.2.

FACTOR II "Necesidad de controles externos, institucionales".

- 19.-Aquí, los pacientes se sienten insultados si se olvida saludarlos.
- 29.-Lo que más necesita Ud. es que la gente sea estricta con Ud. y le evite que se meta en problemas.
- 34.-Frecuentemente hace cosas que sabe que no debería de hacer, pero no puede evitarlo.

Puntaje alto: indica la necesidad de estar bajo custodia, por la incapacidad de controlar su problemática. Necesidad de control y aprobación de otras personas.

Puntaje bajo: indica que la custodia y el encierro son innecesarios, visión del hospital como cárcel, mecanismos de auto control. Baja necesidad de recompensa y aprobación externa.

2.3.3

Factor III "El rol del enfermo y el ambiente institucional",

- 13.- Los enfermeros se pasan el tiempo ocupándose de algunos pacientes que les caen bien.
- 23.- La obligación principal de enfermeros y ayudantes, es la de cuidar que los pacientes mantengan el orden.
- 28.- Si una persona tiene problemas, vivir entre enfermos mentales, le hará sentirse más mal.
- (-) 33.- Se siente más agusto en el hospital cuando conoce exactamente las reglas y lo que se supone que debe hacer en cada momento.
- 35.- Le molesta ver a los enfermeros sentados y platicando, cuando deberían estar atendiendo el piso.
- 39.- Le molesta la manera en que los enfermeros le observan y vigilan lo que hace.

Puntaje alto: el ambiente hospitalario es hostil, exigente, de encierro y explotación, de beneficio para el hospital.

Puntaje bajo: el ambiente hospitalario es agradable, beneficioso para el tratamiento. El rol del enfermo es visto como el de alguien que está ahí para ayudar a los enfermos. El paciente se mira como cualesquiera de los otros pacientes que está ahí para recibir tratamiento.

2,3,4

FACTOR IV "Visión de los otros pacientes",

8.-Si un paciente cumple con sus obligaciones aquí, se curará.

16.-Cuando ve a su Dr. siente que debe causarle una buena impresión (Ud.).

37.-Aquí hay muchos pacientes que siempre quieren salirse con la suya, con todo lo que pueden.

Puntaje alto: el rol del paciente es visualizado como la aceptación pasiva a las normas del hospital. Dependencia y conformismo hacia el tratamiento. Poco cooperativo con los demás pacientes.

Puntaje bajo: el rol es visualizado de manera menos dependiente, en el que el paciente debe ser más activo para su propia recuperación, no solamente en base al criterio institucional y al tratamiento pre-escrito. Cooperación con los demás pacientes.

2.3.5

FACTOR V "Visión sobre el tratamiento y la salud mental",

- 2.-Los hospitales psiquiátricos son lugares que sirven para que los enfermos puedan desahogarse.
- 6.-Los únicos tratamientos buenos que los pacientes reciben en este lugar son las pastillas, las inyecciones y los electroshocks.
- 32.-Si un paciente está alegre y no se queja de las cosas, es que está sano de nuevo.
- 41.-Una persona mentalmente sana es aquélla a la que todos quieren y aprecian.

Puntaje alto: relación convencional y de dependencia hacia la institución y el quehacer médico.

La salud mental es un aspecto individual, en el que los parámetros tradicionales, entre otros amor y alegría, son fundamentales. El desahogo y la distracción son medidas para recuperarse, pero los fármacos son el tratamiento efectivo.

Puntaje bajo: rechazo al ambiente hospitalario tradicional.

Autonomía respecto a la institución. Interés por participar en el tratamiento, y que éste sea más que la pura ingestión de pastillas.

La salud mental es algo más que estar alegres y amar, está más relacionada con la autosatisfacción y el bienestar personal.

2.3.6

FACTOR VI "Visión sobre el tratamiento psicológico".

31.-Desearía Ud. que su Dr. le diera más consejos y orientación.

36.-Un buen Dr. se esfuerza mucho por descubrir las cosas que el paciente no quiere decir.

Puntaje alto: aceptación de técnicas psicológicas para su tratamiento.

Aceptación de factores psicológicos como parte del trastorno.

Puntaje bajo: rechazo a cualquier técnica psicológica. Negación del trasfondo psicológico de su padecimiento.

2.3.7

FACTOR VII "El rol del psiquiatra y el ambiente institucional",

- 3.-Le interesa mucho a su Dr.
- 12.-La mayoría de los Drs. de aquí ayudan rápido a los pacientes y los animan.
- 27.-Su Dr. se preocupa mucho por Ud.
- (-)40.-Este hospital es como una cárcel, que sirve para mantener encerrada a la gente.

Puntaje alto: visión del psiquiatra y de la institución como el medio para curarse. Ambiente hospitalario terapéutico y gratificador. Relación psiquiatra-paciente.

Puntaje bajo: rechazo a la institución, falta de ambiente terapéutico; ambiente de custodia. Desinterés de los psiquiatras por el tratamiento y bienestar de sus pacientes.

2.3.8

FACTOR VIII "El rol del paciente psiquiátrico".

- 4.-La mayoría de los pacientes quieren estar solos.
- 26.-La mejor manera en que los pacientes pueden ayudarse entre sí, es no hablar una sola palabra sobre sus problemas personales.
- 38.-La mayor parte del trabajo que los pacientes hacen aquí, ayuda más al hospital que a los pacientes mismos.
- 43.-Una persona mentalmente sana es la que guarda para sí sus sentimientos y emociones.

Puntaje alto: visión rígida de los problemas que le acontecen, automarginación y rechazo al hospital. Aceptación pasiva del rol. Dependencia institucional, lo cual implica: que su tratamiento está en manos de la institución, como en cualquier otro tipo de padecimiento. El médico da las instrucciones y el paciente tiene que acatarlas. El tratamiento psicológico no es importante, tampoco su participación activa en el tratamiento global.

Puntaje bajo: flexibilidad hacia sus propios problemas, intenta integrarse al ambiente institucional, sin por ello, depender en todo de la institución. Aceptación activa del rol: su padecimiento es como el de cualesquiera de los otros pacientes. La convivencia con otros pacientes puede serle útil. Tanto el tratamiento médico como el psicológico son de relevancia, y también su participación para recuperarse.

2.3.9

FACTOR IX "Visión de la enfermedad mental y la institución",

- 15.-Cuando un paciente está enfermo, es muy difícil para él, vivir con pacientes tan diferentes.
- 24.-Los talleres de terapia ocupacional, los deportes y esas cosas, son maneras de no aburrirse aquí, pero ayudan muy poco a que el paciente se cure.
- 25.-Cualquier paciente que ande hablando por todas partes de sus problemas personales, debe estar muy enfermo.

Puntaje alto: visión pesimista sobre la recuperación en este tipo de padecimientos. La enfermedad mental es algo personal que desvirtúa a la gente y la margina. El hospital no es lo que esperaba, no cubre sus expectativas y necesidades.

Puntaje bajo: perspectiva alentadora sobre la recuperación y el bienestar de los pacientes. El hospital ofrece las condiciones necesarias para que el paciente se restablezca. La enfermedad mental puede ser curada, y no es exclusiva a algunas gentes.

2.3.10

FACTOR X "Visión del hospital".

22.-Muchos pacientes fingen que les gusta este lugar, pero en realidad lo odian.

30.-Este hospital puede ayudar a algunos pacientes, pero algunos se van sin ninguna mejoría.

Puntaje alto: rechazo al hospital y al rol de paciente psiquiátrico. Visión pesimista sobre el tratamiento y la recuperación. Solamente se percata de los aspectos negativos de la institución, sin mirar aquéllos de los que pueda obtener algún beneficio.

Puntaje bajo: aceptación del hospital y del rol de paciente psiquiátrico. Visión alentadora sobre la recuperación del enfermo mental y sobre los beneficios que se pueden obtener del hospital.

2.3.11

FACTOR XI "Concepción de salud-enfermedad mental".

- (-) 7.-Aquí hay dos clases de pacientes; las personas normales que han sufrido un ataque de nervios y la gente realmente loca.
- 10.-Muchos de los pacientes podrían salir rápido de aquí, si quisieran.
- 11.-El día que salga de este hospital sabré que estoy bien.
- 17.-Para llegar a sentirme bien, tendré que sentir que he cambiado mucho dentro de mí.

Puntaje alto: el proceso salud-enfermedad mental es algo que a cualquier persona le puede ocurrir, es un proceso temporal (como cualquier otra enfermedad) que requiere tratamiento para curarse. Son problemas que se juntan y hacen que la persona se sienta mal. Tanto la institución psiquiátrica como el paciente tienen que colaborar en el tratamiento.

Puntaje bajo: el proceso salud-enfermedad mental es visto como un proceso que afecta a las personas en diversos grados. A pesar del tratamiento, difícilmente se curan las personas, sobre todo las más enfermas. Son problemas incurables y personales.

2,3,12

FACTOR XII "Relación enfermero-paciente".

- 1.-Un buen enfermero trata igual a todos los pacientes.
- 20.-Si un paciente se sentía mal antes y ahora se siente mejor, no tiene caso preguntarle porqué se sentía mal antes.
- 21.-Si un enfermero hace chistes y bromas con los pacientes, le perderán el respeto.

Puntaje alto: el enfermero debe vigilar a los pacientes, darles el tratamiento indicado y hacer cumplir las reglas.

Puntaje bajo: el enfermero debe ayudar a que el paciente se sienta bien, colaborar en su tratamiento y brindarle las atenciones que el paciente requiera.

CUADRO 3.1

FUNCION CANONICA DISCRIMINANTE.

TIPO DE HOSPITALIZACION:

1= involuntaria

2= voluntaria

FUNCION	VALOR EIGEN	PORCENTAJE DE LA VARIANZA	CORRELACION CANONICA	PRUEBA LAMBDA	CHI CUADRADA	GRADOS DE LIBERTAD	NIVEL DE SIG- NIFICANCIA
1	33.44	100 %	0.98	0.029	72.55	41	0.0017

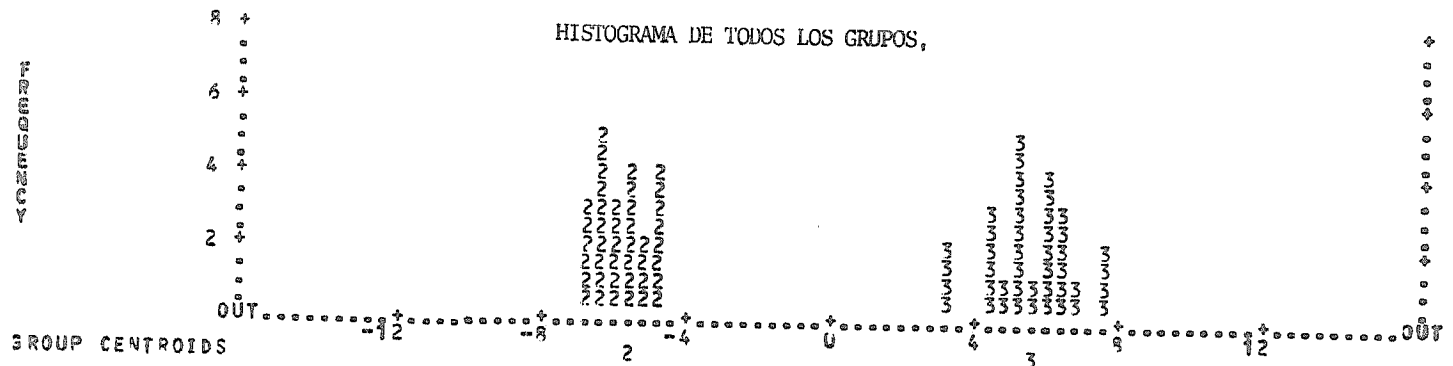
CUADRO 3.2

COEFICIENTES ESTANDARIZADOS DE LA FUNCION CANONICA
DISCRIMINANTE ENTRE TIPO DE HOSPITALIZACION.

* REACTIVOS	FUNCION	* REACTIVOS	FUNCION
1	1.276	28	2.271
2	-0.156	29	-4.433
3	-8.765	22	6.524
4	-2.566	23	2.440
5	2.417	24	6.116
6	-0.985	25	0.330
7	1.815	34	3.101
8	0.301	26	2.671
9	-0.890	27	8.966
10	-0.836	28	-8.031
11	6.954	29	1.143
12	-0.812	39	2.802
13	-3.660	40	1.328
14	5.823	43	-1.489
15	-3.467		
16	2.986		
17	-5.697		
18	-1.201		
19	-1.964		
20	4.268		
21	-1.467		
22	-1.962		
23	-1.823		
24	3.875		
25	-6.004		
26	5.763		
27	-7.272		

*Nota: numeración progresiva de los reactivos con carga factorial =.40 y que conforman los factores. Esta nota se extiende a todos los cuadros.

CUADRO 3.3



Símbolos utilizados:

- 2 para el grupo 1
- 3 " " " 2

- Grupo 1
- Grupo 2

Función 1
 -5.78
 5.52

CUADRO 3.4

RESULTADOS CLASIFICADOS

	No. de casos	Predicción de la pertenencia de grupo	
		1	2
Grupo 1	21	21 100%	0 0.0%
Grupo 2	22	0 0.0%	22 100%

CUADRO 3.5

MEDIAS DE LOS REACTIVOS QUE FORMARON LA FUNCION CANONICA
DISCRIMINANTE ENTRE TIPO DE HOSPITALIZACION.

*	Reactivos		Grupos		*	Reactivos		Grupos	
		1		2			1		2
	1	6.28		6.41		24	3.33		3.23
2	2	4.71		5.54	18	25	5.05		5.82
3	3	6.28		6.27	19	26	3.43		5.82
4	4	4.00		3.41		27	3.90		5.04
5	5	5.81		6.32		28	6.09		6.00
6	6	5.28		5.04		29	3.00		2.95
	7	6.43		6.59	22	30	4.48		5.59
7	8	4.14		4.54	23	31	3.19		3.95
	9	2.24		2.45	24	32	3.28		4.23
	10	4.48		4.48	25	33	4.67		5.27
8	11	5.19		6.68		34	5.00		5.73
	12	4.71		5.72	26	35	4.67		3.87
	13	4.38		4.36	27	36	5.48		6.36
9	14	6.28		6.14	28	37	5.14		4.73
10	15	4.33		4.86	29	38	4.09		4.64
11	16	5.57		6.45		39	3.24		4.27
12	17	5.80		6.09		40	6.67		6.91
	18	5.05		5.14		43	4.09		3.32
13	19	2.81		3.50					
14	20	6.38		6.64					
15	21	5.09		5.54					
16	22	5.95		6.59					
17	23	6.43		6.64					

*Numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\lambda = .40$.

CUADRO 4.1

FUNCION CANONICA DISCRIMINANTE.

HOSPITALIZACION EN PSIQUIA'RICOS:

1= reingreso

2=1o. vez

FUNCION	VALOR EIGEN	PORCENTAJE DE LA VARIANZA	CORRELACION CANONICA	PRUEBA LAMBDA	CHI CUADRADA	GRADOS DE LIBERTAD	NIVEL DE SIG-NIFICANCIA
1	29.61	100%	0.98	0.032	70.13	41	0.0031

CUADRO 4.2

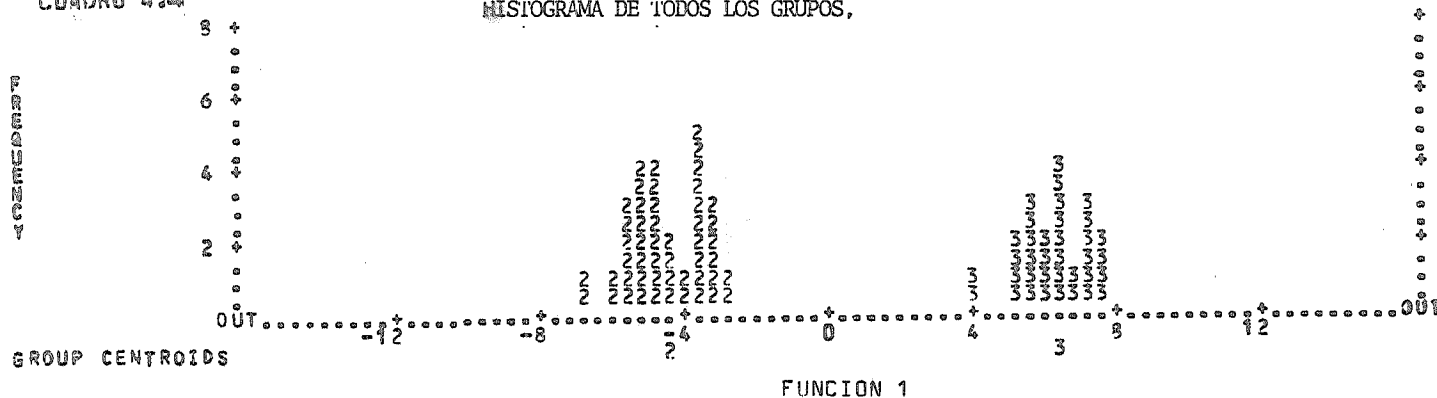
COEFICIENTES ESTANDARIZADOS DE LA FUNCION CANONICA DISCRIMINANTE ENTRE HOSPITALIZACION EN PSIQUIATRICOS.

* Reactivos	Función 1	* Reactivos	Función 1
	1	27	-13,947
2	2	28	-11,097
3	3	29	-0,801
4	4	22	7,404
5	5	23	4,567
6	6	24	-3,718
	7	25	-0,669
7	8		14,722
	9	26	-2,778
	10	27	18,667
8	11	28	-7,471
	12	29	7,810
	13		16,432
9	14		-12,219
10	15	30	4,648
11	16		
12	17		
	18		
13	19		
14	20		
15	21		
16	22		
17	23		
	24		
18	25		
19	26		

*Numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\geq .40$.

CUADRO 4.3

HISTOGRAMA DE TODOS LOS GRUPOS,



GROUP CENTROIDS

FUNCION 1

Símbolos utilizados:
 2 para el grupo 1
 3 " " " 2

GRUPO 1	-4.50871
GRUPO 2	6.26210

CUADRO 4.4

RESULTADOS CLASIFICADOS,

	No. de casos	Predicción de la membresía de grupo	
		1	2
Grupo 1	25	100%	0.0%
Grupo 2	18	0.0%	100%

CUADRO 4.5

MEDIAS DE LOS REACTIVOS QUE FORMARON LA FUNCION CANONICA
DISCRIMINANTE HOSPITALIZACION EN PSIQUIATRICOS.

*	Reactivos	Grupos		*	Reactivos	Grupos	
		1	2			1	2
	1	6.40	6.28		27	4.32	4.72
2	2	5.48	4.67		28	5.96	6.17
3	3	6.40	6.11		29	2.80	3.22
4	4	3.92	3.39	22	30	5.00	5.11
5	5	5.84	6.39	23	31	4.04	2.94
6	6	5.52	4.67	24	32	4.12	3.28
	7	6.72	4.67	25	33	5.00	4.94
7	8	4.08	4.72		34	4.76	6.22
	9	2.08	2.72	26	35	3.44	5.39
	10	4.84	4.55	27	36	6.28	5.44
8	11	6.44	5.28	28	37	4.92	4.94
	12	5.40	5.05	29	38	4.36	4.39
	13	5.56	5.17		39	3.92	3.55
9	14	6.08	6.39		40	6.80	6.78
10	15	5.00	4.05	30	41	5.56	4.28
11	16	6.00	6.05				
12	17	6.12	5.72				
	18	4.92	5.33				
13	19	3.40	2.83				
14	20	6.36	6.72				
15	21	5.00	5.78				
16	22	6.36	6.17				
17	23	6.68	6.33				
	24	3.20	3.39				
18	25	5.48	5.39				
19	26	3.76	2.61				

*Numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\geq .40$.

CUADRO 5.1

FUNCION CANONICA DISCRIMINANTE.

FUNCION	GRUPO: TIPO DE ASISTENCIA:		CORRELACION CANONICA	PRUEBA LAMBDA	CHI CUADRADA	GRADOS DE LIBERTAD	NIVEL DE SIG- NIFICANCIA
	1= SSA EIGEN	2= 1SSSTE DE LA VARIANZA					
1	78.81	100%	0.99	0.012	89.78	41	0.0000

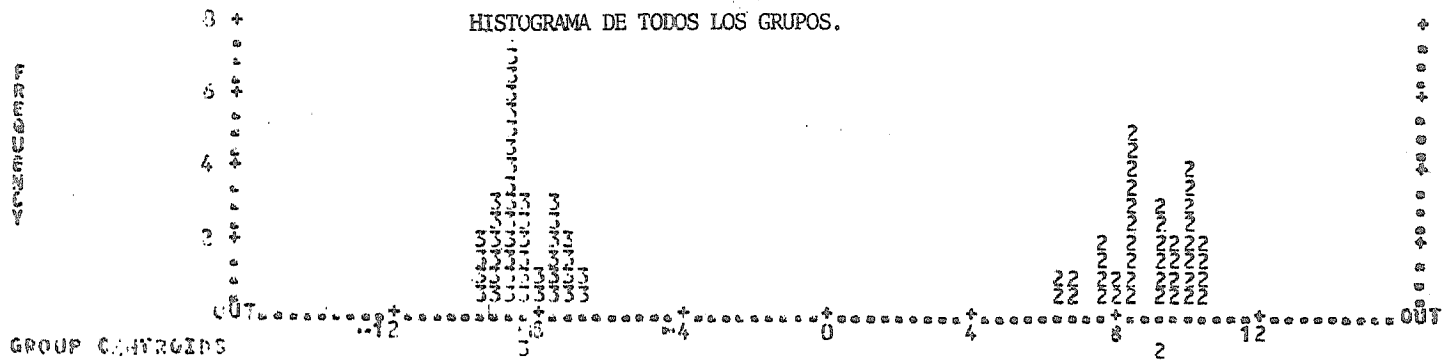
CUADRO 5.2

COEFICIENTES ESTANDARRZADOS DE LA FUNCION CANONICA
DISCRIMINANTE ENTRE TIPO DE ASISTENCIA.

* REACTIVOS	FUNCION 1	* REACTIVOS	FUNCION 1
1	2.154	29	2.971
2	-18.079	22	12.812
3	-3.997	23	5.328
4	-11.083	24	1.080
5	4.303	25	1.468
6	17.422	34	12.244
7	2.346	26	0.508
8	-5.301	27	18.430
9	-0.938	28	-17.145
10	14.292	29	2.923
11	-3.046	30	9.923
12	-21.827	39	21.068
13	-10.018	40	-9.236
14	16.066	41	9.923
15	-14.297		
16	18.687		
17	2.058		
18	1.814		
19	-7.929		
20	-8.971		
21	2.030		
22	12.710		
23	-10.244		
24	4.868		
25	-16.582		
26	4.308		
27	16.968		
28	-7.819		

*Nota: numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\geq .40$

CUADRO 5.3



Símbolos utilizados;

2 para el grupo 1

3 " " " 2

FUNCION 1

GRUPO 1 8.87280

GRUPO 2 -8.46949

CUADRO 5,4

RESULTADOS CLASIFICADOS,

	No.de casos	Predicción de la membresía de grupo	
		1	2
Grupo 1	21	100%	0.0%
Grupo 2	22	0.0%	100%

CUADRO 5.5

MEDIAS DE LOS REACTIVOS QUE FORMARON LA FUNCION
CANONICA DISCRIMINANTE ENTRE TIPO DE ASISTENCIA.

*	REACTIVOS	GRUPOS	
		1	2
1	1	6.33	6.36
2	2	4.48	5.77
3	3	6.19	6.36
4	4	3.86	3.54
5	5	6.14	6.00
6	6	5.38	4.95
	7	6.48	6.54
7	8	4.76	3.95
	9	2.05	2.64
	10	5.48	4.00
18	11	5.33	6.54
	12	5.38	5.14
	13	5.52	5.27
9	14	6.09	6.32
10	15	4.48	4.73
11	16	5.81	6.23
12	17	5.86	6.04
	18	5.00	5.18
13	19	2.57	3.73
14	20	6.48	6.54
15	21	5.33	5.32
16	22	5.95	6.59
17	23	6.33	6.73
	24	2.90	3.64
18	25	5.43	6.04
19	26	3.57	3.00
	27	4.38	4.69
	28	6.14	5.95
	29	3.00	2.95
22	30	5.52	4.59

*Nota: numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\approx .40$

CUADRO 5.5 Continuación...

*	REACTIVOS		GRUPOS	
		1		2
23	31	3.81		3.36
24	32	4.09		3.45
25	33	5.24		4.73
	34	5.33		4.41
26	35	4.52		4.00
27	36	5.52		6.32
28	37	4.95		4.91
29	38	4.19		4.54
	39	3.81		3.73
30	40	6.71		6.86
	41	5.00		5.04

*Nota: numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\geq .40$

CUADRO 6.1

FUNCION CANONICA DISCRIMINANTE.

SEXO:

1= masculino

2= femenino

FUNCION	VALOR EIGEN	PORCENTAJE DE LA VARIANZA	CORRELACION CANONICA	PRUEBA LAMBDA	CHI CUADRADA	GRADOS DE LIBERTAD	NIVEL DE SIG-NIFICANCIA
1	145.19	100%	0.99	0.006	102.19	41	0.0000

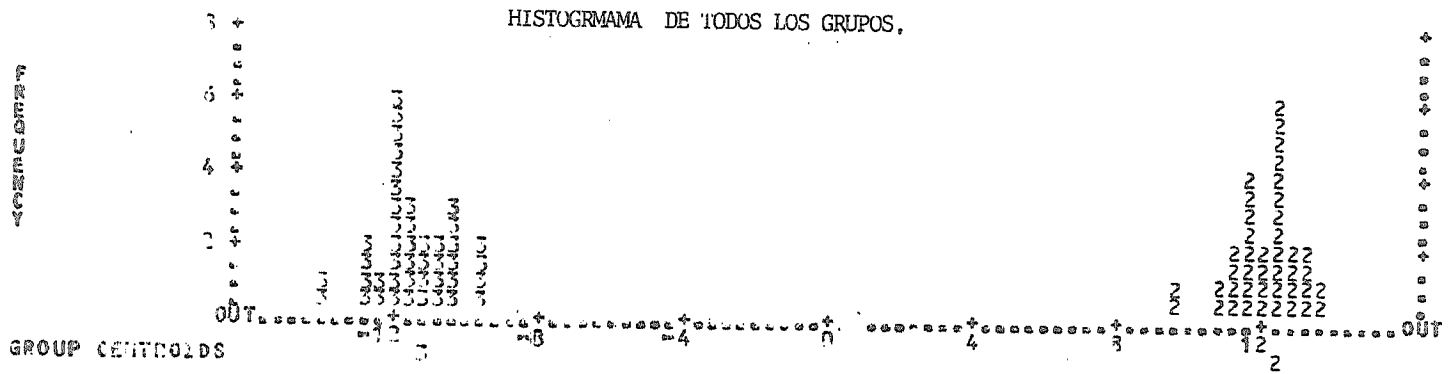
CUADRO 6.2

COEFICIENTES ESTANDARIZADOS DE LA FUNCION CANONICA
DISCRIMINANTE ENTRE SEXO,

*	Reactivos	Función 1	*	Reactivos	Función 1
	1	-1.779		27	-0.942
2	2	-4.975		28	-0.241
3	3	-0.225		29	-2.939
4	4	4.264	22	30	-1.035
5	5	4.379	23	31	1.754
6	6	6.259	24	32	-3.023
	7	-3.957	25	33	-5.379
7	8	5.604		34	5.502
	9	1.175	26	35	-2.694
	10	2.187	27	36	10.887
8	11	-3.138	28	37	7.567
	12	-3.903	29	38	5.935
	13	-2.094		39	0.099
9	14	-9.578		40	-3.829
10	15	1.504		43	-2.250
11	16	4.527			
12	17	2.350			
	18	0.337			
13	19	0.951			
14	20	-9.525			
15	21	4.341			
16	22	6.637			
17	23	-1.739			
	24	-0.744			
18	25	-2.417			
19	26	-8.223			

*Numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\geq .40$.

CUADRO 6.3



Símbolos utilizados:	2 para el grupo 1	Grupo 1	12.04289
	3 " " " 2	Grupo 2	-11.49548

FUNCION 1

CUADRO 6.4

RESULTADOS CLASIFICADOS

	No. de casos	Predicción de le mem- breía.	
		1	2
Grupo 1	21	100%	0.0%
Grupo 2	22	0.0%	100%

CUADRO 6.5

MEDIAS DE LOS REACTIVOS QUE FORMARON LA FUNCION CANONICA
DISCRIMINANTE ENTRE SEXO

*	Reactivos		Grupos		*	Reactivos		Grupos	
		1	2			1	2	1	2
	1	6.28	6.41		19	26	3.81	2.77	
2	2	4.95	5.32			27	5.09	3.91	
3	3	6.48	6.09			28	6.62	5.50	
4	4	3.57	3.82			29	3.14	2.82	
5	5	6.71	5.45	22		30	4.90	5.18	
6	6	5.48	4.86	23		31	3.67	3.50	
	7	6.48	6.54	24		32	3.62	3.91	
7	8	5.43	3.32	25		33	4.76	5.18	
	9	2.05	2.64			34	6.38	4.41	
	10	4.57	4.86	26		35	3.76	4.73	
8	11	5.81	6.09	27		36	6.43	5.45	
	12	5.67	4.86	28		37	5.00	4.86	
	13	5.67	5.14	29		38	5.24	3.54	
9	14	6.09	6.32			39	4.05	3.50	
10	15	5.38	3.86			40	6.86	6.73	
11	16	5.95	6.09			43	4.67	3.95	
12	17	6.33	5.59						
	18	5.14	5.09						
13	19	2.76	3.54						
14	20	6.52	6.50						
15	21	5.28	5.36						
16	22	6.24	6.32						
17	23	6.62	6.45						
	24	3.52	3.04						
18	25	5.24	5.64						

*Numeración progresiva de los reactivos con carga factorial = .40.

CUADRO 7.1

FUNCION CANONICA DISCRIMINANTE.

EDAD:

1= 20-29 años

2= 30-39 "

3= 40-49 "

4= 50-59 "

FUNCION*	VALOR EIGEN	PORCENTAJE DE LA VARIANZA Y PORCENTAJE ACUMULADO	CORRELACION CANONICA	PRUEBA LAMBDA	CHI CUADRADA	GRADOS DE LIBERTAD	NIVEL DE SIG-NIFICANCIA
1	38.98	63.56	0.98	0.008	173.89	117	0.0005
2	16.41	<u>26.77</u>	0.97	0.144	98.27	76	0.0438
		90.33%					

*Se obtuvo una tercera función, debido a que explica solamente el 9.67% de la varianza, y el nivel de significancia es muy bajo, no significativo (0.3510) no se analizó.

CUADRO 7.2

COEFICIENTES ESTANDARIZADOS DE LA FUNCION CANONICA
DISCRIMINANTE ENTRE EDAD.

*	Reactivos	Función 1	Función 2
	1	7.139	-2.238
2	2	-2.667	3.686
3	3	-13.609	2.784
4	4	-3.969	1.642
5	5	0.657	-2.038
6	6	1.431	-0.465
	7	10.979	-1.536
7	8	1.099	-0.201
	9	1.407	1.726
	10	-10.356	2.193
8	11	7.650	-2.328
	12	-4.970	2.362
	13	-13.627	3.511
9	14	6.556	-5.301
10	15	-10.512	4.257
11	16	2.802	-2.670
12	17	-3.441	2.453
	18	2.565	0.466
13	19	-0.996	1.141
14	20	1.928	3.286
15	21	2.803	0.091
16	22	-13.511	2.278
17	23	-2.350	-0.907
	24	7.659	-4.214
18	25	2.384	2.284

*Numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\approx .40$.

CUADRO 7.2 Continuación...

* 19	Reactivos	Función 1	Función 2
	26	4,184	0,952
	27	-21,039	8,320
	28	8,086	1,035
	29	11,564	-3,475
22	30	7,864	-2,891
23	31	21,400	-3,968
24	32	-0,863	-0,442
25	33	7,612	-1,109
	34	7,537	-3,120
26	35	-2,652	-1,271
27	36	11,303	-6,714
28	37	-20,061	5,797
29	38	5,010	-3,627
	39	0,950	-3,475

*Numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\geq .40$.

CUADRO 7.4

RESULTADOS CLASIFICADOS.*

	No. de casos	Predicción de la membresía de grupo			
		1	2	3	4
Grupo 1	10	100%	0.0%	0.0%	0.0%
Grupo 2	21	0.0%	100%	0.0%	0.0%
Grupo 3	8	0.0%	0.0%	100%	0.0%
Grupo 4	4	0.0%	0.0%	0.0%	100%

*Nota: los resultados clasificados de este cuadro incluyen las tres funciones que se obtuvieron en el análisis y como ya se explicó (cuadro 7.1) solamente se analizaron dos (1 y 2).

CUADRO 7.5

MEDIAS DE LOS REACTIVOS QUE FORMARON LA FUNCION CANONICA
DISCRIMINANTE ENTRE EDAD.

*	Reactivos	Grupos			
		1	2	3	4
	1	6.00	6.28	6.87	6.50
2	2	3.60	5.38	6.00	6.00
3	3	6.60	6.00	6.75	6.00
4	4	4.70	2.90	4.62	3.50
5	5	5.60	6.09	6.62	6.00
6	6	4.60	4.76	6.87	5.25
	7	6.60	6.52	6.25	6.75
7	8	3.50	4.48	4.37	5.75
	9	1.40	3.57	1.00	1.00
	10	5.50	5.48	2.12	4.00
8	11	5.70	6.05	6.00	6.00
	12	4.70	5.62	5.37	4.50
	13	4.80	5.38	5.50	6.75
9	14	6.10	5.90	6.87	6.75
10	15	5.20	4.38	4.37	4.75
11	16	5.60	6.28	6.25	5.25
12	17	6.50	5.57	6.12	6.25
	18	4.50	5.14	5.62	5.25
13	19	3.80	2.86	3.37	2.75
14	20	6.60	6.33	6.75	6.75
15	21	5.40	5.38	4.37	6.75
16	22	5.70	6.48	6.12	7.00
17	23	6.60	6.71	6.62	5.25
	24	2.50	3.48	3.25	4.25
18	25	5.50	5.28	5.50	6.00

*Numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\geq .40$.

CUADRO 7,5 Continuación...

*	Reactivos	Grupos			
		1	2	3	4
19	26	4.10	3.39	1.87	3.50
	27	3.60	4.52	5.50	4.50
	28	6.70	5.76	6.12	5.75
	29	3.30	2.81	3.50	2.00
22	30	5.10	5.28	4.25	5.25
23	31	3.60	3.86	2.25	4.75
24	32	3.80	4.09	2.75	4.00
25	33	5.20	4.81	4.12	7.00
	34	5.80	4.67	6.12	6.50
26	35	3.20	4.24	5.50	4.50
27	36	6.60	5.24	6.87	6.00
28	37	5.50	4.57	4.37	6.50
29	38	3.00	4.90	5.00	3.75
	39	3.90	3.71	4.50	2.50

*Numeración progresiva de los reactivos con carga factorial $\geq .40$.

INVENTARIO DE LAS CONCEPCIONES DEL ROL DE PACIENTE,
(Instrumento original, Levinson y Gallagher, 1971).

- 1.-Un buen enfermero trata a todos los pacientes igual.
- 2.-Mi Dr. puede decirme qué es lo que pasa por mi mente con solo mirarme.
- 3.-Los pacientes a menudo pueden ayudarse entre sí para mejorar.
- 4.-Casi todos los pacientes que he visto por aquí parecen más enfermos que yo.
- 5.-Lo que más necesito es que la gente me demuestre cariño y comprensión.
- 6.-A una persona mentalmente sana no le importa que la gente simpatice o no con ella.
- 7.-La principal razón de ser de los hospitales psiquiátricos es brindar a los enfermos un lugar donde desahogarse.
- 8.-Mi Dr. muestra un profundo interés personal por mí.
- 9.-La mayoría de los pacientes quieren que los dejen solos.
- 10.-En el momento de mi internación yo me oponía a venir a este lugar.
- 11.-Desearía que los enfermeros demostraran un mayor interés personal en mí.
- 12.-Querría saber que tengo que hacer para salir de este hospital.
- 13.-Los remedios y el electroshock son los únicos tratamientos auténticos que los pacientes reciben en este lugar.
- 14.-Los enfermeros y ayudantes deberían detener rápidamente cualquier discusión entre pacientes.
- 15.-Aquí hay dos clases de pacientes: las personas normales que han sufrido un colapso y la gente realmente loca.
- 16.-La mayoría de los Drs. que trabajan aquí son demasiado jóvenes para saber lo que hacen.
- 17.-A veces mis sentimientos se descontrolan.
- 18.-Si un paciente hace lo que se supone que debe de hacer en este lugar, la mejoría sobrevendrá por sí misma.
- 19.-Soy muy amigo de algunos de los pacientes.

Continuación...

- 20.-La tarea de los enfermeros y doctores es enseñar a cada paciente las formas de vida adulta y correctas.
- 21.-Un buen enfermero es el que siempre está alegre y de buen humor con los pacientes.
- 22.-Estoy en el hospital porque padezco de una enfermedad física.
- 23.-Muchos de los pacientes podrían salir rápido de aquí si quisieran.
- 24.-El día que salga de este hospital sabré que estoy bien.
- 25.-La mayoría de los Drs. ofrecen aquí pronta ayuda y aliento a los pacientes.
- 26.-Lo mejor que el hospital puede hacer por mí es reintegrarme al estado normal en que me encontraba antes de mi colapso.
- 27.-Por mucho que conozca un Dr. sobre enfermedades mentales, no puede saber lo que está pasando en el interior de los pacientes.
- 28.-Los enfermeros pasan aquí demasiado tiempo preocupándose de unos pocos pacientes mimados.
- 29.-Aquí los pacientes llegan y se van con tal rapidez que es inútil tratar de hacerse amigo de ellos.
- 30.-Hay momentos en que me siento muy triste y deprimido.
- 31.-La mejor manera que tiene un paciente para saber cómo sigue, es guiarse por lo que le dice su Dr.
- 32.-Cuando un paciente está enfermo, es mucho más difícil para él vivir en una sala con pacientes de distintas razas y religiones.
- 33.-Siento que debo siempre causar la mejor impresión cuando veo a mi Dr.
- 34.-Aquí los enfermeros son muy generosos para compartir los cigarrillos con los pacientes.
- 35.-Para sentirme realmente bien, tendré que experimentar un gran cambio en mí mismo.
- 36.-Es muy importante que el hospital mantenga reglas estrictas para los pacientes.
- 37.-Una persona mentalmente sana es la que nunca necesita ayuda de nadie.

Continuación...

- 38.-Lo que más me ayuda es mantenerme activo y ocupado.
- 39.-Mi Dr. espera demasiado de mí.
- 40.-Mi Dr. siempre quiere descubrir quién está en lo cierto y quién está equivocado, cuando surge algún problema.
- 41.-Los enfermeros deberían alentar al paciente a desahogarse si él siente ganas de hacerlo.
- 42.-Aquí los pacientes son susceptibles, se sienten insultados si uno se olvida de saludarlos.
- 43.-Si un paciente se sentía mal antes y luego se siente mejor, sería tonto que se preguntara porqué se sentía tan mal antes.
- 44.-Mi Dr. espera que el paciente asuma sus propias responsabilidades.
- 45.-Me gusta asistir a muchas actividades hospitalarias, tales como la ergoterapia, los bailes y las asambleas de administración de los pacientes.
- 46.-Si un enfermero se permite hacer chistes y bromas con los pacientes, le perderán el respeto.
- 47.-Trato de mantenerme apartado de los pacientes que dicen malas palabras y actúan de manera vulgar.
- 48.-Muchos pacientes fingen que les gusta este lugar, pero en realidad lo odian.
- 49.-Exploto y me enfurezco demasiado rápido con la gente.
- 50.-Cuando veo a mi Dr., siempre parece saber exactamente lo que hace y qué es lo mejor para mí.
- 51.-La tarea principal de los ayudantes y enfermeros consiste en cuidar que los pacientes mantengan la armonía.
- 52.-La ergoterapia, el psicodrama y otras cosas por el estilo, pueden ser maneras agradables de pasar el tiempo, pero probablemente contribuyan muy poco a la mejoría del paciente.
- 53.-Cualquier paciente que ande hablando por todos lados de sus problemas personales debe estar bastante enfermo.
- 54.-Este hospital es un especie de hotel de verano para descansar y disfrutar, si es que uno puede hacerlo.

Continuación...

- 55.-Mientras mi Dr. sepa su oficio, no importa que yo personalmente le guste o no.
- 56.-El tiempo curará mis problemas.
- 57.-El mejor modo en que los pacientes pueden ayudarse entre sí, es no hablar una sola palabra acerca de sus problemas personales.
- 58.-La mayoría de los enfermeros de aquí se esfuerzan al máximo por hacer las pequeñas cosas que desean los pacientes.
- 59.-Tengo algunos problemas, como cualquiera, pero me los arreglo también como los demás.
- 60.-El hospital debería ser menos blando con los pacientes y hacerlos trabajar más.
- 61.-Para salir pronto del hospital es mejor que el paciente guarde silencio sobre las experiencias extrañas que pueda tener.
- 62.-Si los enfermeros quieren que uno haga algo, le andarán detrás hasta que lo haga.
- 63.-Espero seguir ocupándome de mis problemas personales aún después de salir del hospital.
- 64.-Perder los estribos y desmandarse puede ayudarlo al paciente a sacarse de encima la enfermedad.
- 65.-La vida en el hospital me brinda mejores oportunidades que las que tuve nunca para aprender a sobrellevar mi propia vida.
- 66.-Mi Dr. se aflige mucho por mis problemas.
- 67.-Si una persona tiene problemas, vivir junto con un montón de enfermos mentales la hace sentirse peor aún.
- 68.-Lo que más necesito es que la gente sea estricta conmigo y evite que me meta en dificultades.
- 69.-No sería raro que un paciente se acostumbrara tanto a este lugar que quisiera quedarse en él mucho tiempo.
- 70.-Lo mejor que puede hacer un paciente aquí es ponerse en manos de su Dr. y tener confianza.
- 71.-Puede ser que esté mal de los nervios, pero mi mente está muy bien.

Continuación...

- 72.-Hay que tener cuidado con los demás pacientes porque pueden lastimar o aprovecharse de uno.
- 73.-Este hospital puede ayudar a algunos pacientes, pero muchos son dados de alta sin ninguna mejoría.
- 74.-Desearía que mi Dr. me diera más consejos y orientación.
- 75.-A veces pienso que la gente de aquí tiene intención de hacerme daño.
- 76.-Un enfermero debería usar uniforme en lugar de ropas de calle, mientras trabaja.
- 77.-En mi opinión, estoy mentalmente enfermo.
- 78.-Estoy casi siempre inquieto y nervioso.
- 79.-Si un paciente está alegre y no se queja de las cosas, está sano de nuevo.
- 80.-Me siento más agusto cuando conozco exactamente las reglas y lo que se supone que debo hacer en cada momento.
- 81.-En muchos casos, un enfermero comprensivo puede hacer más que un médico para ayudar al paciente.
- 82.-Si un paciente hace algo incorrecto, es obligación del Dr. hacerlo castigar.
- 83.-Lo que más me ayuda es hablar y pensar acerca de mis propios problemas.
- 84.-Los pacientes que hablan mucho en las reuniones de sala y en las asambleas de administración, son la clase de gente a la que le gusta mandar y manejar las cosas.
- 85.-Este hospital es como una escuela donde se aprende a conocer los propios sentimientos.
- 86.-Tengo problemas para abstenerme de hacer cosas que sé que no debo hacer.
- 87.-Mi Dr. guarda para sí sus sentimientos y pensamientos personales.
- 88.-Me molesta ver a los enfermeros sentados y charlando cuando deberían estar ordenando la sala.

Continuación...

- 89.-Muchos pacientes se creen aquí demasiado importantes para mezclarse con el resto de nosotros.
- 90.-Estoy bastante bien como para que me den de alta hoy mismo.
- 91.-La mayoría de los pacientes se muestran muy generosos para compartir cigarrillos con los demás.
- 92.-Para volver a sentirse bien, lo que más necesita la mayor parte de los pacientes es buena comida y una oportunidad para relajarse.
- 93.-La mayoría de los Drs. de aquí no son verdaderamente comprensivos con sus pacientes.
- 94.-Me gusta ocuparme de mis propios asuntos y mantenerme alejado de los problemas de los otros pacientes.
- 95.-Necesito tratamiento por cosas que se remontan muy lejos en mi vida, mucho antes de mi ingreso al hospital.
- 96.-Me gustaría ayudar a los enfermeros a cuidar a los otros pacientes.
- 97.-Un buen Dr. hará grandes esfuerzos por descubrir las cosas que el paciente quiere guardar para sí.
- 98.-Aquí muchos pacientes tratan de salirse con la suya en todo lo que pueden.
- 99.-Estoy sano de cuerpo y alma.
- 100.-Hablo a menudo con los demás pacientes sobre mis problemas personales.
- 101.-La mayor parte del trabajo que los pacientes hacen aquí ayuda más al hospital que a los pacientes mismos.
- 102.-Trato de mantenerme apartado de los pacientes que se sienten todo el tiempo tristes y deprimidos.
- 103.-Sería muy difícil engañar a mi Dr.
- 104.-Me fastidia la forma en que los enfermeros me observan y vigilan lo que hago.
- 105.-Con las cosas que pasan aquí, es probable que las normas morales y religiosas del paciente se debiliten.
- 106.-Cuando hago algún trabajo en el hospital no quiero recibir órdenes de otro paciente.

Continuación...

- 107.-Aquí nadie se preocupa por mí.
- 108.-Este hospital es como una cárcel para tener a la gente recluida.
- 109.-Me disgustaría que los enfermeros quisieran conocer mis dificultades personales.
- 110.-La mayoría de los pacientes son pueriles y quieren que los cuiden.
- 111.-Una persona mentalmente sana es aquélla a la que todos quieren y aprecian.
- 112.-Mi Dr. es muy bondadoso y amable.
- 113.-Desearía que la gente me dejara tranquilo.
- 114.-Una persona mentalmente sana es la que guarda para sí sus sentimientos y emociones.
- 115.-Los pacientes deberían mantenerse unidos porque están todos en la misma situación.
- 116.-Los enfermeros son muy amables y bondadosos con los pacientes.

INVENTARIO DE LAS CONCEPCIONES DEL ROL DE PACIENTE
PSIQUIATRICO HOSPITALIZADO,
(Instrumento aplicado)

- 1.- Un buen enfermero trata igual a todos los pacientes.
- 2.-Los hospitales psiquiátricos son lugares que sirven para que los enfermos puedan desahogarse.
- 3.-Le interesa mucho a su Dr.
- 4.-La mayoría de los pacientes quieren estar solos.
- 5.-Quisiera saber que es lo que tiene que hacer para salir de este hospital.
- 6.-Los únicos tratamientos buenos que los pacientes reciben en este lugar, son las pastillas, las inyecciones y el electroshock.
- 7.-Los enfermeros y los ayudantes deben de evitar cualquier discusión entre los pacientes.
- 8.-Aquí hay dos clases de pacientes: las personas normales que han sufrido un ataque de nervios y la gente realmente loca.
- 9.-La mayoría de los Drs. que trabajan aquí son muy jóvenes para saber lo que hacen.
- 10.-A veces pierde el control de sus sentimientos.
- 11.-Si un paciente cumple con sus obligaciones aquí, se curará.
- 12.-Soy muy amigo de algunos de los pacientes.
- 13.-La obligación de los enfermeros y doctores es enseñarle a cada paciente las formas de vida adultas y correctas.
- 14.-Un buen enfermero es el que siempre está alegre y de buen humor con los pacientes.
- 15.-Muchos de los pacientes podrían salir rápido de aquí si quisieran.
- 16.-El día que salga (Ud.) de este hospital sabrá que está bien.
- 17.-La mayoría de los Drs. de aquí ayudan rápido a los pacientes y los animan.

Continuación...

- 18.-Lo mejor que el hospital puede hacer por Ud. es hacerle sentir como se sentía antes de su ataque de nervios (o de su padecimiento).
- 19.-Los enfermeros se pasan el tiempo ocupándose de algunos pacientes que les caen bien.
- 20.-Para que un paciente sepa (a ciencia cierta) como sigue de salud, debe guiarse por lo que le dice su Dr.
- 21.-Cuando un paciente está enfermo, es muy difícil para él vivir con pacientes tan distintos.
- 22.-Cuando ve a su Dr., siente que debe causarle una buena impresión.
- 23.-Para llegar a sentirse bien, tendrá que sentir que ha cambiado mucho dentro de Ud.
- 24.-Es muy importante que en el hospital haya reglas estrictas para los pacientes.
- 25.-Una persona mentalmente sana es la que nunca necesita ayuda de nadie.
- 26.-Lo que más le ayuda es mantenerse activo y ocupado.
- 27.-Su Dr. espera demasiado de Ud.
- 28.-Aquí los pacientes se sienten insultados si uno se olvida saludarlos.
- 29.-Si un paciente se sentía mal antes y ahora se siente mejor, no tiene caso preguntarle porqué se sentía mal antes.
- 30.-Le gustaría ir a las actividades que se realizan en el hospital, como los talleres, los deportes, etc.
- 31.-Si un enfermero hace chistes y bromas con los pacientes, le perderán el respeto.
- 32.-Trata de no juntarse con los pacientes que dicen malas palabras y se comportan vulgarmente.
- 33.-Muchos pacientes fingen que les gusta este lugar, pero en realidad lo odian.
- 34.-Explota y se enoja muy rápido con la gente.
- 35.-Cuando ve a su Dr., piensa que él sabe lo que hace y lo que es mejor para Ud.

Continuación...

- 36.-La obligación principal de enfermeros y ayudantes es la de cuidar que los pacientes mantengan el orden,
- 37.-Los talleres de terapia ocupacional, los deportes y esas cosas, son maneras de no aburrirse aquí, pero ayudan muy poco a que el paciente se cure,
- 38.-Cualquier paciente que ande hablando por todas partes de sus problemas personales, debe de estar muy enfermo,
- 39.-Este hospital es como un lugar de vacaciones para descansar y disfrutar (si se puede),
- 40.-Mientras su Dr. sepa sus obligaciones, no importa que Ud. le caiga bien o mal,
- 41.-El tiempo curará sus problemas.
- 42.-La mejor manera en que los pacientes pueden ayudarse entre sí, es no hablar una sola palabra sobre sus problemas personales.
- 43.-Para salir pronto de este hospital, es mejor que el paciente no hable de las cosas raras que le pasan,
- 44.-Su Dr. se preocupa mucho por lo que le pasa a Ud.
- 45.-Si una persona tiene problemas, vivir entre enfermos mentales le hará sentirse más mal.
- 46.-Lo que más necesita es que la gente sea estricta con Ud. y le evite que se meta en dificultades.
- 47.-No sería raro que a algún paciente le gustara tanto este lugar que quisiera quedarse aquí mucho tiempo.
- 48.- Lo mejor que puede hacer un paciente aquí, es ponerse en las manos de su Dr. y tenerle confianza.
- 49.-Puede ser que (Ud.) esté mal de los nervios, pero su mente está muy bien.
- 50.-Hay que tener cuidado con los demás pacientes porque pueden lastimar o aprovecharse de uno.
- 51.-Este hospital puede ayudar a algunos pacientes, pero algunos se van sin ninguna mejoría.
- 52.-Desearía que su Dr. le diera más consejos y orientación.

Continuación...

- 53.-A veces piensa que la gente de aquí tiene intención de hacerle daño,
- 54.-Ud. creé que está mentalmente enfermo.
- 55.-Está inquieto y nervioso casi siempre.
- 56.-Si un paciente está alegre y no se que ja de las cosas, es que está sano de nuevo.
- 57.-Se siente más agusto (en el hospital) cuando conoce exáctamente las reglas y lo que se supone que debe hacer en cada momento.
- 58.-Frecuentemente hace cosas que sabe que no debería de hacer, pero no puede evitarlo.
- 59.-Le molesta ver a los enfermeros sentados y platicando cuando deberían estar atendiendo el piso,(a los enfermos).
- 60.-Muchos pacientes se creen muy importantes y no se juntan con los demás.
- 61.-Para volver a sentirse bien, lo que más necesita la mayor parte de los pacientes es buena comida y una oportunidad para descansar.
- 62.-La mayoría de los Drs. de aquí no son verdaderamente comprensivos con sus pacientes.
- 63.-Necesita que le den tratamiento por cosas que le pasaron mucho antes de que entrara al hospital.
- 64.-Le gustaría ayudar a los enfermeros a cuidar a otros pacientes.
- 65.-Un buen Dr. se esfuerza mucho por descubrir las cosas que el paciente no quiere decir.
- 66.-Aquí hay muchos pacientes que siempre quieren salirse con la suya, con todo lo que pueden.
- 67.-Está sano de cuerpo y alma.
- 68.-La mayor parte del trabajo que los pacientes hacen aquí, ayuda más al hospital que a los pacientes mismos.
- 69.-Trata de no juntarse con los pacientes que se sienten tristes y deprimidos todo el tiempo.

Continuación...

- 70.-Le molesta la manera en que los enfermeros le observan y vigilan lo que hace.
- 71.-Con las cosas que pasan aquí, el paciente se olvida de sus principios morales y religiosos.
- 72.-Aquí nadie se preocupa de Ud.
- 73.-Este hospital es como una cárcel que sirve para mantener encerrada a la gente.
- 74.-La mayoría de los pacientes son muy infantiles (son como chiquitos) y quieren que los cuiden.
- 75.-Una persona mentalmente sana es aquella a la que todos quieren y aprecian.
- 76.-Su Dr. es muy bueno y amable.
- 77.-Quisiera que la gente le dejara tranquilo.
- 78.-Una persona mentalmente sana es la que se guarda para sí sus sentimientos y emociones.
- 79.-Los enfermeros son muy amables y buenos con los pacientes.

PACIENTE PSIQUIATRICO HOSPITALIZADO.

(HOJA DE RESPUESTAS)

- 1.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
2.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
3.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
4.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
5.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
6.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
7.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
8.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
9.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
10.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
11.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
12.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
13.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
14.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
15.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
16.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
17.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
18.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
19.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
20.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
21.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
22.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
23.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
24.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
25.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
26.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
27.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
28.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
29.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
30.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
31.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
32.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
33.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
34.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
35.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
36.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
37.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
38.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
39.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
40.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
41.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
42.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
43.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
44.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
45.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
46.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
47.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
48.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
49.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
50.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
51.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
52.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
53.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
54.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
55.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
56.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
57.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
58.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
59.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
60.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
61.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
62.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
63.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
64.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
65.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
65.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
67.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
68.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

- 69.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
70.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
71.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
72.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
73.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
74.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
75.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
76.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
77.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
78.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
79.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
80.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
81.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
82.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
83.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
84.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
85.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
86.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
87.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
88.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
89.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
90.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
91.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
92.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
93.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
94.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
95.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
96.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
97.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
98.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
99.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
100.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
101.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
102.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
103.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
104.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
105.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
106.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
107.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
108.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
109.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
110.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
111.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
112.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
113.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
114.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
115.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
116.- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

CUESTIONARIO DE LAS CONCEPCIONES DEL ROL DEL
PACIENTE PSIQUIATRICO HOSPITALIZADO.
(Instrumento obtenido)

	\bar{X}	ds
1.-Un buen enfermero trata igual a todos los pacientes.	6.35	0.10
2.-Los hospitales psiquiátricos son lugares que sirven para que los enfermos puedan desahogarse.	5.14	2.27
3.-Le interesa mucho a su Dr.	6.28	1.20
4.-La mayoría de los pacientes quieren estar solos.	3.70	2.50
5.-Quisiera saber qué es lo que tiene que hacer para salir de este hospital.	6.07	1.55
6.-Los únicos tratamientos buenos que los pacientes reciben en este lugar son las pastillas, las inyecciones y (el electroshock).	5.15	2.27
7.-Aquí hay dos clases de pacientes: las personas normales que han sufrido un ataque de nervios y la gente realmente loca.	4.35	2.47
8.-A veces pierde el control de sus sentimientos.	5.95	1.66
9.-Si un paciente cumple con sus obligaciones aquí, se curará.	6.21	1.55
10.-Un buen enfermero es el que siempre está alegre y de buen humor con los pacientes.	4.60	2.66
11.-Muchos de los pacientes podrían salir rápido de aquí, si quisieran.	5.95	1.68
12.-El día que salga de este hospital, sabrá que está bien.	5.95	1.70
13.-La mayoría de los Drs. de aquí, ayudan rápido a los pacientes y los animan.	3.16	2.40
14.-Lo mejor que el hospital puede hacer por Ud. es hacerle sentir como se sentía antes de su ataque de nervios.	6.51	1.05
15.-Los enfermeros se pasan el tiempo ocupándose de algunos pacientes que les caen bien.	5.33	2.21
16.-Para que un paciente sepa como sigue de salud, debe guiarse por lo que le dice su Dr.	6.28	1.42

Continuación...	X	ds
17.-Cuando un paciente está enfermo, es muy difícil para él, vivir con pacientes tan diferentes,	6,53	0,91
18.-Cuando ve a su Dr. siente que debe causarle una buena impresión.	5,44	2,05
19.-Para llegar a sentirse bien, tendrá que sentir que ha cambiado mucho dentro de Ud.	3,28	2,56
20.-Su Dr. espera demasiado de Ud.	4,49	2,60
21.-Si un paciente se sentía mal antes y ahora se siente mejor, no tiene caso preguntarle porqué se sentía mal antes.	2,98	2,50
22.-Si un enfermero hace chistes y bromas con los pacientes, le perderán el respeto.	5,05	2,46
23.-Muchos pacientes dicen que les gusta este lugar, pero en realidad lo odian.	3,58	2,57
24.-La obligación principal de enfermeros y ayudantes, es la de cuidar que los pacientes mantengan el orden.	3,77	2,63
25.-Los talleres de terapia ocupacional, los deportes y esas cosas, son maneras de no aburrirse aquí, pero ayudan muy poco a que los enfermos se curen.	4,98	2,46
26.-Cualquier paciente que ande hablando por todas partes de sus problemas personales, debe estar muy enfermo.	4,26	2,66
27.-La mejor manera en que los pacientes pueden ayudarse entre sí, es no hablar una sola palabra sobre sus problemas personales.	5,93	1,75
28.-Su Dr. se preocupa mucho por sus problemas.	4,93	2,54
29.-Si una persona tiene problemas, vivir entre enfermos mentales, le hará sentirse más mal.	4,37	2,56
30.-Lo que más necesita es que la gente sea estricta con Ud. y le evite que se meta en problemas.	5,02	2,21
31.-Este hospital puede ayudar a algunos pacientes, pero algunos se van sin ninguna mejoría.	6,02	1,80
32.-Desearía Ud. que su Dr. le diera más consejos y orientación.	4,65	2,47

Continuación...	\bar{X}	ds
33.-Si un paciente está alegre y no se queja de las cosas que está sano de nuevo,	6.16	1.45
34.-Se siente más agusto en el hospital cuando conoce exactamente las reglas y lo que supone que debe hacer en cada momento,	3.84	2.64
35.-Frecuentemente hace cosas que sabe que no debería de hacer, pero no puede evitarlo.	3.74	2.70
36.-Le molesta ver a los enfermeros sentados y platicando, cuando deberían estar atendiendo a los enfermos.	6.33	1.37
37.-Un buen Dr. se esfuerza mucho por descubrir las cosas que el paciente no quiere decir.	5.63	2.01
38.-Aquí hay muchos pacientes que siempre quieren salirse con la suya, con todo lo que pueden.	3.63	2.62
39.-La mayor parte del trabajo que los pacientes hacen aquí ayuda más al hospital, que a los pacientes mismos.	2.63	2.35
40.-Le molesta la manera en que los enfermeros le observan y vigilan lo que hace.	3.46	2.70
41.-Este hospital es como una cárcel, que sirve para mantener encerrada a la gente.	4.74	2.58
42.-Una persona mentalmente sana es aquella a la que todos quieren y aprecian.	6.42	1.03
43.-Su Dr. es muy bueno y amable.	3.70	2.72

PROCEDIMIENTO DE CALIFICACION DEL INSTRUMENTO
FACTORIAL OBTENIDO: "Cuestionario de las Con-
cepciones del Rol del Paciente Psiquiátrico
Hospitalizado".

El Cuestionario de las Concepciones del Rol del Pa-
ciente Psiquiátrico Hospitalizado, es una modificación del
instrumento de Levinson y Gallagher (1971) que al ser uti-
lizado en la presente investigación, sufrió diversos cam-
bios; tanto en el estilo de redacción de algunos reactivos,
como a nivel metodológico (aplicación, muestra, procesa-
miento de la información, etc.).

El instrumento resultante, quedó constituido por 43 reactivos (ver instrumento obtenido).

Factorialmente quedó formado por doce factores (ver cuadros 2.3 y 2.3.1-2.3.12).

CALIFICACION:

El puntaje crudo de cada reactivo va desde un punto para totalmente en desacuerdo, hasta siete puntos para totalmente de acuerdo.

Para calificar a los Sujetos en los doce factores obtenidos, se procede a obtener los puntajes z de cada Sujeto, en cada reactivo y en cada factor; como se menciona a continuación:

$PC_{iI} - \bar{X}_{iI} / ds_{iI}$ (carga factorial_{iI}) + $PC_{jI} - \bar{X}_{jI} / ds_{jI}$ (car-
 ga factorial_{jI}) + ... $PC_{nI} - \bar{X}_{nI} / ds_{nI}$ (carga factorial_{nI})
 = CFI. Y así para cada uno de los factores.

CFI = calificación factor I

PC_{iI} = puntaje crudo del reactivo i del factor I

PC_{jI} = " " " " j " " "

PC_{nI} = " " " " n " " "

\bar{X}_{iI} = media del reactivo i del factor I

\bar{X}_{jI} = " " " j " " "

\bar{X}_{nI} = " " " n " " "

ds_{iI} = desviación estándar del reactivo i del factor I

ds_{jI} = " " " " j " " "

ds_{nI} = " " " " n " " "

DATOS OBTENIDOS DEL EXPEDIENTE
CLINICO Y DEL PSIQUIATRA,

EDAD:

SEXO:

EDO. CIVIL:

RELIGION:

DATOS SOBRE SU OCUPACION ANTES DEL INGRESO:

INGRESOS:

TIPO DE VIVIENDA:

COLONIA:

LUGAR DE ORIGEN:

RELACIONES FAMILIARES:

DX:

ESTADO CLINICO:

FECHA DE INGRESO:

MOTIVO:

INICIO DEL PADECIMIENTO:

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

TIPO DE TRATAMIENTO:

SI ES PRIMERA VEZ QUE SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO (EN CASO NEGATIVO,
CUANTAS VECES Y EN QUE HOSPITALES):

EN EL CASO DE LOS DEL ISSSTE, TIEMPO DE INCAPACIDAD:

EVOLUCION:

PRONOSTICO:

OBSERVACIONES:

DATOS SOLICITADOS AL PACIENTE EN LA PRIMERA
ENTREVISTA.

EDAD:

EDO. CIVIL.

RELIGION:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

INGRESOS:

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

LUGAR DE ORIGEN:

INICIO DEL PADECIMIENTO:

TIPO DE HOSPITALIZACION (SI FUE O NO VOLUNTARIA):

BIBLIOGRAFIA,

ALMOND, R., KENSTON, K. and BOLTAX, S. "The Value System of a Mileu Therapy Unit". Arch. Gen. Psychiat, Vol. 19, Noviembre 1968.

BASTIDE, R. Sociología de las Enfermedades Mentales. México: Siglo XXI, 1979.

BECKER, H. Los Extraños. Sociología de la Desviación. Argentina: Tiempo Contemporáneo, 1971.

BRAUNSTEIN, N., et al. Psicología, Ideología y Ciencia. México: Siglo XXI, 1978.

Buró de Investigaciones Mercadotécnicas para el D. F. y Edo. de México. 1982.

CALDERON, G. Salud Mental Comunitaria. Un Nuevo Enfoque de la Psiquiatría. México: Trillas, 1981.

CANGUILHEM, G. Lo Normal y lo Patológico. México: Siglo XXI, 1979.

IX Censo General de Población 1970.

CLAUSEN, J. Mental Disorders. en Merton y Nisbert. Contemporary Social Problems. New York: Harcourt, Brace y World, Inc., 1966.

CLINARD, M. Sociology of Deviant Behavior. Holt Rinehart and Winston. Inc., 1974.

DEUTSCH, M. y KRAUSE, R. Teorías en Psicología Social. México: Paidós, 1983.

MARCOS, S. et al. Dossier México: Alternativas a la Psiquiatría. México: Nueva Sociología, 1982.

FOUCAULT, M. Historia de la Medicalización. Educación Médica Y Salud. OPS. Vol. 11, No. 1, 1977.

FUENTE, R. de la. La Salud Mental en México. Salud Mental. C.M.E.F. Vol. , No.1, Agosto 1977. México.

GARZA, M.A. Manual de Teorías de Investigación. México: Colegio de México, 1981.

GOFFMAN, E. Internados. Ensayos sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1981.

GUINSBERG, E. Sociedad, Salud y Enfermedad Mental. Puebla: Escuela de Filosofía y Letras. Universidad Autónoma de Puebla, 1976.

GUILFORD, F. Psychometric Methods. 1969

HARMAN, H. Modern Factor Analysis. Chicago: The University of Chicago Press, 1976.

HOLLINGSHEAD, A. y REDLICH, F. Social Stratification and Psychiatric Disorders. American Sociological Review. Vol. 18: 163-169, 1983.

KERLINGER, F. Investigación del Comportamiento. Técnica y Metodología. México: Interamericana, 1983.

KERLINGER, F. Enfoque Conceptual de la Investigación del Comportamiento. México: Nueva Editorial Interamericana, 1979

LAURELL, A. La Salud-Enfermedad como Proceso Social. Revista Latinoamericana de Salud. No.2. México: Nueva Imagen, 1982.

LEVINSON, D. y GALLAGHER, E. Sociología del Enfermo Mental. Buenos Aires: Amorrortu, 1971.

LEVINSON, D. Role, Personality and Social Structure in the Organizational Setting. Ponencia presentada en la Reunión de la American Sociological Association, 1957.

Ley del ISSSTE, 1983.

LINTON, R. The Cultural Background of Personality. New York: Appleton-Century-Crofts, 1945.

MENENDEZ, E. Cura y Control Mental. México: Nueva Imagen, 1979.

Ministerio de Salud Pública. Concepto de Salud y Medicina de Acuerdo al Concepto de Ser Biopsicosocial. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana. Tomo I, 1974. Cuba.

MOFFATT, A. Psicoterapia del Oprimido. Ideología y Técnica de la Psiquiatría Popular. Buenos Aires: Librería ECRO, 1975.

- MOSCOVICI, S. Psicología de las Minorías Activas. Madrid: Morata, 1981.
- NEIMAN, L. y HUGHES, J. The Problem of the Concept of Role. A Resurvey of the Literature. Social Forces, 1952.
- NEWCOMB, T. Manual de Psicología Social. Tomo II. Argentina: Endeba, 1976.
- ORTIZ, F. La Crisis del Modelo Biomédico. Primera Parte. Diario UnoMásUno. México, D.F., agosto 10 de 1983, Año VI, No. 2066.
- PREDVECHNI, G. et al. Psicología Social. Buenos Aires: Ciencias del Hombre, 1977.
- PRONKO, N. Textbook of Abnormal Psychology. Baltimore: Williams and Wilkms, 1963.
- PUCHEU, C. Investigación en Psiquiatría. Reflexiones sobre sus Modelos. Salud Mental. IMP. Vol. 6, No.3, Otoño 1982. México.
- SARBIN, T. and ALLEM, V. Role Theory. en Lindzey and Aronson. The Handbook of Social Psychology. Vol. IV. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing, Co. Inc., 1969.
- SCHEFF, T. El Rol del Enfermo Mental. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
- SOMOLINOS, G. Historia de la Psiquiatría en México. México: SepSetenta, 1976.
- SZASZ, T. La Fabricación de la Locura. Barcelona: Kairós, 1981.

SZASZ, T. La Fabricación de la Locura.
Barcelona: Kairós, 1981.

S.S.A., D.G.S.M. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Al-
varez, 1974.

TORREGROSA, J. Teoría e Investigación en la Psicología So-
cial Actual. Madrid: Instituto de la Opinión Pública, 1974.

VALENCIA, M. Utilidad de las Escalas de Ajuste y Desajuste
Psicosocial en la Práctica Clínica Institucional. Tesis
para obtener el título de maestro en psicología clínica.
Fac. de Psicología, UNAM. México, 1980.

VALENCIA, M. y cols. Desarrollo de un Esquema Teórico para
Evaluar el Funcionamiento Psicosocial: Integración de Sis-
temas y Elaboración de Conceptos. En consideración para
publicación, Salud Mental, IMP. México, 1985.

VALENCIA, M. Un Programa de Tratamiento Psicosocial Para Pacientes Psi-
cóticos Agudos Hospitalizados. Tesis para obtener el grado de doctor
en psicología clínica. Fac. de Psicología, UNAM. México, 1984.

M - 0032953