91
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"LA FILOSOFIA DE VIDA EN FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS CRONICOS PROBLEMA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTADA POR:

GABRIELA ESTHER ESPINOSA MENDOZA

DIRECTOR: DR. HECTOR LARA TAPIA

ASESOR: MTRA. AMALIA MAZA AGUIRRE

MEXICO D. F. 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Al Programa de Becas Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" por las facilidades prestadas para la realización de esta investigación.

A mis padres por todo el apoyo que me brindaron a lo largo de mi desarrollo profesional.

Al Dr. Héctor Lara Tapia por toda su ayuda, paciencia y valiosa dirección que me brindó a lo largo de la preparación y curso de mi tesis.

Un reconocimiento especial al Dr. Rogelio Díaz Guerrero quien amablemente me proporcionó material y orientación para el estudio.

A Fabiancito, Angelito y Gerardito por su amistad y su apoyo incondicional, de no ser así que la universidad se los reclame.

Al Big Team que hizo más agradable mi estancia compartiendo todos aquellos momentos en los cuales siempre el apoyo fue mutuo (en especial a mis compañeros de pabellón, Irma, Luz Ma. y el Psicóbolo Pablo).

Y por último un agradecimiento afectuoso a Nora y Rocío por sus atenciones desinteresadas para la realización de la presente investigación.

INDICE

Resumen..... 1

Introducción..... 3

Capítulo I.
Rehabilitación Psicosocial.

1.1 Concepto de rehabilitación..... 6
1.2 Historia de la rehabilitación..... 8
1.3 Antecedentes de la Rehabilitación Psicosocial..... 10
1.4 Principios básicos de la Rehabilitación Psicosocial..... 12
1.5 Intervenciones básicas de la Rehabilitación Psicosocial..... 14

Capítulo II.
Adherencia terapéutica.

2.1 Concepto de adherencia terapéutica..... 19
2.2 Sistema de salud..... 20
2.3 Relación terapeuta-paciente..... 21
2.4 Estilo de vida..... 22
2.5 El psicólogo como profesional de la salud..... 22
2.6 Procesos cognoscitivos..... 23
2.7 Factores sociológicos..... 24
2.8 Factores psicológicos..... 25
2.9 Factores fisiológicos..... 25
2.10 Factores predictores en la adherencia terapéutica..... 26

Capítulo III.
Premisas Socioculturales.

3.1 La sociocultura y la premisa sociocultural..... 29
3.2 Dicotomía activo-pasiva..... 34

Capítulo IV.
Cuestionario "Filosofía de Vida".

4.1 Desarrollo del cuestionario..... 41
4.2 Forma de calificar el cuestionario "Filosofía de Vida"..... 51

Capítulo V.
Metodología.

5.1 Planteamiento del problema..... 59
5.2 Objetivo..... 59
5.3 Pregunta de investigación..... 59
5.4 Hipótesis..... 59
5.5 Variables..... 60
5.6 Definición conceptual de variables..... 60
5.7 Definición operacional de variables..... 61
5.8 Población y sujetos..... 62
5.9 Muestra..... 63
5.10 Tipo de estudio..... 63
5.11 Diseño..... 63
5.12 Instrumento..... 64
5.13 Procedimiento..... 64
5.14 Análisis estadístico de datos..... 64

Capítulo VI.
Resultados.

6.1 Datos sociodemográficos..... 67
6.2 Datos de evolución y clínicos..... 73
6.3 Datos del Cuestonario "Filosofía de Vida"..... 77

Discusión..... 79

Conclusión..... 85

Sugerencias y limitaciones..... 88

Bibliografía..... 90

Anexo..... 96

RESUMEN.

Uno de los factores considerados como causales de problemática de adherencia terapéutica en pacientes psiquiátricos crónicos que han sido hospitalizados en varias ocasiones, observado con base en su evolución, es la excesiva tolerancia que tienen en su hogar los familiares en presencia de un brote psicótico agudo, permaneciendo en estas condiciones por períodos prolongados de tiempo hasta que presentan conductas agresivas auto o heterodirigidas. Por lo que se considera que esta situación corresponde a un patrón sociocultural de confrontación del estrés de tipo pasivo, razón por la que se estudiaron estas actitudes frente a la vida en dos grupos de familiares de pacientes psiquiátricos, 30 con buena adherencia terapéutica y 30 con adherencia terapéutica deficiente.

Se consideraron las características sociodemográficas de los familiares y las características clínicas y de evolución de los pacientes.

Se aplicó un Protocolo de Rehabilitación Psicosocial y el Cuestionario "Filosofía de Vida" descrito por el Dr. Rogelio Díaz Guerrero.

Los datos obtenidos fueron analizados a través de un análisis de frecuencias y las pruebas estadísticas U de Mann-Whitney y Chi- cuadrada.

Los resultados sociodemográficos mostraron una población adulta mayor, de nivel socioeconómico bajo y con escolaridad de primaria completa.

Con respecto a los datos de evolución parcial de la enfermedad se obtuvo que para los pacientes psiquiátricos con adherencia terapéutica deficiente, la enfermedad con mayor cronicidad fueron los Trastornos Esquizofrénicos (143 días) existiendo una diferencia estadísticamente significativa con respecto al

grupo de buena adherencia terapéutica y en donde el trastorno con mayor evolución parcial fue el Trastorno Afectivo Bipolar (183 dias).

En relación al Cuestionario "Filosofía de Vida" los resultados no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos, los cuales tienen un patrón global que obedece a las premisas socioculturales, exceptuando uno (Factor 4), el cual difiere debido a un patrón psicopatológico.

INTRODUCCION.

Durante las últimas dos décadas, la Rehabilitación Psicosocial ha ido obteniendo prominencia como una modalidad terapéutica muy importante en la atención de pacientes con enfermedades mentales crónicas, constituyendo una aproximación terapéutica para el cuidado integral de estos enfermos. Con el objeto de conocer las características clínicas, psicosociales, psicológicas y psicobiológicas de los enfermos psiquiátricos que tienden a la cronicidad se ha desarrollado en la División de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" un programa de Rehabilitación Psicosocial con objeto de desarrollar programas preventivos, terapéuticos y de rehabilitación en un enfoque de atención integral (Torres Ruíz y Lara Tapia 1996)

En la Rehabilitación Psicosocial es posible encontrar los recursos para el individuo y la comunidad que facilitan la reintegración de los inhabilitados a su ambiente en la mejor de sus condiciones físicas y psíquicas. Sin embargo, existen factores que influyen de manera negativa en la evolución de los padecimientos y que limitan o no permiten concluir los programas de rehabilitación (Lamas y Arciniega, 1967).

Uno de los factores causales de dicha situación es la adherencia terapéutica deficiente, dentro de la cual se puede mencionar la suspensión del medicamento, las frecuentes recaídas y la inasistencia a las consultas.

En la presente investigación se considera que la falta de adherencia terapéutica, entre otras cosas, es producto de un patrón sociocultural de confrontación del estrés. Considerando que los valores, creencias, costumbres y actitudes forman parte de la filosofía general de vida del mexicano y de sus estilos de enfrentamiento al estrés.

Esta forma de la sociocultura de enfrentarse a la diaria problemática que plantea la vida, ya sea en el estilo activo o en el pasivo (Díaz Guerrero, 1996) explica la excesiva tolerancia que tienen los familiares de los pacientes psiquiátricos en su hogar, permaneciendo en estas condiciones por periodos prolongados de tiempo hasta que los pacientes presentan conductas agresivas auto o heterodirigidas.

Por lo que, se considera que el estudio de los factores socioculturales dentro de un contexto de atención médica proporcionan mayor conocimiento acerca del tipo de población que asiste a una institución hospitalaria, influyendo en el reforzamiento de programas de Educación para la Salud incluídos en un Programa de Rehabilitación Psicosocial.

En el primer capítulo se abordan los antecedentes e historia de la Rehabilitación Psicosocial.

El capítulo segundo trata de la definición y factores que intervienen en la adherencia terapéutica.

En los capítulos tercero y cuarto se exponen las bases teóricas de la presente investigación, así como el desarrollo y calificación del Cuestionario "Filosofía de Vida".

En el capítulo quinto se presenta el marco metodológico y en el capítulo sexto se señalan los resultados obtenidos.

En los siguientes apartados se encuentran la discusión y conclusión, así como, sugerencias y limitaciones de la presente investigación.

Capítulo I.

REHABILITACICN PSICOSOCIAL.

1.1 Concepto de rehabilitación.

Cuando un paciente ingresa en un centro hospitalario, se enfrenta a la pérdida de ciertas capacidades sociales, por la restricción de algunas variables en relación con la sociedad normal, la desaparición de determinados procesos ordinarios de interacción con la familia y el trabajo, así como la limitación de sus actividades. Además de tener como consecuencia que la internación resulte para el paciente más traumática que terapéutica.

Sir Aubrey Lewis (en Córdova, 1976) señaló "que el tratamiento de un paciente depende más de su familia, sus empleadores y la actitud de la comunidad hacia él, que de las drogas y la psicoterapia que reciba. Por lo que, los estudios preventivos deben considerarse en tres grupos: primarios, cuando se trata de evitar directamente el desarrollo de una condición morbosa; secundarios, cuando se desea impedir que una enfermedad incipiente devenga inveterada y terciarios, cuando se aspira a reducir la cantidad de dificultades o la incapacidad de enfermedades crónicas o persistentes".

La prevención primaria depende del reconocimiento y control de las causas que originan las enfermedades.

La prevención secundaria se refiere al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

La prevención terciaria es llamada rehabilitación (Córdova, 1976).

La rehabilitación tiene por objetivo después de tratar el periodo agudo de la enfermedad, el reincorporar al individuo a la comunidad, ya sea a su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible

para su rápida recuperación. Se inicia en el hospital y debe ser continuado fuera de éste, por medio de programas de supervisión preventiva o de seguimiento del estado de salud a fin de favorecer el desarrollo de las potencialidades del paciente en las áreas vocacional, educativa, laboral, recreativa y ocupacional, las cuales implican distintas formas de resocialización del enfermo mental (Pucheu, 1981).

Freeman y Simmons (1963; en Pucheu, 1981) señalan que el paciente rehabilitado de una manera efectiva es aquel que puede vivir en un ambiente no médico, a un nivel de rendimiento ocupacional y social comparable al de otros adultos de la comunidad. Maxwell Jones (1952; en Pucheu, 1981) entiende por rehabilitación el intento de proporcionar al paciente los medios para su mejor desempeño en la comunidad, que le permitan llevar a cabo el mayor número de actividades compatibles con su personalidad y con los intereses para los cuales está capacitado. Para Barton (1961; en Pucheu, 1981) tanto el tratamiento como la rehabilitación deben ser llevados a cabo desde el principio en forma simultánea, ya que el tratamiento se orienta hacia los problemas primarios, en tanto que la rehabilitación enfatiza el empleo de capacidades vocacionales que disminuyan las deficiencias y superen el impedimento.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) "la rehabilitación, es un término que se aplica a los impedidos físicos y mentales, y consiste en el uso racional de procedimientos de validismo, como son las medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales, que tienen por objeto adiestrar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo, de acuerdo con sus posibilidades reales, a los niveles más altos de capacidad funcional".

1.2 Historia de la rehabilitación.

La rehabilitación psiquiátrica tuvo sus inicios en el siglo XV en Valencia, España al ser los médicos de esta ciudad los primeros en eliminar las cadenas e implantar un tratamiento ético que consistia en ejercicios libres, juegos, entretenimiento, higiene, etc. Es hasta finales del siglo XVIII que en Francia con la obra del Dr. F. Pinel se devuelve la libertad corporal a los pacientes.

Pinel pensaba que "los enfermos mentales, lejos de ser delincuentes dignos de castigo, son personas enfermas, cuyo estado miserable merece toda la consideración que se le debe a la humanidad doliente" De esta manera, se introduce el concepto de que el paciente mental era un enfermo y no un "endemoniado".

Posteriormente, G. Ferrus continuó con el trabajo de Pinel introduciendo la "terapia por trabajo" extendiéndose estas nuevas reformas por el resto de Europa y Norteamérica; siendo en Rusia después de la Revolución Socialista donde se estableció por primera vez un sistema sociolaboral de los enfermos mentales (Córdova, 1976).

En México en el siglo XVI se funda el Hospital de San Hipólito para alojar enfermos, ancianos y enajenados mentales. Tiempo después en el año de 1700 José Sáyago apoyado por la Congregación del Divino Salvador erige el Hospital de la Canoa para enfermas mentales.

A principios del siglo XX se inaugura en el año de 1910 el Manicomio General; sin embargo al correr los años, éste resulta insuficiente y en el año de 1944, se funda la Granja de Recuperación para enfermos mentales de León, Guanajuato. Este

concepto de Hospital Granja viene a modificar el sistema manicomial de tipo carcelario, ya que ahora el nuevo establecimiento tiene puertas abiertas.

Se da especial importancia a la terapia ocupacional, mediante la cual el paciente se adapta a las normas de la vida social, a los hábitos de trabajo, a la responsabilidad personal y a la conviviencia pacifica. La terapia recreativa es también estimulada, de tal forma que, dentro de la comunidad, el enfermo trabaja, produce, consume, se divierte y descansa; al mismo tiempo recibe todos los beneficios de la terapéutica psiquiátrica.

El éxito alcanzado por este primer hospital granja dió origen a la aparición de seis nuevos hospitales de este tipo, construidos por la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

En el año de 1964 se termina en Tlalpan, el Instituto Nacional para las Enfermedades Nerviosas y la Investigacion Cerebral (actualmente el Instituto Nacional de Neurologia y Neurocirugia "Manuel Velasco Suárez"). Dispone de todos los recursos modernos para la atención de enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y psiquiátricos (Calderón, 1970).

Por lo que, es posible afirmar, en base a todo lo anteriormente expuesto que de cierta manera los cambios históricos de la psiquiatria responsables del nuevo interés por la rehabilitación son:

a) El fenómeno de la desinstitucionalización.
b) El desarrollo de una concepción comunitaria de la asistencia psiquiátrica.

c) El aumento de la conciencia de los derechos de los usuarios de parte de éstos, los familiares, técnicos y politicos. Fenómeno que se puede medir perfectamente con la constatación de las reformas legislativas en muchos paises.

d) La cronificación de las enfermedades mentales, en muchos casos debido al institucionalismo (Saraceno, 1992).

1.3 Antecedentes de la Rehabilitación Psicosocial.

Durante las últimas dos décadas, la Rehabilitación Psicosocial ha ido obteniendo prominencia como una modalidad terapéutica muy importante en la atención de pacientes con enfermedades mentales que tienden a la cronicidad

En paises desarrollados, esta intervención ha mostrado sus efectos positivos poniendo de manifiesto una evolución de la enfermedad mas favorable, mayores indices de mejoria y menos recaidas, que en los pacientes atendidos en formas más convencionales.

A nivel internacional dentro de los tratamientos psicosociales realizados en pacientes psicóticos se encuentra el estudio realizado por Sir Aubrey Lewis (en Córdova, 1976) en el Departamento de Psiquiatria de la Universidad de Londres donde se comprobó que mientras mayor es el tiempo que un esquizofrénico está en el hospital, menor será su deseo de abandonarlo y sus planes para vivir y trabajar fuera de éste se harán más irreales cada vez. Por el contrario si estos pacientes son admitidos por una unidad de rehabilitación sus actitudes hacia el trabajo y sus planes pueden ser considerablemente mejorados. Como se demostró en un experimento realizado con un grupo de hombres esquizofrénicos

crónicos, moderadamente incapacitados, con menos de 45 años de edad, que fueron incorporados a la unidad de rehabilitación, un año más tarde más de la mitad se mantenia en un trabajo corriente y remunerado. En otro experimento realizado con 45 hombres mayores, también esquizofrénicos cronicos que habian estado durante años en el hospital, 20 de los mismos habian sido empleados fuera del hospital, un año después de haber sido enviados a una unidad rehabilitadora (Córdova, 1976).

Wing y Brown (1970; en Valencia, 1988) en su estudio realizado en tres hospitales demostraron el impacto que un simple programa de estimulación psicosocial puede tener al reducir el nivel de pobreza clinica (apatia, aislamiento social, etc.) en un grupo de pacientes esquizofrenicos.

A nivel nacional se encuentra la investigación realizada por Valencia (1988) en el Instituto Mexicano de Psiquiatria en donde se llevó a cabo un tratamiento de tipo psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados durante cuatro semanas, cuyo objetivo consistió en que los pacientes desempeñaran satisfactoriamente sus roles ocupacionales, sociales, familiares, etc., tanto en el hospital como en la comunidad. Las áreas de tratamiento fueron: autocuidado, control de síntomas y medicamentos, habilidades sociales, orientación ocupacional, orientación familiar y actividades recreativas y deportes. Se encontró que los pacientes que participaron en el programa de tratamiento psicosocial lograron mayores mejorias que los pacientes del grupo control, en sintomatologia y funcionamiento psicosocial, durante su estancia en el hospital, asi como en su funcionamiento post-hospitalario. De la misma forma los pacientes experimentales presentaron un menor nivel de recaídas durante el seguimiento comunitario de seis meses en comparación con los pacientes controles.

Por lo tanto, se puede considerar que dentro de la rehabilitación existe un trabajo inherente en cada individuo a participar al máximo de sus capacidades dentro de la sociedad y ser lo más autosuficiente que sea posible. A pesar de que el paciente haya sufrido un deterioro de sus facultades mentales y sociales, tiene el derecho de volver a integrarse como persona a la sociedad y de que se le devuelva su dignidad y utilidad en el mundo de sus semejantes (Pucheu, 1981).

1.4 Principios básicos de la Rehabilitación Psicosocial.

Según Saraceno (1993) las estrategias de la Rehabilitación Psicosocial deben ser orientadas hacia el engrandecimiento de las habilidades sociales de los pacientes y a la activación de los recursos de la comunidad, los cuales vinculan la atención a un número de tópicos tales como los derechos civiles y humanos, reformas legislativas, hospitales psiquiátricos, organizaciones flexibles de los servicios de salud mental, involucramiento de los pacientes y sus familias y políticas activas de alojamiento y empleo.

En otras palabras, se puede decir que la rehabilitación es un proceso de restitución, reconstrucción y construcción de los derechos políticos, legales y sociales de cada ciudadano.

De donde se desprende que los principios básicos de la rehabilitación psicosocial sean:

1. La rehabilitación psicosocial es un grupo de procesos que ayudan a disminuir la discapacidad y desventaja, las cuales son producidas por la enfermedad mental.

2. Los procedimientos de la rehabilitación psicosocial están orientados a la promoción de las competencias cognitivas y emocionales de las personas discapacitadas.

3. Los procedimientos de la rehabilitación psicosocial están orientados a la activación de los recursos humanos y materiales que estén disponibles para las personas discapacitadas. El cuidado de la enfermedad mental (derecho de los pacientes, calidad de vida, oportunidades vocacionales, etc.) pueden ser llevados a cabo por la comunidad. El cuidado basado en la comunidad es capaz de identificar los recursos que de otra manera permanecerían ocultos y no serían adecuadamente activados.

4. Los escenarios sociales y los establecimientos institucionales donde se practica la rehabilitación psicosocial son los principales determinantes para la adopción de las estrategias operacionales.

5. La rehabilitación psicosocial no sólo es la adopción de un modelo técnico, sino de todas las acciones que sean capaces de orientar favorablemente las determinantes principales involucradas en la evolucion de la persona discapacitada.

6. Las necesidades de la investigación deben ser desarrolladas en los programas de rehabilitación psicosocial con el objeto de mejorar el conocimiento de las determinantes que sean factores de riesgo y de buena evolución.

7. La escasez de los recursos frecuentemente no impide que un servicio de salud mental obtenga excelentes resultados.

8. La prevención de la enfermedad mental en la comunidad y la rehabilitación psicosocial no pueden sólo ser una actividad psiquiátrica, sino que deben servir también como una promoción política de la salud mental. La asunción de responsabilidades que involucren a toda la comunidad con referencia a las discapacidades y desventajas derivadas de la enfermedad mental es una forma de prevención.

1.5 Intervenciones básicas de la Rehabilitación Psicosocial.

Hasta las últimas décadas las personas con enfermedad mental eran percibidas como personas con discapacidad. En el pasado, las teorías y prácticas profesionales de la salud mental se preocupaban por la salud mental como una forma de deterioro, ignorando los efectos de discapacidad producidos a largo plazo. Ahora la enfermedad mental es percibida como una desventaja más incapacitante que la enfermedad física.

Así como hay obvias diferencias entre las personas con discapacidades físicas y personas con discapacidades psiquiátricas, también hay muchas similitudes importantes, las cuales permiten que la rehabilitación física sea usada como metáfora.

Las personas con discapacidades físicas y las personas con discapacidades psiquiátricas necesitan un rango amplio de servicios, frecuentemente por periodos extensos de tiempo, ya que ambos exhiben desventajas en la ejecución de roles tales como trabajador o estudiante, y ambos pueden o no tener una recuperación total de sus impedimentos (Anthony, Cohen y Farkas, 1990; en Anthony, 1993).

La metáfora de la rehabilitación psicosocial se refiere a que una vez que las personas con enfermedad mental son percibidas como personas con discapacidades, entonces el campo de la rehabilitación física puede ser usado como una metáfora de la rehabilitación psicosocial. La ventaja de esta metáfora es que es más apta para promover el entedimiento a diferencia de una definición o lista de conceptos. La imagen más creible y comprensible de este campo de la rehabilitación física puede ser usado para explicar las intervenciones básicas en la rehabilitación psicosocial:

1. Que la persona discapacitada desarrolle habilidades y

2. Que desarrolle soportes en su medio ambiente comunitario (Saraceno, 1993).

Las intervenciones que tienden a mejorar tanto las habilidades de las personas, así como el ambiente son el doble enfoque de la rehabilitación (Wright, 1980; en Anthony, 1993).

El enfoque sobre el cambio de las habilidades de las personas involucra típicamente a las personas que desarrollan habilidades específicas que ellos necesitan, con el objeto de vivir e interactuar de una manera más efectiva en sus ambientes.

El enfoque sobre el cambio del medio ambiente típicamente involucra la modificación del ambiente para dar apoyo al individuo (Anthony, Cohen y Farkas, 1990; en Anthony, 1993).

La rehabilitación psiquiátrica se basa en las habilidades de las personas, no en los síntomas, relacionándose más con los resultados de la rehabilitación (Anthony y Nemec,1984; en Anthony, 1993). Además, la investigación sobre rehabilitación

ha mostrado repetidamente que las personas con discapacidades psiquiátricas aprenden una variedad de habilidades fisicas, emocionales e intelectuales a pesar de su sintomatologia. Cuando estas habilidades son adecuadamente integradas con apoyo, la persona puede ponerlas en práctica en la comunidad (Anthony y Liberman, 1986; Dion y Anthony, 1987; en Anthony, 1993).

Es alrededor de todos estos acontecimientos que han venido estructurándose los modelos teóricos de la rehabilitación:

1. Modelo de entrenamiento en habilidades sociales.- Se trata como se sabe de modelos de origen conductista orientados a reforzar el desenvolvimiento de las habilidades sociales: autogestión, autoayuda, conducción del espacio residencial y actividades laborales (Anthony y Liberman, 1986; Farkas, 1988; Liberman, 1986; en Saraceno, 1992).

2. Modelo de reforzamiento de comportamientos socialmente competentes.- Se trata de programas individuales en el área de las competencias habitacionales, laborales, del aseo y presentación personal, de las relaciones familiares y sociales (Spivak, 1987; en Saraceno 1992).

3.Modelos psicoeducacionales.- Este modelo hace uso de técnicas psicoeducativas orientadas a aumentar el conocimiento en los familiares de los pacientes, a disminuir las emociones expresadas y disminuir asi las recaídas. Terapias familiares, entretenimiento de padres, solución de problemas, cursos profesionales, constituyen el paquete heterogéneo de intervenciones técnicas que conforman este modelo (Fallon, 1982; Hogarthy, 1987; en Saraceno, 1992).

4. Modelo de Ciompi.- Se trata de una estrategia rehabilitadora centrada en los conceptos clave de las "expectativas" de los trabajadores y del concepto de "hipo

o hiper estimulación", considerados ambos como potentes determinantes del resultado (Ciompi, 1987; en Saraceno, 1992).

Capítulo II.

ADHERENCIA TERAPEUTICA.

2.1 Concepto de adherencia terapéutica.

La adherencia terapéutica es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas (Puente, 1984).

Becker y Maiman (1975; en Puente, 1984) conciben la adherencia terapéutica como el resultado de la interacción entre las motivaciones para la salud del individuo, el valor percibido al reducir la amenaza de una enfermedad especifica y la probabilidad de que el cumplimiento del esquema terapéutico reduzca esa amenaza. Otros autores hablan del grado de consonancia surgido de la diferencia entre el consejo terapéutico y los valores, creencias, costumbres y actitudes del paciente, que condicionan su aceptación. De esta manera, la relativa magnitud del grado de consonancia, resultante de la disyuntiva entre observar una adherencia completa o no, será un factor para el calculo de la probabilidad de adherencia (Davis, 1967; en Puente, 1985).

La mayoria de los problemas de salud están claramente precedidos por o relacionados con comportamientos que han estado presentes durante mucho tiempo. A veces estos comportamientos emergen de una simple ignorancia sobre algunos hechos o principios relativamente sencillos que afectan a la salud. Otro tipo de comportamientos que promueven el deterioro de la salud parecen estar relacionados con una reducida disponibilidad social de condiciones de vida más sanas. Un tercer grupo de comportamientos están afectados por un efecto de interferencia de algunas creencias culturales. En ocasiones éstas interactúan con una actitud pasiva y receptiva hacia los servicios de salud ofrecidos por el estado, mismo que a veces se percibe como paternalista (Sánchez Sosa, 1984; en Puente, 1984).

Por el contrario, la falta de adherencia terapéutica describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento.

Por lo que se refiere al paciente, se tiene que reconocer que se requiere cada vez más de su activa participación y que esta participación constituye un proceso cada vez más complejo, ya que el número de posibles recomendaciones que mejoran el estado de salud, aumentan constantemente.

2.2 Sistema de salud.

En todo sistema de salud es importante distinguir a la población que asiste, de la que no asiste, así como reconocer las características de la población desertora (Fiester y cols., 1974; en Puente, 1984).

El cumplimiento de un tratamiento es un proceso dinámico y continuo, por lo que en ningún momento deberá considerarse como un hecho concreto.

Existen dos grandes problemas en la práctica médica que dificultan la evaluación del cumplimiento terapéutico. El primero se refiere a la especifidad del tratamiento, es decir, el grado en que interviene el efecto placebo en los resultados terapéuticos. El segundo se refiere al grado en que se implementan las indicaciones.
La falta de adherencia terapéutica comprende diferentes tipos de conducta: a) fallas o dificultades para iniciar un tratamiento; b) fallas por suspensión prematura de la terapia y c) implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta.

La importancia y el significado de la falta de apego a los programas terapéuticos, resulta en grandes pérdidas en lo personal, en lo familiar y en lo social.

En lo personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento, además de limitaciones o incapacidades irreversibles y progresivas.

Por lo que se refiere a lo familiar, existen estudios que demuestran una importante disrupción familiar con repercusiones para la pareja y los hijos, en pacientes crónicos con un mal manejo de su problema (Johnson, 1983; en Puente, 1984).

En lo social, resulta de un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, prolongandose así innecesariamente los tratamientos y presentándose recaidas y readmisiones.

2.3 Relación terapeuta-paciente.

En cuanto a la prescripción terapéutica, se sabe que su nivel de complejidad está en relación inversa al grado de adherencia que el paciente realice. La disposición o facilidad que el usuario tenga para adherirse al tratamiento prescrito será influido entre otros aspectos por la duración del esquema, el número y frecuencia de las dosis, sus efectos colaterales y la gravedad de éstos, aunados a otras indicaciones que puedan alterar su estilo de vida (Ruiz de Chavez y Cuevas Córdova, 1984; en Puente, 1984).

Se ha confirmado que: a) a mayor satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta, habrá un mayor y mejor cumplimiento a los programas de tratamiento;

b) que a mayor satisfacción en el paciente, habrá menor probabilidad de deserción; c) que a una mayor duración, es decir, continuidad en la relación, mejor será el cumplimiento (Balis, 1978; en Puente, 1984).

2.4 Estilo de vida.

Progresivamente se ha ido estableciendo la gran importancia que tiene el estilo de vida en el desarrollo y en el curso de los padecimientos. Con respecto a la vida urbana-moderna los factores tales como vida sedentaria, sobrepeso, tabaquismo y estrés juegan un papel determinante en el desarrollo de padecimientos. Asimismo, se ha reconocido las grandes dificultades que implica el modificar el estilo de vida de un ser humano, esto sin mencionar los aspectos éticos del proceso.

2.5 El psicólogo como profesional de la salud.

Por lo que se refiere al papel del psicólogo como profesional en el campo de la salud, su participación puede ser de gran relevancia en las siguientes áreas:

1. Educación para la Salud. El psicólogo puede llevar a cabo satisfactoriamente actividades de educación para la salud, tanto en temas médicos como psicológicos.

2. Entrenamiento en técnicas de relajación y de desensibilización cuando el paciente presenta niveles importantes de angustia y/o reacciones fóbicas a su padecimiento o al tratamiento correspondiente.

3. Técnicas de entrenamiento en autocontrol, basadas en la capacitación y desarrollo de habilidades en el paciente, con la finalidad de que cuente con un repertorio para el manejo adecuado de su tratamiento.

4. Técnicas de automonitoreo y/o autoregistro, las cuales permiten cuantificar la conducta del sujeto.

5. Técnicas de dinámica de grupo. Promueven un mejor funcionamiento en el paciente, ya que éste se percata de que no es el único con tal condición.

6. Técnicas de reestructuración cognoscitiva. Estas se refieren a la modificación de las estructuras cognoscitivas del paciente, en lo relativo a su enfermedad.

2.6 Procesos cognoscitivos.

Las recomendaciones o indicaciones terapéuticas pueden diferir en forma considerable con el estilo de vida y con las normas y valores que el paciente mantiene.
Dentro de los factores de relevancia en los procesos cognoscitivos están: los sociológicos, los psicológicos y los fisiológicos.

2.7 Factores sociológicos.

1. Tipo de interacción entre el terapeuta y el paciente. En este proceso es importante subrayar los modelos preexistentes establecidos en una sociedad sobre las expectativas de las personas, en relación al otorgamiento y a la calidad de los servicios de salud.

2. Modelos y roles de las personas significativas de un paciente. Si las personas significativas se comportan, ya sea en forma autoritaria, inconsistente o irracional, esto influirá en los modelos de autoridad que el paciente maneja.

3. El modelo cognoscitivo de enfermedad juega un papel trascendente, ya que va a determinar el grado de aceptación y el impacto en su manejo.

4. El nivel de educación que incluye las creencias y los valores del paciente.

5. La clase social (ingresos económicos, etc.).

6. La edad.

7. El sexo.

2.8 Factores psicológicos.

De la magnitud relativa de la disonancia, resultará la toma de decisión del paciente, de cumplir o no. La existencia de disonancia en el paciente, siendo un

proceso psicológicamente incómodo, motivará la búsqueda de alternativas que propicien la disminución o la resolución de la disonancia. En las que se incluyen variables tales como: carácter del ususario, percepción de la condición patológica, actitudes, conducta, niveles de ansiedad, etc.

2.9 Factores fisiológicos.

Se consideran todas las variables relacionadas con la naturaleza y evolución del padecimiento tales como cronicidad, complicaciones, gravedad, tipo de manifestaciones clínicas, etc.

1. Grado de severidad de los síntomas de la enfermedad. Si los síntomas son leves y el sujeto muestra disonancia a la presencia de enfermedad, éste no tendrá dificultad en negar su presencia. Si los síntomas son severos, ocurrirá todo lo contrario ya que entonces será difícil para el sujeto negar su enfermedad.

2. Duración de los síntomas. Si el paciente presenta síntomas que no se manifiestan en forma continua, sino más bien periódica o intermitente y la presencia de éstos le producen disonancia, el paciente podría entonces desvalorizar el proceso de enfermedad.
3. Grado de limitación de los síntomas. El grado de limitación que un padecimiento le impone al paciente, juega un papel de importancia en el reconocimiento de la enfermedad y en el manejo de la misma.

4. El grado de afectación y daño. La gravedad del padecimiento es determinante para que el paciente se adhiera o no a un tratamiento. Los padecimientos graves pueden motivar fuertemente al paciente a implementar las recomendaciones de

su médico. Sin embargo, cuando el pronóstico es demasiado pobre, puede ocurrir lo contrario.

2.10 Factores predictivos en la adherencia terapéutica.

Haynes y Sackett (1976; en Puente, 1984) consideran que dentro de los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento se encuentran:

1. La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.

2. El grado de estabilidad familiar. Se ha visto en pacientes esquizofrénicos que la estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia, incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.

3. El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida. Aquellas personas que cuenten con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos.
4. Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos con el tratamiento. Aquellos pacientes que pueden, en una forma clara y precisa, percatarse de los beneficios obtenidos con el tratamiento. Lo opuesto ocurre en aquellas personas que han tenido resultados insatisfactorios y por lo mismo una gran frustración.

5. Supervisión cercana del médico o terapeuta. Aquellos pacientes que pueden asistir a consulta con su terapeuta, con una buena periodicidad, sobre todo en la

fase inicial, muestran más posibilidades de adherirse a su tratamiento. Por supuesto que la calidad en la relación terapeuta-paciente es importante, además de las frecuencias de las consultas.

Entre los factores que tienden a disminuir la adherencia al tratamiento se encuentran:

1. Complejidad del tratamiento. Aquellos pacientes que tienen que tomar un gran número de medicamentos y/o dosis frecuentes, muestran más posibilidades de no cumplir con el tratamiento.

2. Grado de cambio de conducta requerido. Aquellos pacientes que necesitan llevar a cabo grandes cambios en su estilo de vida y funcionamiento, muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento.

3. Tiempo de espera para la consulta. Se ha encontrado que aquellos pacientes que tienen que esperar tiempos prolongados para ser atendidos o que se les cancela su cita, muestran menos posibilidades de adhesión a sus medicamentos.

Capítulo III.

PREMISAS SOCIOCULTURALES.

3.1 La sociocultura y la premisa sociocultural.

Según Díaz Guerrero (1972) al hablar del comportamiento humano se puede decir que somos como somos y nos comportamos tal cual nos comportamos, antes que nada y sobre todo, según el lugar en que nacemos, pueblo, ciudad, estado, nación, por lo que heredamos, por la manera como hacemos las cosas, por lo que aprendemos (que depende grandemente de donde hayamos nacido), por las personas que frecuentamos y por los lugares en que pasamos la mayor parte de nuestras vidas.

Por lo tanto, habrá historio-culturas en donde lo histórico-cultural lo sea casi todo como en el caso de las llamadas primitivas o tradicionales.

Radcliffe-Brown (en Díaz Guerrero, 1976) en su "Teoría de la Estructura Social" mencionan que la cultura viene a ser una resultante de la interacción tanto de los individuos entre sí, como de la interacción y prescripciones de las estructuras e instituciones que forjen los miembros de una sociedad. Por su parte, Beatriz y John Whiting (en Díaz Guerrero, 1972) dicen que la cultura es un concepto complejo y enumeran tres aspectos que podrían considerarse como contenidos dentro del mismo: a) conocimientos transmitidos de generación a generación acerca de cómo hacer las cosas. Las técnicas de la sociedad. b) el sistema de creencias, la etnociencia y el dogma religioso, c) el sistema ético y conjunto de valores que guían acerca de lo bueno y malo, lo importante y lo trivial y los méritos relativos de varias metas y conductas.

Actualmente Díaz Guerrero (1996) define a la cultura en términos de los aspectos importantes. A estos aspectos de la cultura les da el nombre de sociocultura, es decir, "Un sistema de premisas socioculturales interrelacionadas que norman y

gobiernan los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulación de los tipos de papeles sociales que hay que llenar, las reglas de la interacción de los individuos en tales papeles, los dónde, cuándo y con quién y cómo desempeñarlos. Todo esto es válido para la interacción dentro de la familia, la familia colateral, los grupos, la sociedad, las superestructuras institucionales: educacionales, religiosas, gubernativas y para tales problemas, como los desiderata principales de la vida, la manera de encararla, la forma de percibir a la humanidad, los problemas de la sexualidad, la masculinidad y la femineidad, la economía, la muerte, etc."

Una premisa sociocultural (P.S.C.) es una afirmación, simple o compleja, pero es una afirmación que parece proveer las bases para la lógica específica de los grupos. Cuando los miembros de un grupo dado piensan, su pensar parte de estas afirmaciones propiamente llamadas premisas, que cuando sienten, su forma de sentir podría ser predicada a partir de estas premisas, y que cuando actúan, instrumentarán con acciones estas premisas o sus conclusiones, a menos que una fuerza más poderosa interna o externa interfiera.

Las premisas socioculturales (P.S.C.s.) son aprendidas como tales, como afirmaciones, de las figuras autorizadas y significativas del contexto sociocultural. Estas figuras son predominantemente los padres, pero las premisas socioculturales son reforzadas usualmente por casi todos los adultos de un grupo sociocultural, por los hermanos y las hermanas mayores, a menudo por las instituciones sociales, educativas, religiosas o gubernamentales, etc.

Las funciones sociales de las premisas socioculturales son:

1. Equipan a los individuos para una más fácil comunicación interpersonal, de grupo, social y nacional. Son, por lo tanto, un requisito para la vida en sociedad.

2. Son las bases para la comunicación comprensible entre los humanos, quienes de otra manera tendrían una confusión total de lenguajes individuales.

3. Son las unidades esenciales de una realidad humana comprensible al grupo y generalmente comprensible en forma total sólo para el grupo dado.

4. Forjan las bases más importantes para la creación de la realidad interpersonal y de grupo.

5. Son las bases para la única forma de comunicación que es comprensible para la mayor parte de la gente que vive en este mundo

Los factores que facilitarán e interferirán con la acción de las premisas socioculturales son:

1. Las P.S.C.s. y sus conclusiones avanzarán en su acción entre más estén de acuerdo con ellas el medio ambiente interpersonal y el del grupo. Por lo que, las P.S.C.s. y sus conclusiones regirán la conducta en el nivel familiar, en el nivel del grupo inmediato, en el nivel de la provincia, en el nivel nacional para la sociocultura dada, mucho más que lo harán en la presencia de otros grupos socioculturales o en un medio cosmopolita.

2. La fuerza de las P.S.C.s. aumentará cuando el grupo provea, además, el tono emocional y medio ambiente fluido para el cual las P.S.C.s. fueron hechas, es decir, si las anticipaciones para su expresión abierta en el mundo externo son satisfechas.

3. Las P.S.C.s. incrementarán su fuerza probablemente también si la conducta que predicen conduce a algún provecho, sea éste económico en posición social o

en prestigio, y si conducen a una reducción inmediata o posterior de estrés personal o interpersonal.

4. Se incrementará su fuerza también siempre que el grupo o la sociedad las respalde con fuerza, les dé publicidad y siempre que los miembros del grupo y de la sociedad estén dispuestos a soportar intenso estrés antes de abandonarlas.

Los factores obstaculizantes son:

1. Deficiencias genéticas y patología orgánica adquirida pueden interferir con el aprendizaje y el desarrollo de las P.S.C.s.

2. Puede haber también interferencia en el nivel psicológico, sea por inhabilidad de aceptar personalmente las premisas socioculturales, o bien por rebelión en contra de ellas. Es aquí en donde encontramos la acción de los factores psicodinámicos. Los mecanismos psicodinámicos, las defensas, las neurosis pueden considerarse mucho mejor, como actuando en el nivel personal y como rebeliones individuales contra las P.S.C.s.

3. Los factores genéticos, fisiológicos y psicodinámicos, pueden percibirse como agentes que provocan reducción en fuerza de las premisas socioculturales.

4. La fuerza de las P.S.C.s. decrecerá si el llevarlas a la acción conduce a estrés interpersonal.

5. Se podría generalizar y decir que la fuerza de las P.S.C.s. se verá disminuida como una función de la cantidad de estrés, biológico, psicodinámico o interpersonal, que deberá ser encarado cuando se trate de expresarlas.

6. Las P.S.C.s. disminuirán en fuerza con la declinación del respaldo del grupo, con la desorganización del grupo y con la formación de subgrupos.

7. El individualismo, si llega a encararse a estos patrones del pensar, tenderá a disminuir su poder, su fuerza.

8. Cinismo acerca de la falta de sentido de las P.S.C.s. para el mundo individual puede efectivamente disminuir la fuerza de las P.S.C.s. El cinismo no provocará tales resultados, sin embargo, si los sujetos llegan a estar claramente conscientes de que el papel de las P.S.C.s. es el de facilitar la interacción interpersonal y dentro de los grupos, más bien que la de provocar satisfacción individual.

9. Los experimentos sobre la disonancia han comprobado su efecto sobre las actitudes. Es una forma de referirse a toda una serie de distintos tipos de predisposición a sentir, pensar o actuar, en forma que es un tanto cuanto predeterminada. Se piensa que tendrán efecto sobre las premisas socioculturales sólo si su pública repudiación es hecha frente a un grupo que simpatice con esa actitud, pero no si el público que escucha desaprueba la misma.

3.2 Dicotomia activo-pasiva.

Todo individuo nace en un momento determinado, en una época especifica de la historia y en una cultura distintiva, por lo que existe una interacción entre el individuo y su cultura. Las fuerzas culturales son los valores tradicionales, filosofías de vida y caracteristicas estructurales incluyendo a las económicas de los grupos y las instituciones. A partir de esta ecología cultural se desprenden la

variedad de la conducta personal y la conducta colectiva de cada sociedad, esto es el ecosistema humano.

Los proverbios, refranes, admoniciones o dichos, esta sabiduría popular es una de las expresiones más claras y precisas de ese patrimonio de conocimientos de maneras de pensar y de ser, de reglas de actuar y de sentir aplicables a los miembros de una cultura. A estas aserciones respecto de cómo vivir la vida, de cómo enfrentar los problemas, de cómo debe percibirse al ser humano, sus roles y sus relaciones múltiples a estas fuerzas culturales tradicionales se les llama: Premisas Histórico Culturales (P.H.S.C.s.) (Díaz Guerrero, 1986).

De donde las P.H.S.C.s. de la familia mexicana o su estructura se fundamenta en dos proposiciones:

a) La superioridad del padre.

b) El necesario y absoluto sacrificio de la madre.

Estas P.H.S.C.s. establecen las formas adecuadas y aceptables de enfrentarse a los problemas en la sociedad (la manera de ser de los individuos y sus roles). Todo aquello que trata de mantener estas premisas son una fuerza cultural.
El ser humano es primordial entre las fuerzas contra culturales, las cuales actúan contra las tradiciones entre las que pueden estar la modernización, urbanización, educación, movilidad social y la comunicación masiva. El individuo en términos de sus características individuales (vigor, necesidad de individuación, empecinamiento, edad, sexo y contingencias reforzadas en su ecosistema), se conforma o rebela dando nacimiento a su estilo de confrontación individual. Por lo que, es necesario determinar las condiciones históricas, culturales, sociales, económicas y biopsicológicas que producen distintos estilos de confrontación

modales e individuales. A través de su estilo peculiar de confrontación, un individuo reacciona a su ecosistema, canaliza sus necesidades biológicas y psicológicas y aprende selectivamente. Este estilo de confrontación a su vez dirige su desarrollo cognitivo y de la personalidad y determina el punto hasta el cual será procultural o contra-cultural respecto de problemas, estreses o situaciones especificas (Diaz Guerrero, 1981).

El concepto de estilo de confrontación se derivó del hecho de que los humanos en todo el mundo tienen que enfrentarse a problemas. Se consideró que a través de la historia humana, distintas culturas llegaron a formas preferentes de enfrentarse a los problemas.

Por lo tanto, una persona que se compromete con el problema y que hace el intento por iniciar una solución y lo lleva a cabo es una persona que confronta el problema de manera activa. Una persona que se compromete e inicia una acción pero involucra a otras personas para la resolución del problema también es activa, ya que tomó la iniciativa para involucrar otras personas como un medio para encontrar la solución del problema. Una persona que espera a otras personas o circunstancias para hacer algo acerca del problema y que no es un iniciador, ni llega a comprometerse, ni es un implementador es una persona que confronta los problemas de manera pasiva. Aun cuando la persona empiece a hacer algo hacia el problema, pero después se lo deja a alguien más para que lo solucione también es pasiva (Peck, 1967).

En otras palabras se puede decir que los individuos utilizan un estilo de confrontación activo al encarar los problemas si los perciben como existiendo en el medio ambiente y tratan de resolverlos modificando activamente el ambiente fisico, el interpersonal y el social. Es decir, tomando como ejemplo la cultura

norteamericana la mejor forma de encarar los estreses de la vida es modificar activamente el medio ambiente físico, interpersonal y social.

La filosofía norteamericana prevaleciente hace una virtud y considera la mejor forma posible de encarar la realidad, el arrostrar el estrés activamente. La vida se vive óptimamente en actividad constante (Díaz Guerrero, 1996).

Por otra parte, se considera que los individuos utilizan un estilo de confrontación pasivo si tratan de resolver los problemas modificándose a sí mismos, aun cuando puedan percibir que el problema no lo han creado ellos. Por lo que, tomando como ejemplo a la cultura mexicana la mejor forma de encarar los estreses de la vida es la de sobrellevarlos pasivamente implicando fuertemente una activa automodificación.

Tal orientación hacia la vida está respaldada en México: es virtuosa: la abnegación, la obediencia, el propio sacrificio, la sumisión, la dependencia, la educación, la cortesía, todas formas pasivas de manejar el estrés son virtudes socioculturales mexicanas. Las fuertes actitudes fatalistas, todo esto son claros ejemplos de una muy bien integrada y muy bien aprendida filosofía que indica que la mejor manera de enfrentarse al estrés de la vida, es hacerlo pasivamente (Díaz Guerrero, 1996).
El estilo de confrontación ha sido operacionalizado en tres dimensiones fundamentales:

1. Hay una tendencia hacia la autoafirmación activa y a alejarse de la obediencia afiliativa. En México la confrontación activa autoafirmativa se relaciona con la elevación de la clase social asociándose a rasgos de dominancia, autonomía y agresividad.

2. Cualquier conducta que una a la gente, sea física, emocional, cognitiva, social o espiritualmente y de amor resulta claramente distinguible del desapego que separa a los individuos. En México esta escala de estilo de confrontación autónomo vs. interdependiente correlaciona negativamente con una escala de evitación de daño y positivamente con la dominancia y la clase social media y alta.

3. El estilo de confrontación que va desde uno control interno activo hasta un control externo pasivo, sugieren que elementos contra y proculturales están combinados en esta dimensión y que el individuo actúa sea contracultural o proculturalmente según sea apropiado.

La confrontación fracasa, es decir, no utilizamos los "procesos racionales" descritos para las P.S.C., cuando a) la situación que estamos tratando de mejorar no tiene sentido o suficiente sentido para un número suficiente de nuestras premisas y b) tiene sentido, pero está más allá de los límites que nos hemos impuesto en cuanto a lo que consideramos justo y/o en cuanto a nuestra propia impresión (real o irreal) de nuestras capacidades y habilidades fisiológicas, psicológicas, interpersonales, sociales, etc. (Díaz Guerrero, 1972).
Desde el punto de vista psicológico, los manejadores activos del estrés deberían valorar el conflicto, la competencia, la acción, la agresividad, la igualdad, la libertad individual, la oportunidad para todos, la independencia, la informalidad, el contenido más que la forma y el pragmatismo. Los aceptadores pasivos del estrés deberían valorar la armonía, la protección, la dependencia, la cooperación, la ociosidad, los papeles prescritos en las relaciones sociales, la formalidad, la forma más que el contenido.

Psicodinámicamente, para el mismo grado de frustración, los manejadores pasivos del estrés deberán producir menos agresión. Psicosomáticamente,

deberá haber una hipertensión, úlceras del estómago y de los intestinos y coronarias en los encaradores activos del estrés. Psiquiátricamente, más hipocondriasis e histeria en los encaradores pasivos.

Socialmente, debería de haber más intolerancia racial y discriminación en los encaradores activos, y también mas intolerancia para los sociópatas y para la enfermedad mental; para la enfermedad física y para los alcohólicos; entre los manejadores pasivos del estrés deberá de haber más explotación económica, mayor distancia económica entre los ricos y los pobres, y mayor explotación personal, emotiva y económica de un individuo por el otro.

Criminológicamente, deberá haber más crimen por ganancia económica en los encaradores activos. En los encaradores pasivos del estrés habría más agresividad explosiva después de llegar a los límites del aguante pasivo y en relación con problemas emotivos.

Demográficamente, familia de mayor tamaño y sobrepoblación en los encaradores pasivos del estrés. Los manejadores activos del estrés tratarán más frecuentemente de convertir o convencer a los otros de sus puntos de vista, que los encaradores pasivos del estrés. Los encaradores pasivos dirán que están de acuerdo con otros, sobrellevando su real desacuerdo, para evitar el estrés interpersonal activo.

En las religiones, el catolicismo es fundamentalmente una filosofía de encaramiento pasivo del estrés y el protestantismo, una filosofía de encaramiento activo.

Socioeconómicamente, el cambio y posiblemente el cambio rápido, es bueno y virtuoso entre los encaradores activos del estrés y no es correcto, virtuoso o bueno en los otros.

Socioculturalmente, se debería esperar un número mucho más grande de premisas socioculturales, respaldadas por las mayorías, y sistemas de premisas socioculturales más orgánicos, en las sociedades encaradoras activas del estrés. Se debería de esperar que la obediencia y la autoridad habrán de ser mucho más importantes en las sociedades de encaradores pasivos del estrés. Entre más grande es el deseo de evitar el encaramiento activo del estrés, mayor será el número de normas a priori para la interaccion interpersonal y social (Diaz Guerrero, 1996).

Capítulo IV.

CUESTIONARIO "FILOSOFIA DE VIDA".

4.1 Desarrollo del cuestionario.

Originalmente se desarrolló en seminarios sobre la cultura y la personalidad, teniendo como antecedente el documento realizado en 1967 por el Dr. Rogelio Díaz Guerrero tiulado "Los Sindromes Activo y Pasivo". En este documento se habla de la dimensión activo-pasiva del estilo de confrontación, como estructura explicativa para el estudio de la cultura en la personalidad y el estudio de las diferencias transculturales. Se considera que una persona confronta pasivamente un problema cuando para solucionarlo se modifica a si mismo; en forma opuesta si la persona confronta activamente resolverá su problema modificando al medio. Con el objeto de demostrar el empleo de estas estructuras. Estados Unidos fue escogido como una cultura "activa" y México como una cultura "pasiva". Una serie de 112 oraciones clasificadas en la dimensión activa-pasiva, fueron presentadas a estudiantes postgraduados en ambos paises. Los resultados mostraron que 11 de las declaraciones tenian alta veracidad y un aspecto diferencial válido.

A fin de ilustrar las diferencias en estilos de confrontacion entre estudiantes universitarios mexicanos y norteamericanos la Filosofía de Vida se convirtió en un importante instrumento en el estudio transcultural de 8 paises que dirigió el Dr. Peck llamado "Estilos de Confrontación y Aprovechamiento" (1972-1974) con el objeto de encontrar la relación entre la confrontación de estilos de vida y aprovechamiento. Dicha investigación se llevó a cabo en paises que habian sido clasificados por su tradición cultural como confrontadores activos o pasivos. Los paises con los que trabajó fueron: México, Estados Unidos, Brasil, Inglaterra, Italia, Alemania y Japón.

Se realizaron estudios de confiabilidad para las diferentes formas de la prueba (forma A y B) y fue así como se llegó a la construcción de la prueba Filosofía de Vida para estudios transculturales, la cual consta de 60 reactivos de elección

forzada. Se aplicó a un total de 2800 niños de 14 años de edad que representaban dos clases sociales y dos sexos en cada una de las siete naciones. Se realizó un análisis factorial de diferentes culturas que arrojó 21 factores. Al rotar estos factores para estar de acuerdo con la estructura teórica (Veldman, 1970; en Díaz Guerrero, 1973), la correlación promedio en 7 países y en los 60 reactivos fue de 0.66 +- 0.13. De donde se derivaron 22 factores que fueron agrupados en 17 subsíndromes de estilo de confrontación (Díaz Guerrero, 1973).

Los subsíndromes y factores que resultaron de este primer análisis factorial fueron los siguientes:

Subsíndrome 1. Dirección de control.

Factor 1. La colectividad es controlada por el medio físico y social.

Factor 2. El individuo controla o es controlado por el medio físico y social.

Factor 3. Locus de control en el alumno o en el maestro.

Subsíndrome 2. Acción.

Factor 4. Acción contra inacción.

Factor 5. Acción inmediata contra acción retardada.

Factor 6. Índice de acción.

Subsíndrome 3. Valor intrínseco o extrínseco del trabajo.

Factor 7. Valor intrinseco del trabajo por oposición al extrínseco. Trabajo valorado por sí mismo y el trabajo como medio para otros fines.

Subsíndrome 4. Logro contra relaciones interpersonales.

Factor 8. Logro o relaciones interpersonales.

Subsíndrome 5. Competencia contra cooperación.

Factor 9. Competencia o cooperación.

Subsíndrome 6. Independencia contra interdependencia.

Factor 10. Autoridad.

Factor 11. Independencia con respecto a las personas en general.

Subsíndrome 7. Estatus ganado contra estatus conferido.

Factor 12. Estatus ganado contra conferido.

Subsíndrome 8. Confrontación contra evitación.

Factor 13. Confrontación contra evitación.

Subsíndrome 9. Iniciativa propia contra la iniciativa de otros.

Factor 14. Iniciativa propia contra la iniciativa de otros.

Subsíndrome 10. Solución propia contra solución de otros.

Factor 15. La solución propia contra la solución de otros.

Subsíndrome 11. Implementación propia contra implementación de grupo.

Factor 16. La implementación propia contra implementación de grupo.

Subsíndrome 12. Cautela contra audacia.

Factor 17. La cautela contra audacia.

Subsíndrome 13. Instrumentabilidad contra fantasía.

Factor 18. La instrumentabilidad contra fantasía.

Subsíndrome 14. Control emocional contra falta de control emocional.

Factor 19. El control emocional contra falta de control emocional.

Subsíndrome 15. Exageración de la actividad y la pasividad ante el estrés.

Factor 20. La exageración de la actividad y la pasividad ante el estrés.

Subsíndrome 16. Concepto del yo positivo contra el yo negativo.

Factor 21. El concepto del yo positivo contra el yo negativo.

Subsíndrome 17. Filosofía de Vida.

Factor 22. La Filosofía de Vida.

En este análisis factorial se tuvieron en cuentra sólo las respuestas activas.

Se desarrolló posteriormente un segundo análisis factorial, en el cual se tuvieron en cuenta las respuestas a las afirmaciones tanto activas como pasivas y que dió como resultado nueve factores a los que se les dió la siguiente nominación:

Factor I. Activismo autónomo (desobediencia).

Factor 2. Activismo autofundado.

Factor 3. Activismo de logro.

Factor 4. Activismo orgulloso.

Factor 5. Activismo autoconfiado.

Factor 6. Activismo audaz.

Factor 7. Activismo de logro sin afiliación.

Factor 8. Activismo de esfuerzo personal.

Factor 9. Activismo competitivo.

El Dr. Díaz Guerrero, Holtzman y Witzke (Díaz Guerrero, 1976) con los resultados del estudio transcultural y longitudinal del desarrollo de niños mexicanos y norteamericanos, calcularon un tercer análisis factorial con los resultados de la aplicación de la Filosofía de Vida a los tres grupos de niños y adolescentes mexicanos. Los resultados del análisis factorial de los datos obtenidos de la

investigación, fue la segregación de cuatro factores psicológicamente significativos:

Factor I. Autoafirmación activa contra Obediencia afiliativa.

Factor II. Control interno activo contra Control externo pasivo.

Factor III. Cautela pasiva contra Audacia.

Factor IV. Independencia emotiva contra Interdependencia emotiva.

Factor I. Autoafirmación activa contra obediencia afiliativa. Según Díaz Guerrero (1996) el modo de confrontación de los mexicanos es la obediencia afiliativa. La forma de confrontación de autoafirmación activa sería típica de los niños norteamericanos. Dentro de cada cultura se establece una dialéctica entre el individuo en desarrollo y la cultura en que nace y crece de tal manera que entre mayor sea el número de posibilidades existentes para el desarrollo individual, la tendencia hacia la autoafirmación y la individuación será mayor. El grado hasta el cual, cada uno de los sujetos tiende a ser más obediente afiliativo y complaciente, o más rebelde y autoafirmativo resulta ser una dimensión que comprende el desarrollo infantil y adolescente dentro de la cultura mexicana. De modo que la personalidad resulta de dicha dialéctica entre la cultura y fuerzas contraculturales, sobresaliendo de entre ésta la rebelión individual en busca de identidad propia.

Ejemplos de reactivos que definen esta dimensión:

1)

a. Nunca se debe dudar de la palabra de una madre.

b. Todas las madres pueden cometer errores y uno debe sentirse libre de poder dudar de su palabra, cuando ésta parece equivocada.

2)

a. Las órdenes del maestro deberían ser siempre obedecidas.

b. Si uno piensa que las órdenes del maestro no son razonables, debería sentirse en libertad de ponerlas en duda.

3)

a. Si uno piensa que las órdenes de su padre no son razonables, debería sentirse en libertad de ponerlas en duda.

b. Las órdenes de un padre deberían ser siempre obedecidas.

Factor II. Control interno activo contra control externo pasivo. Es una dimensión especialmente importante dentro de la sociedad mexicana. Mide el grado hasta el cual el sujeto es responsable de lo que le ocurre en el futuro o hasta donde sea manejado por las personas que lo rodean. Asociado a esta escala se encuentra un aspecto de corruptibilidad contra incorruptibilidad. A mayor calificación en control interno activo, mayor parece ser la habilidad de los sujetos para confrontar los problemas bien por automodificación o bien por modificación del medio ambiente, según sea la manera más eficaz para resolverlos. También entre más alta sea la calificación de este factor el sujeto atribuirá sus éxitos con más frecuencia al esfuerzo personal y no a la asistencia de otros sujetos con poder.

Ejemplos de reactivos que definen esta dimensión:

1)

a. El hombre puede cambiar al mundo para satisfacer sus propias necesidades.

b. El mundo es como es y hay muy poco que el hombre pueda hacer para cambiarlo.

2)

a. Los problemas difíciles se resuelven mejor cooperando.

b. Los problemas difíciles se resuelven mejor compitiendo.

3)

a. Cuando hay un problema, uno debe enfrentarlo.

b. Hay problemas que es mejor ignorar.

Factor III. Cautela pasiva contra audacia. La cautela pasiva se manifiesta en diferente forma según la edad de los sujetos. Por ejemplo, a los 12 años los niños con calificación alta en cuatela pasiva tienden a ser menos dominantes que sus coetáneos; a los 15 años, entre más pasivos resultan obtendrán calificaciones bajas en artimética; a los 18 años los sujetos pasivo-cautelosos son bastante menos agresivos y presentan menor necesidad de autoafirmación, menor impulsividad y tienden a ser lentos en su tiempo de reacción. Los mexicanos con calificaciones bajas en cuatela pasiva, o sea, los audaces mostrarán lo contrario de lo que se describió anteriormente.

Ejemplos de reactivos que definen esta dimensión:

1)

a. Es mejor ser cauteloso.

b. Es mejor ser audaz.

2)

a. Soy generalmente cauteloso.

b. Soy generalmente audaz.

Factor IV. Independencia emotiva contra interdependencia. Se trata del factor menos prominente de los obtenidos con la Filosofía de Vida. Sólo se encontraron con relaciones para este factor a los 12 años y a los 15 años. Los sujetos con calificaciones altas en independencia, a los 15 años son más dominantes, se arriesgan más que sus coetáneos. Esta tendencia aparece con mayor intensidad en muchachos de clase social alta que en sus correspondientes de la clase social baja.

Ejemplos de reactivos que definen esta dimensión:

1)

a. Yo no necesito la aprobación de los demás.

b. Yo necesito la aprobación de los demás.

2)

a. El trabajo es primero, la amistad en segundo lugar.

b. La amistad primero, el trabajo en segundo lugar.

3)

a. Tengo suficiente confianza en mí mismo.

b. No tengo suficiente confianza en mí mismo.

4.2 Forma de calificar el cuestionario "Filosofía de Vida".

FACTOR 1.
Autoafirmación Activa.

Reactivo	Opción	Peso
22	a	-.73
40	b	.64
57	b	.63
32	b	.48
36	b	.43
59	a	-.39
35	a	-.38
52	a	-.37
53	a	-.35

Rango teórico 0 a 9

FACTOR 2.
Control Interno Activo.

Reactivo	Opción	Peso
20	b	.50
31	a	-.48
43	a	-.44
49	b	.41
2	a	-.40
16	b	.40
60	a	-.39
47	b	.39
1	a	-.36
34	a	-.36
13	b	.35

Rango teórico 0 a 11

FACTOR 3.
Audacia.

Reactivo	Opción	Peso
15	a	.54
18	b	-.48
45	b	-.36
11	a	.36

Rango teórico 0 a 4

FACTOR 4.
Independencia.

Reactivo	Opción	Peso
27	a	-.45
23	b	.41
5	a	.41
58	b	.35

Rango teórico 0 a 4

Para calificar se cuenta un punto para cada una de las respuestas, o bien el valor absoluto del peso del reactivo sin tomar en cuenta el signo. Por ejemplo: si un sujeto contesta con la opción a) al reactivo 22, b) al reactivo 40, a) al reactivo 59 y a) al reactivo 53; tiene una calificación factorial de 1+1+1+1=4, si se otorga un punto por cada item o bien, .73+.64+.39+.35=2.11; si se desea quitar el punto decimal será 211. Posteriormente se compara la calificación del sujeto con la media del grupo al que pertenece y se observa además cual de los factores domina en su estilo.

Por propósitos de la presente investigación la forma de calificación utilizada fue la siguiente: Se contaron las respuestas que cada sujeto dió a cada una de las

opciones "a" o "b" de cada reactivo; los cuales fueron agrupados en activos o pasivos de acuerdo al factor al que pertenecen. Posteriormente se sumaron las frecuencias totales de cada opción con el objeto de obtener una frecuencia total para cada uno de los síndromes activo o pasivo de cada factor y de esta manera poder obtener el síndrome de cada factor que sobresalía más.

El síndrome (activo o pasivo) que sobresale, representa un tipo de personalidad diferente del sujeto cuyas características son específicas. Esta clasificación resultó de una investigación en la que se relacionó cultura con personalidad del mexicano (Díaz Guerrero, 1996). Los resultados indicaron que cuando menos hay ocho tipos de mexicanos, y además, mezclas de estos tipos. Estos tipos resultan del grado hasta el cual los mexicanos aceptan la cultura mexicana. Existen tanto en hombres como en mujeres, aunque algunos tipos tienden a ser más frecuentes en los hombres y otros en las mujeres. Los ocho tipos de mexicanos son:

a) Tipo pasivo y obediente afiliativo.
b) Tipo activamente autoafirmativo.
c) Tipo de control interno activo.
d) Tipo de control externo activo.
e) Tipo cauteloso pasivo.
f) Tipo audaz activo.
g) Tipo activo autónomo.
h) Tipo pasivo interdependiente.

a) Mexicano pasivo y obediente-afiliativo.

El tipo más común en la sociedad mexicana; se encuentra particularmente en las áreas rurales y en las provincias del centro y del sur de la República. Existe una tendencia para que este tipo de persona sea más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En nuestra sociedad, el ser pasivo, obediente y afiliativo es normal hasta los 12 o 13 años de edad. Estos niños se caracterizan por ser obedientes a las órdenes de sus padres, madres y maestros; su necesidad de autonomía es mucho más baja, son poco rebeldes, conformes y les gusta complacer a los demás, son gobernables y tienden a estar más con sus

compañeros y familiares. Son muy seguros emocionalmente y tienen buen control interno.

Los muchachos que a los 15 años son todavia fuertemente pasivos obedientes afiliativos son menos impulsivos y más ordenados que sus coetáneos, les gusta mantener sus cosas personales y el medio ambiente que los rodea limpios, tienden a planear más sus actividades; son poco espontáneos, impetuosos; son pacientes, cautelosos y lentos en sus actividades.

Cuando a los 18 años un joven mexicano sigue siendo fuertemente pasivo obediente afiliativo, seguirá obedeciendo las órdenes de su padre, madre y de sus maestros. Estos muchachos buscan protegerse y evitan tener que sufrir algún dolor; son cuidadosos, cautelosos, precavidos y aprensivos. Parecen conformarse fácilmente con todas las reglas, no hay deseos de independencia ni de valerse por sí mismos y tampoco les interesa liberarse de la familia. Su necesidad de autonomía es mucho más baja que la de sus compañeros. Hacen muchas cosas con el objeto de obtener la aprobación y el reconocimiento de los demás.

Se podría esperar que este tipo de mexicano de adulto fuera una persona con falta de iniciativa propia así como no poderse valer por si mismos. Buscarían siempre la protección de personas más poderosas que ellos, que ya hayan organizado las cosas, para que puedan funcionar de una manera consistente, ordenada, organizada, disciplinada, etc.

b) Mexicano activamente autoafirmativo.

Este tipo de personalidad, ya desde los 12 años de edad, se opone a la obediencia absoluta hacia el padre, la madre y los maestros. Este tipo de muchacho se encuentra con más frecuencia entre los niños de clases media y alta que entre los de las clases bajas; es más dominante y más agresivo que sus compañeros y tiene mayor necesidad de decidir las cosas por si solo, se enoja más fácilmente. Tratan de controlar su ambiente y de influenciar o dirigir a sus

compañeros. Son bastante autoafirmativos, autoritarios y les agrada gobernar, dirigir o supervisar a sus compañeros.

A los 15 años, este tipo de mexicano autoafirmativo y rebelde se manifiesta más rápido en sus acciones que los demás, su inteligencia es más despierta que la de sus compañeros. Es impetuoso e impulsivo, poco cauteloso y tiende a actuar sin pensar las cosas, es impaciente y audaz. Son poco sensitivos a los deseos formales o a las necesidades sociales y a las reglas y al orden social.

Ya para los 18 años son más comunes en las clases medias que en las clases bajas y mucho más comunes en las ciudades que en el campo. Estos individuos experimentarán más ansiedad personal y más hostilidad hacia el medio social circundante, pero continuarán manteniendo un desarrollo intelectual. Siguen manifestando su rebeldía ante la autoridad y se caracterizan fundamentalmente por su gran necesidad de autonomía.

Se podría esperar que de adulto si este tipo de mexicano no es exagerado alcanzará éxito en la sociedad mexicana, pero si llega a los extremos es posible que el grado de frustración que en ellos provoque la sociedad, los empuje a cometer acciones que pudieran llegar a romper las leyes o a actuar activamente en otros tipos de delincuencia. Es bastante posible que si una persona alcanza un alto grado de rebeldía hasta la edad adulta y no demasiado tempranamente en su vida, el resultado de tener este tipo de personalidad le pueda ser favorable; logrando ser más ordenado y con capacidad para responder a las obligaciones y responsabilidades.

c) Mexicano con control interno activo.

A los 12 años de edad son niños estudiosos y capaces, son bastantes más afectuosos y obedientes afiliativos, no son ni más ni menos activamente autoafirmativos que el promedio de sus coetáneos, pero son bastante menos agresivos que ellos; no son ni irritables, ni peleoneros, ni amenazadores, no son hostiles, ni vengativos, ni toscos. Son niños más consistentes, ordenados,

limpios, metódicos y reflexivos que sus coetáneos; tienden a planear las cosas y no actúan sin previa deliberación.

A los 15 y 18 años siguen teniendo las características que se encuentran en los muchachos de 12 años.

d) Mexicano con control externo pasivo.

A los 12 años son niños descontrolados, agresivos, impulsivos y pesimistas. Son, además rebeldes y desobedientes. En este tipo no aparecen los aspectos positivos de los rebeldes activamente autoafirmativos, aspectos tales como los de perceptividad y mayor desarrollo intelectual. Además tampoco muestran la inclinación al liderazgo. Son desobedientes y casi nunca complacientes con los padres y con otras figuras en autoridad y pueden llegar en ocasiones a ser tan ingobernables como aquéllos, carecen de la necesidad de autonomía. Son impulsivos, impetuosos, más excitables que sus compañeros, poco cautelosos, tienden a actuar sin pensar las cosas, dan rienda suelta a sus deseos y emociones, son impacientes y audaces. Estos niños tienden a ser controlados por el ambiente.

A los 15 años de edad su desarrollo mental e intelectual sigue siendo menor que el de sus coetáneos, son un tanto más defensivos y más mentirosos que sus coetáneos; siguen siendo desordenados y muestran algo de autoafirmación activa.

A los 18 años de edad están por debajo de sus coetáneos en aspectos académicos, son más ansiosos que sus coetáneos, menos creativos, más defensivos. Son competitivos, pero siempre que pueden le dan la vuelta a los problemas en vez de enfrentarlos y se aprovechan de cualquier oportunidad y de cualquier medio para alcanzar algún poder dentro de la sociedad.

e) Mexicano cauteloso pasivo.

El sujeto al ser pasivo, se modificará a si mismo para resolver sus problemas. Son personas que piensan demasiado antes de hacer las cosas, para tomar una decisión lo hacen pensando en la forma menos riesgosa, de manera que no se perjudiquen ni emocional ni físicamente. Son personas que no corren riesgos, no tienen deseos de independencia, tienden a resolver sus problemas en forma precavida.

f) Mexicano audaz-activo.

En contraste al anterior, este tipo de persona trata de controlar su medio ambiente incluyendo a las personas que lo rodean, son independientes y autónomos; son impulsivos pero no necesariamente agresivos. Es independiente, decide en cuanto a sus problemas por si solo pero es atrabancado, espontáneo. Es un sujeto osado que no mide en ocasiones las consecuencias de sus actos.

g) Mexicano activo autónomo.

Se trata de personas seguras de si mismas, dificiles de influencias. Resuelven los problemas por si solos modificando su medio y sin tomar demasiado en consideración vinculos afectivos tradicionales como son la familia. Pueden llegar a ser altamente productivos pero muy competitivos.

h) Mexicano pasivo interdependiente.

Es el estereotipo clásico del mexicano, continuamente se modifica a sí mismo, no exije sus derechos. Dependen grandemente de otras personas que le rodean para tomar sus propias decisiones y para actuar, por lo tanto no pueden valerse por si mismos, no tienen necesidad de autonomia, son como los demás quieren que sean sin oponerse ni ofrecer resistencia alguna. Se trata de personas manejables y fáciles de influenciar y también muy inseguros y poco productivos.

Capítulo V.

METODOLOGIA.

5.1 Planteamiento del problema.

La mayoria de los problemas de salud están precedidos o relacionados por una gran gama de variables que están más allá de la relación inmediata terapeuta y/o médico-paciente y que influyen en la atención médica. Dentro de estos problemas se encuentra la falta de adherencia terapéutica causada, entre otras cosas, por la influencia de factores socioculturales (Puente, 1984).

Una variable sociocultural determinante de la filosofía de vida del mexicano es el estilo de confrontación del estrés de tipo pasivo, es decir, la forma preferente de enfrentar los problemas (Diaz Guerrero, 1996).

5.2 Objetivo.

Determinar si el estilo de confrontación del estrés de tipo pasivo influye en el tipo de adherencia terapéutica.

5.3 Pregunta de investigación.

¿Existe alguna diferencia en el estilo de confrontación del estrés entre los familiares de pacientes psiquiátricos crónicos con buena adherencia terapéutica y los familiares de pacientes psiquiátricos crónicos con adherencia terapéutica deficiente?

5.4 Hipótesis.

La falta de adherencia terapéutica se encuentra influida por un estilo de confrontación del estrés de tipo pasivo, lo que aumenta la tolerancia familiar.

5.4.1 Hipótesis de investigación.

Hi: El estilo de confrontación del estrés entre los familiares de pacientes psiquiátricos crónicos con buena adherencia terapéutica y los familiares de

pacientes psiquiátricos crónicos con adherencia terapéutica deficiente es diferente.

5.4.2. Hipótesis nula.

Ho: No existen diferencias significativas en el estilo de confrontación del estrés entre los familiares de pacientes psiquiátricos crónicos con buena adherencia terapéutica y los familiares de pacientes psiquiátricos crónicos con adherencia terapéutica deficiente.

5.4.3. Hipótesis alterna.

Ha: Si existen diferencias significativas en el estilo de confrontación del estrés entre los familiares de pacientes psiquiátricos crónicos con buena adherencia terapéutica y los familiares de pacientes psiquiátricos crónicos con adherencia terapéutica deficiente.

5.5 Variables.

5.5.1.Variable independiente.

Tipo de adherencia terapéutica.

5.5.2. Variable dependiente.

Estilo de confrontación del estrés.

5.6 Definición conceptual de variables.

5.6.1 Variable independiente:

Buena adherencia terapéutica: Proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas.

Adherencia terapéutica deficiente: Describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento (Puente, 1984).

5.6.2. Variable dependiente:

Sistema conductual, que se prueba como menos tenso y más fácil, generalmente implica control a estímulos internos o externos que parecen realizarse dentro de un marco de plasticidad que le permiten al sujeto superar el problema específico y además le ayuda a su desarrollo personal, dejándole una secuela de aprendizaje que le servirá posteriormente para manejar mejor las situaciones. El cual puede ser de dos tipos:

Confrontación activa: Enfrentamiento de las situaciones en forma directa. (Ej. discusión, agresión directa, iniciativa, toma de decisiones). Modifican el ambiente.

Confrontación pasiva: Falta de enfrentamiento directo de las situaciones (Ej. conductas espectantes, falta de iniciativa, conformismo, espera de que un tercero solucione la situación). Se modifican a si mismos (Díaz Guerrero, 1967).

5.7 Definición operacional de variables.

5.7.1. Variable independiente:

1. Familiar de un paciente psiquiátrico crónico con buena adherencia terapéutica:

Persona que sea directamente el encargado de atender al paciente, quien debe contar con las siguientes características:

- Un solo internamiento.
- Tome con toda regularidad todos y cada uno de los medicamentos prescritos por su médico.
- Asista con puntualidad al hospital los días que le tocan sus consultas.

2. Familiar de un paciente psiquiátrico crónico con adherencia terapéutica deficiente:

Persona que sea directamente el encargado de atender al paciente, quien debe contar con las siguientes características:

- Dos o más internamientos.
- Suspensión parcial o total de la toma de los medicamentos prescritos por su médico.
- Asistencia irregular a las consultas del hospital.

5.7.2 Variable dependiente:

El valor que predomine más para cada dicotomia se considerará como el representante de ese factor, por lo que:

1. Las puntuaciones mayores obtenidas en Autoafirmación Activa, Control Interno Activo, Audacia e Independencia Emotiva se considerarán como representantes de la confrontación activa.

2. Las puntuaciones mayores obtenidas en Obediencia Afiliativa, Control Externo Pasivo, Cautela Pasiva e Interdependencia se considerarán como representantes de la confrontación pasiva.

5.8 Población y sujetos.

Se utilizó una muestra de 60 personas, familiares de pacientes psiquiátricos crónicos, la cual estuvo dividida en dos grupos (treinta y treinta). Los 60 sujetos fueron elegidos de la División de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" (INNN MVS). 30 sujetos representaron a la población de familiares de pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica. Los otros 30 sujetos representaron a la población de familiares de pacientes psiquiáricos con adherencia terapéutica deficiente.

5.9 Muestra.

El muestreo de la presente investigación fue no probabilístico e intencional, ya que los sujetos fueron seleccionados de acuerdo con el criterio del investigador y en base a ciertas características específicas, las cuales ya estaban dadas.

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron que el familiar fuera el encargado directo de la atención del enfermo, quien debía ser un paciente psiquiátrico y contar con uno o más internamientos. Excluyéndose todos aquellos sujetos que no cumplieran con los criterios anteriormente señalados.

5.10 Tipo de estudio.

La presente investigación fue un estudio de campo, ya que la población utilizada fue tomada directamente del Servicio de Psiquiatría del INNN MVS. De tipo prospectivo ya que la información fundamental fue captada de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación. Transversal ya que la variable dependiente fue medida sólo una vez. Comparativo ya que se manejaron dos grupos y a ambos se les explicó la misma variable.

5.11 Diseño.

Fue de tipo ex-post-facto ya que el fenómeno ya está dado y cuasiexperimental debido a que la asignación de los sujetos no fue al azar y se manejaron dos muestras independientes:

1. 30 familiares de pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica.
2. 30 familiares de pacientes psiquiátricos con adherencia terapéutica deficiente.

5.12 Instrumento.

a) Se utilizó el Protocolo de Rehabilitación Psicosocial, con el objeto de conocer las características sociodemográficas de la población estudiada, así como, las características clínicas y de evolución de los pacientes psiquiátricos (Anexo 1).

b) Se utilizó el cuestionario "Filosofía de Vida" del Dr. Rogelio Díaz Guerrero, el cual consta de 28 reactivos construidos en pares opuestos (Anexo 2).

5.13 Procedimiento.

Los días miércoles durante las sesiones de pláticas a familiares, o bien cualquier día de la semana de lunes a viernes durante las horas de visita a los pacientes, se le invitó al familiar que fuera el cuidador primario del paciente a participar en una investigación, explicándole que ésta tenía por objetivo el recabar una serie de datos, los cuales permitirían el poder brindarles un mejor servicio tanto al paciente como para él mismo. Una vez que los familiares aceptaron se les condujo a un consultorio de la División de Psiquiatría del INNN MVS en donde a través de una entrevista semiestructurada se aplicó de manera individual el protocolo de Rehabilitación Psicosocial así como el cuestionario "Filosofía de Vida", en el cual se les explicó que el interés del presente cuestionario era conocer cuál era su forma de pensar acerca de la vida, el trabajo, los amigos y cuál era la mejor forma de resolver los problemas según su propia opinión. Señalándoles que sus respuestas no obtendrían ninguna calificación. Posteriormente se llevó a cabo la calificación de los cuestionarios y el análisis estadístico de datos.

5.14 Análisis estadístico de datos.

Para los datos sociodemográficos se obtuvieron frecuencias y porcentajes, mientras que para la variable edad, los datos clínicos y de evolución se obtuvieron el rango, media y desviación estándar.

El análisis estadístico inferencial para los datos clínicos se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney y Kruskall-Wallis por tratarse de una muestra

pequeña y por tratarse de variables con un nivel de medición ordinal y para los datos del cuestionario mediante la prueba de la Chi Cuadrada ya que la distribución de la muestra no es normal y por tratarse de variables con un nivel de medición nominal.

Capítulo VI.

RESULTADOS.

6.1 Datos sociodemográficos.

En relación a los datos sociodemográficos de cada uno de los familiares de los pacientes psiquiátricos tanto con buena adherencia terapéutica (grupo 1) como con adherencia terapéutica deficiente (grupo 2) se obtuvieron las frecuencias de las siguientes variables: sexo, edad, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, parentesco, lugar de origen y lugar de residencia.

En cuanto a la variable sexo, en la tabla 1 se observó que en ambos grupos predominó el sexo femenino, con una frecuencia de 24, es decir, un 80% para el grupo 1 y una frecuencia de 23, es decir, un 76.66% para el grupo 2.

Tabla 1
Sexo de los familiares de los pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Grupo 1 = Frecuencias de familiares de pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica.
Grupo 2 = Frecuencias de familiares de pacientes psiquiátricos con adherencia terapéutica deficiente.

SEXO	Grupo 1 N=30	%	Grupo 2 N=30	%
Femenino	24	80	23	76.66
Masculino	6	20	7	23.33

Con respecto a la edad, en la tabla 2 el grupo 1 obtuvo un rango de 19 a 67 años, una media de 45.60 y una desviación estándar de 14.14. El grupo 2 obtuvo un rango de 20 a 67 años, una media de 49.80 y una desviación estándar de 12.41.

Tabla 2.
Edad de los familiares de los pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Grupo	Rango de edad		Media	Desviación Estándar
	Mínimo	Máximo		
Grupo 1	19	67	45.60	14.14
Grupo 2	20	67	49.80	12.41

El nivel socioeconómico más representativo para ambos grupos fue el nivel bajo, integrado por 17 personas, es decir, el 56.66% para el grupo 1; mientras que el grupo 2 contó con 18 personas, lo que representó el 60%.

Tabla 3.
Nivel socioeconómico de los familiares de los pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Nivel socioeconómico	Grupo 1 N=30	%	Grupo 2 N=30	%
Bajo	17	56.66	18	60
Medio	4	13.33	4	13.33
Medio alto	9	30	8	26.66

En relación al estado civil en la tabla 4 predominaron en el grupo 1, 22 personas casadas, el 73.33% y para el grupo 2, 24 personas también casadas siendo el 80%.

Tabla 4
Estado civil de los familiares de los pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Estado civil	Grupo 1 N=30	%	Grupo 2 N=30	%
Soltero	4	13.33	3	10
Casado	22	73.333	24	80
Unión libre	2	6.66	1	3.33
Divorciado	0	0	2	6.66
Viudo	2	6.66	0	0

En relación a la escolaridad en la tabla 5 el grupo 1, estuvo constituido en su mayoría por 9 personas,es decir, el 30% con primaria completa; asimismo el grupo 2 estuvo representado por 7 personas el 23.33% también con primaria completa.

Tabla 5
Escolaridad de los familiares de los pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Escolaridad	Grupo 1 N=30	%	Grupo 2 N=30	%
Licenciatura o más	3	10	5	16.66
Normal o equivalente	3	10	3	10
Bachillerato	4	13.33	3	10
Secundaria	4	13.33	5	16.66
Primaria completa	9	30	7	23.33
Primaria incompleta	5	16.66	6	20
Analfabeta	2	6.66	1	3.33

En relación a la ocupación en la tabla 6, en ambos grupos predominaron las personas dedicadas al hogar, contando el grupo 1 con 21 personas, esto es, el 70% y el grupo 2 con 14 personas, es decir, el 46.66%.

Tabla 6
Ocupación de los familiares de los pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Ocupación	Grupo 1 N=30	%	Grupo 2 N=30	%
Profesionista. Título universitario.	2	6.66	4	13.33
Profesionista II. Título a nivel normal, enfermera, etc.	0	0	1	3.33
Empleado u ocupación no profesional. Burócrata.	2	6.66	5	16.66
Artesano. Empleado, trabajador manual, técnico, etc.	3	10	1	3.33
Hogar	21	70	14	46.66
Estudiante	1	3.33	1	3.33
Servicio. Afanador, mozo, etc.	0	0	3	10
Jubilado	1	3.33	1	3.33

En relación al parentesco presentado en la tabla 7 el grupo 1, contó con 12 personas, lo que representó el 40% de las madres y el grupo 2, 13 personas el 43.33% también con el parentesco de madre.

Tabla 7
Parentesco de los familiares con su paciente psiquiátrico con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Parentesco	Grupo 1 N=30	%	Grupo 2 N=30	%
Hijo	2	6.66	2	6.66
Hermano	3	10	7	23.33
Madre	12	40	13	43.33
Padre	3	10	3	10
Esposo	7	23.33	5	16.66
Otro	3	10	0	0

En la tabla 8 se muestra el lugar de origen, en donde el grupo 1 estuvo integrado por 13 personas el 43.33% del Distrito Federal, 6 personas el 20% del Estado de México y 11 personas el 36.66% de algún otro estado de la República. El grupo 2 contó con 18 personas el 60% del Distrito Federal, 3 personas el 10% del Estado de México y 9 personas el 30% del interior.

Tabla 8
Lugar de origen de los familiares de los pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Lugar de origen	Grupo 1 N=30	%	Grupo 2 N=30	%
Distrito Federal	13	43.33	18	60
Estado de México	6	20	3	10
Interior	11	36.66	9	30

Con respecto al lugar de residencia del grupo 1 en la tabla 9, 19 personas el 63.33% viven en el Distrito Federal, 6 personas el 20% viven en el Estado de México y 5 personas el 16.66% viven en el interior. El grupo 2 estuvo formado por 19 personas el 63.33% del Distrito Federal, 4 personas el 13.33% del Estado de México y 7 personas el 23.33% viven en el interior.

Tabla 9
Lugar de residencia de los familiares de los pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Lugar de residencia	Grupo 1 N=30	%	Grupo 2 N=30	%
Distrito Federal	19	63.33	19	63.33
Estado de México	6	20	4	13.33
Interior	5	16.66	7	23.33

6.2 Datos de evolución y clínicos.

Respecto a las características de evolución y clínicas se obtuvo de cada uno de los pacientes psiquiátricos con buena adherencia **(grupo 1)** así como de los pacientes psiquiátricos con adherencia terapéutica deficiente **(grupo 2)** el tiempo de evolución parcial de la enfermedad, es decir, desde el momento en que el paciente comienza a manifestar síntomas de la enfermedad hasta el día en que es llevado al hospital; el tiempo de evolución total de la enfermedad, esto es, desde el inicio de la enfermedad hasta el día en que fue valorado nuevamente y los días de hospitalización. Sólo para el grupo 2 se tomaron en cuenta el número de internamientos.

Para el grupo 1 presentado en la tabla 10, se observó que el promedio de evolución parcial más significativo se encontró en el trastorno afectivo bipolar con un promedio de 62 días y una desviación estándar de 52.47, seguido por el trastorno afectivo con un promedio de 45 días y una desviación estándar de 37.01. Para el grupo 2, el promedio de evolución parcial mayor se encontró en los trastornos esquizofrénicos con 143 días (4 meses, 23 días) de evolución y una desviación estándar de 152.66 y para los trastornos afectivos fue de 100 días (3 meses, 10 días) con una desviación estándar de 76.69.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la evolución parcial de los trastornos esquizofrénicos entre ambos grupos.

Tabla 10
Tiempo de evolución parcial de la enfermedad en los pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terpéutica deficiente.

Grupo 1= Pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica.
Grupo 2= Pacientes psiquiátricos con adherencia terapéutica deficiente.

1= Esquizofrenia.
2= Trastornos afectivos.
3= Trastorno afectivo bipolar.
4= Trastorno neurótico.
5= Trastorno mental orgánico.

Diagnóstico	Grupo 1 N=30			Grupo 2 N=30			U de Mann-Whitney	Nivel de significancia (=.05)
	Rango (días)	Media	Desv. Estd.	Rango (días)	Media	Desv. Estd.		
1	2-90	42.11	39.58	7-548	143.15	152.66	26.5	0.03
2	14-90	44.75	37.01	11-193	99.50	76.69	5.0	0.48
3	7-730	183.20	308.73	11-72	34.83	21.04	13.5	0.79
4	4-30	18.40	12.38	65-105	85.0	28.28	0.0	0.09
5	1-20	41.71	42.27	7-190	95.40	79.56	10	0.26

En relación a la evolución total de la enfermedad del grupo 1 presentado en la tabla 11, para los trastornos mentales orgánicos fue de 1619 (4 años, 4 meses) con una desviación estándar de 1859.83 , siguiendo el trastorno afectivo bipolar con un promedio de 1216 días y una desviación estándar de 1468.20. Para el grupo 2 el promedio para los trastornos esquizofrénicos fue de 4833 días (13 años, 2 meses) con una desviación estándar de 3524.35; y para los trastornos afectivos fue de 3878 días (10 años, 6 meses) con una desviación estándar de 4548.18.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de evolución total en los trastornos esquizofrénicos entre ambos grupos.

Tabla 11
Tiempo de evolución total de la enfermedad en los pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Dx	Rango (días)		Media		Desviación Estándar		U de Mann-Whitney	Nivel de significancia (≤.05)
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2		
1	30-1460	238-12045	786.66	4833.3	565.92	3524.35	10.5	.00
2	90-1825	545-10585	752.50	3877.5	761.53	4548.18	2.5	.11
3	120-3650	1825-4745	1216	2940	1468.20	1155.58	4.5	.79
4	4-1825	730-940	595.80	835	740.44	148.49	2.5	.38
5	2-4380	665-8030	1618.85	3564	1859.83	2824.94	7.5	.10

Los días de hospitalización presentados en la tabla 12, mostraron como datos más relevantes para el grupo 1 un promedio de 43 días de hospitalización con una desviación estándar de 17.05 para el trastorno afectivo bipolar y para los trastornos mentales orgánicos el promedio fue de 33 días con una desviación estándar de 15.30. Para el grupo 2, los trastornos esquizofrénicos contaron con 36 días de hospitalización y una desviación estándar de 8.19; ocupando el trastornos afectivo bipolar el segundo lugar con un promedio de 33 días de hospitalización y con una desviación estándar de 14.22

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los días de hospitalización de cada diagnóstico entre los dos grupos.

Tabla 12.
Días de hospitalización de los pacientes con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente.

Diagnóstico	Rango (días)		Media		Desviación Estándar		U de Mann-Whitney	Nivel de significancia (=.05)
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2		
1	18-56	22-51	33.22	35.76	12.26	8.19	45	.39
2	5-43	20-41	25	31	15.57	9.05	6	.68
3	21-65	9-52	43.20	32.50	17.05	14.22	11	.53
4	8-26	13-18	18	15.50	7.03	3.53	3	.57
5	14-60	23-45	33.42	32.40	15.30	8.87	16.5	.87

Los trastornos con una mayor número de hospitalizaciones del grupo 2 presentados en la tabla 13, fueron el trastorno afectivo bipolar y los trastornos mentales orgánicos con un promedio de 4 hospitalizaciones y con una desviación estándar de 1.94 y 3.05 respectivamente.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número de hospitalizaciones del grupo 2.

Tabla 13
Número de hospitalizaciones de los pacientes psiquiátricos con adherencia terapéutica deficiente.

Diagnóstico	Rango (días)	Media	Desviación Estándar	Kruskal-Wallis	Nivel de significancia (=.05)
1	2-6	3.30	1.18	3.88	.42
2	2-3	2.25	0.50		
3	2-7	3.83	1.94		
4	2-3	2.50	0.70		
5	2-9	3.60	3.05		

6.3 Datos del Cuestionario "Filosofía de Vida".

Los reactivos se encuentran agrupados de acuerdo a la relación que tienen con cada factor, los resultados se presentan en la tabla 14, en donde el grupo 1 representa al grupo de familiares de pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y el grupo 2 a los familiares de pacientes psiquiátricos con adherencia terapéutica deficiente.

En el Factor I Autoafirmación activa vs. Obediencia afiliativa, tanto en el grupo 1 como en el grupo 2 predominó la dicotomía Obediencia Afiliativa con un puntaje de 141 y 138 respectivamente. Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Los datos correspondientes al Factor II Control interno activo vs. Control externo pasivo, indican que la dicotomía más representativa en este factor de acuerdo a la suma total de frecuencias es el Control Interno Activo, en donde el grupo 1 obtuvo un puntaje de 245 y el grupo 2 un puntaje de 228. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En el Factor III Audacia vs. Cautela pasiva, sobresalió la dicotomía Cautela Pasiva, obteniendo el grupo 1 un puntaje de 90 versus un puntaje de 89 para el grupo 2. Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Los resultados del Factor IV Independencia emotiva vs. Interdependencia indicaron que tanto el grupo 1 como el grupo 2 obtuvieron un puntaje de 70 y 67 respectivamente en Independencia Emotiva, siendo esta dicotomía la más representativa para este factor. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 14
Diferencias entre familiares de pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente en el cuestionario "Filosofía de Vida".

Factores	Grupo 1 N=30	Grupo 2 N=30	Chi-cuadrada	Nivel de significancia (=.05)
I.Autoafirmación activa vs. Obediencia afiliativa.	129 141	132 138	.029	.86
II.Control interno activo vs. Control externo pasivo.	245 85	228 102	1.91	.16
III. Audacia vs. Cautela pasiva.	30 90	31 89	.00	1.00
IV. Independencia emotiva vs. Interdependencia	70 50	67 53	.06	.79

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION.

En los estudios realizados sobre la familia mexicana se ha observado que ésta se caracteriza por el apoyo y afecto, así como por la disposición de ayuda demostrada entre sus miembros ante cualquier situación problemática, ya sea de enfermedad o económica. Fundamentándose la estructura de la familia mexicana en una serie de proposiciones socioculturales implicadas en la cultura mexicana, de donde se derivan los papeles desempeñados por los miembros de la familia mexicana (Díaz Guerrero, 1996).

En la presente investigación se observó que la mayor parte de la población estudiada en ambos grupos estuvo constituida principalmente por mujeres; las cuales al ser ubicadas dentro de la cultura mexicana les corresponde el desempeño de ciertos papeles.

Al haber estado constituida la mayor parte de la población por mujeres casadas y madres de familia, se establece la relación existente por lo mencionado por Díaz Guerrero (1996) en cuanto a que las mujeres mexicanas se caracterizan por su profunda abnegación, afectuosidad, ternura y sobreprotección hacia el marido y los hijos. Al ser en este caso, la persona habitualmente encargada del cuidado directo del enfermo y aunado a las características anteriormente mencionadas, se considera que es esta forma de ser, la causante de que las madres se vuelvan más tolerantes hacia la enfermedad del paciente. Además, de que esta conducta pasiva en ocasiones puede llegar a ser de sumisión, la cual es más marcada en las mujeres que se dedican al hogar (Lara Tapia, 1997), ocupación predominante de la población presente.

Si se considera que los presupuestos culturales sientan las bases para la interacción en los papeles jugados por los miembros en la familia mexicana, es posible afirmar que estas presuposiciones tengan efectos en ciertas áreas, por lo que pueden inducir no sólo a la mujer sino a toda la familia en general a una

situación propicia para el desarrollo de una salud mental desfavorable (Diaz Guerrero, 1996) se entiende como demuestran los resultados obtenidos en el Factor IV predomine la dicotomía Independencia Emotiva, lo que indica que los familiares no toman demasiado en consideración vínculos afectivos tradicionales como la familia; considerando esto como una ruptura del patrón conductual social de la familia mexicana probablemente por los cambios inducidos por la problemática mostrada por el paciente durante la evolución de la enfermedad, relacionándose con un problema de condiciones psicopatológicas de depresión y ansiedad comunes de la propia familia, la cual se ha encontrado coexistente con la propia patología del enfermo (Morfín, 1997).

De acuerdo con lo señalado por Diaz Guerrero (1967) quien menciona que si la conducta es de confrontación no aparecerán síntomas complejos tales como neurosis o psicosis; se puede decir entonces que la confrontación para ambos grupos de familiares de pacientes psiquiátricos crónicos, se transforma en defensa, razón por la cual el problema no se resuelve.

Todo esto provoca problemas de índole familiar que incluyen desorganización familiar y dificultad para negociar y enfrentar los problemas (Pacheco, 1995), lo cual indica una actitud pasiva, lo que corresponde a los resultados obtenidos en la presente investigación relacionados con el factor III en donde predominó la dicotomía Cautela Pasiva en donde se manifiesta la tendencia a modificarse a sí mismo para resolver los problemas, pensar demasiado antes de hacer las cosas y de una manera cautelosa, con el objeto de que la decisión tomada sea menos riesgosa. Esto evidentemente relacionado con la conducta de expectación pasiva ante el problema mental de sus enfermos.
Lo anterior relacionado con el factor II en donde se observó que el control interno lo ejercen de manera activa se puede decir que los familiares tienden a actuar de manera congruente con la cultura, a lo establecido y a la autoridad cuando la

situación así lo amerita, además de que esto muestra mayor habilidad por parte de los sujetos para confrontar los problemas aunque esto sea por automodificación. Demostrándose de manera cualitativa que la predominancia de esta dicotomía puede ser tomada como un factor predisponente para la existencia de mayor adherencia terapéutica, lo cual se infiere a partir de que los puntajes más altos fueron obtenidos por el grupo de familiares con buena adherencia terapéutica.

En general ambos grupos se caracterizaron por ser obedientes a las órdenes de los superiores, gustan de complacer a los demás y de cumplir las reglas preestablecidas observado en relación al factor I y predominio de la dicotomía Obediencia afiliativa.

En consideración al medio ambiente, éste influye en el estilo predominante de confrontación que tienen los individuos, pero más aún el estilo de confrontación se determina por la clase o nivel socioeconómico al cual se pertenece (Beltrán, 1982), en este estudio se demostró que las personas originarias del Distrito Federal tienden a ser más activos que las personas del interior de la República, así como más cautelosas, lo que correlaciona con el nivel socioeconómico bajo, apoyado por los estudios de Ahumada (1967) en donde la clase baja se caracterizó por ser más pasiva que el resto de la muestra.

En relación a los datos obtenidos se observó que el nivel socioeconómico bajo fue el que predominó, por lo que como se mencionó anteriormente es comprensible que la población se caracterize por ser pasiva y que este nivel esté indicando además baja comprensión con respecto a la enfermedad del paciente, factor que influye de igual manera en la aceptación de las premisas sociocultarales las cuales refuerzan actitudes tales como la abnegación, sumisión y propio sacrificio, es decir, formas pasivas de enfrentar el estrés.

Asimismo en relación a la confrontación pasiva se presenta una conducta operada bajo la suposición de que es posible quitarse de encima en forma mágica emociones y sentimientos perturbadores o a culpar a fuerzas externas de la causa de la enfermedad (Díaz Guerrero, 1972).

Además de tener en cuenta; lo mencionado por Hernández (1997) que el tipo de actitud que tenga el familiar hacia su paciente será un factor determinante para la adherencia terapéutica.

Si se considera que en los trastornos esquizofrénicos fue en donde se encontró que el tiempo de evolución parcial fue significativo entre ambos grupos esto puede ser atribuido como se mencionó en un estudio realizado por Vaughn y Leff (1976) que el esquizofrénico es afectado por la calidad de sus relaciones emocionales con sus familiares. Por lo que, si un paciente es confrontado a través de críticas y hostilidad por parte de sus familiares éste reacciona con retirada o evitación, disminuyéndose el contacto social con la familia y de esta manera no hay conocimiento por parte del familiar de que su paciente comienza a presentar síntomas del padecimiento.

Respecto a los datos de número y duración de las hospitalizaciones al ser éstos tan amplios se deducen como factores que inciden en la cronicidad del paciente (Lara Tapia, 1995), además de limitar o de provocar incapacidad irreversible, disrupción familiar y un alto costo para las instituciones hospitalarias (Johnson; en Puente, 1984).

CONCLUSION.

La presente investigación tuvo como objeto de estudio el saber si entre los familiares de pacientes psiquiátricos crónicos con buena adherencia terapéutica y con adherencia terapéutica deficiente existían diferencias en cuanto al estilo de confrontación del estrés, ubicando lo anterior dentro del concepto de la cultura mexicana conocida como confrontador pasivo de los problemas cotidianos.

A través del análisis estadístico de los resultados se puede afirmar que:

Existe evidencia suficiente para ser aceptada la Ho mostrando que no existen diferencias estadísticamente significativas en el estilo de confrontación del estrés entre los familiares de pacientes psiquiátricos crónicos con buena adherencia terapéutica y los familiares de pacientes psiquiátricos con adherencia terapéutica deficiente.

A través de esta investigación ha sido posible confirmar que el conjunto de creencias y conocimientos de un grupo humano son producto de su herencia cultural histórica transmitida de generación a generación y de sus condiciones actuales de vida. Este conjunto de costumbres y creencias no son las mismas en todas las clases sociales.

En el caso de la población estudiada por la presente investigación se pudo constatar que la educación médica no está al alcance de todas las personas; sin embargo, en este caso la enfermedad mental forma parte de la vida diaria de estas personas.

Estos grupos además de poseer cierto tipo de ideas y creencias con respecto a la salud y a la enfermedad, poseen un estilo de confrontamiento de los problemas de tipo pasivo, lo cual constituye la base de algunos hábitos e intervenciones

para mantenerse sanos; afectando de esta manera la evolución de la enfermedad y provocando que ésta se vuelva crónica.

El profesional de la salud no puede ignorar esta situación, ya que para poder dar Educación para la Salud necesita conocer la manera de ser, pensar y actuar, así como el saber de la población con la que va a trabajar.

Al tener en cuenta las tradiciones culturales del paciente y su familia se podrán implementar tratamientos más apropiados dentro de un Programa de Rehabilitación Psicosocial.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

Sugerencias.

Finalmente, en base a lo señalado, se sugiere que los Programas de Educación para la Salud (Mendizábal, 1997); incluidos en el programa de Rehabilitación Psicosocial; tomen en consideración los aspectos socioculturales y familiares del paciente.

2. Implementación de un programa de seguimiento telefónico (Díaz Cantú, 1997).

Limitaciones.

En las limitantes encontradas en el estudio se puede mencionar:

-Que la investigación presente. Sólo se limita a una población perteneciente a un nivel socioeconómico bajo y medio bajo; lo cual no debe ser considerado como una limitante muy rígida en vista de que la mayor parte de la población mexicana pertenece a estos niveles socioeconómicos.

-Que la población no fue homogénea.

-No haber contado con una muestra mayor.

BIBLIOGRAFIA.

Ahumada Rodríguez, R. y Michelis, E. (1967). Los síndromes activo-pasivo a través de la prueba de Frases Incompletas en escolares mexicanos y norteamericanos. En Hereford y Natalicio (Eds.). La contribución de las ciencias psicológicas y del comportamiento al desarrollo social y económico de los Pueblos. 1 (11). México: UNAM.

Anthony, W. A.(1993). Understanding and advocating for Psychosocial Rehabilitation: The use of metaphor. Bulletin World Association for Psychosocial Rehabilitation, 5, (4).

Beltrán Nadal, Ma. E. (1982). La Filosofía de Vida en dos muestras de madres mexicanas.Tesis Recepcional. Facultad de Psicología, UNAM.

Bowden, C. L. y Burstein, A. C. (1990). Bases psicosociales en la atención médica. México: Limusa.

Calderón, N. G. (1970). La asistencia psiquiátrica en México. Rev. de Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, 11 (2): 143-152.

Córdova Castro, A. (1976). Teoría y práctica de la psiquiatría social. Cuba: Científico Técnica.

Díaz Cantú, P. A. (1997). Seguimiento telefónico en pacientes psiquiátricos dentro de un programa de Rehabilitación Psicosocial. Tesis Recepcional. Facultad de Psicología, UNAM.

Díaz Guerrero, R. (1955). Neurosis and the Mexican family structure. American Journal of Psychiatry, 112, 411-417.

Díaz Guerrero, R. (1967). The active and the passive syndromes. Revista Interamericana de Psicología, 1, 263-272.

Díaz Guerrero, R. (1972). Hacia una teoría histórico--bio-psico--socio-cultural del comportamiento humano. México: Trillas.

Díaz Guerrero, R.(1973). Interpreting coping styles across nations from sex and social class differences. International Journal of Psychology, 8 (3): 193-203.

Díaz Guerrero, R. (1976). Hacia una teoría psicosocial del tercer mundo. México: UNAM.

Díaz Guerrero, R. (1979). The development of coping style. Human Development, 22, 320-331.

Díaz Guerrero, R. (1981). El enfoque cultura-contracultura del desarrollo humano y social: El caso de las madres en cuatro subculturas mexicanas. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, 1 (1): 75-92.

Díaz Guerrero, R. e Iscoe, I. (1981). El impacto de la cultura Iberoamericana tradicional y del stress económico sobre la salud mental y física: Instrumentación y potencial para la investigación transcultural. Revista Latinoamericana de Psicología, 16 (2): 167-211.

Díaz Guerrero, R. (1986). El ecosistema sociocultural y la calidad de la vida. México: Trillas.

Díaz Guerrero, R. (1986). Historio-sociocultura y personalidad. Definición y características de los factores en la familia mexicana. Revista de Psicología Social y Personalidad, 2 (1): 13-42.

Díaz Guerrero, R. (1996). Psicología del Mexicano. México: Trillas.

Díaz Santos, M. (1987). Eventos cotidianos, premisas socioculturales y psicopatología. Tesis Recepcional. Facultad de Psicología, UNAM.

Ducunge Ordaz, E. B. (1987). La rehabilitación psiquiátrica: Teoría y práctica. Cuba.

Hereford, C. F., Selz, N., Stening, W. Y Natalicio, L. (1967). A cross-cultural comparison of the active-passive dimension of social attitudes. Interamerican Journal of Psychology, 1, 33-39.

Hernández, B. Y. (1997). Actitudes de la familia hacia su paciente psiquiátrico dentro de un programa de Rehabilitación Psicosocial. Tesis Recepcional. FES-Zaragoza, UNAM.

Hernández, S. R. et. al. (1997). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Holtzman, W. H., Díaz Guerrero, R. Y Swartz, J. D. (En colaboración con L. Lara Tapia, L. Laosa, M. L. Morales, I. Reyes Lagunes y D. B. Witzke). (1975). Desarrollo de la personalidad en dos culturas: México y Estados Unidos. México: Trillas.

Lamas, H. y Arciniega, R. (1967). Factores psicosociales que inciden en el abandono de tratamiento de pacientes en programas de rehabilitación. En Hereford y Natalicio (Eds.). La contribución de las ciencias psicológicas y del comportamiento al desarrollo social y económico de los Pueblos.1 (121).México: UNAM.

Lara Tapia, H. (1995). Características de evolución de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados. Un análisis clínico para Rehabilitación Psicosocial. Arch. Neurociencias, 10.

Lara Tapia, H. (1997). Premisas socioculturales y psicopatología. Arch. Neurociencias, 2 (3); 171-176.

Lara Tapia, H. (1997). Factores socioculturales en psicopatología. Dos experiencias en México. Arch. Neurociencias. (En prensa).

Marín, G. (1975). La psicología social en Latinoamérica. México: Trillas.

Méndez, R. Y. (1997). El protocolo de investigación. México: Trillas.

Mendizábal, P. L. M. (1997). Evaluación de un programa de Educación para la Salud para familiares de pacientes psiquiátricos. Tesis Recepcional. ENEP-Acatlán. UNAM.

Morfín Nuñez, A. (1997). Evaluación de trastornos depresivos y ansiedad en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNN MVS. I Encuentro de las Américas de Rehabilitación Psicosocial. México. D. F.

Pacheco Morales, L. A. (1995). Dinámica familiar y conflicto en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNN MVS. Memorias del XIV Congreso Nacional de la APM. Puerto Vallarta, Jal.

Peck, R. F. (1967). Coping styles: A conceptualization of effective human behavior. En Hereford y Natalicio (Eds.). La contribución de las ciencias psicológicas y del comportamiento al desarrollo social y económico de los Pueblos. 1 (121). México: UNAM.

Peck, R. F. (1967). Estilos de confrontación y aprovechamiento. Revista Interamericana de Psicología, 1, 11.

Pucheu, R. C. (1981). Conceptos y alternativas para la rehabilitación del enfermo mental. Salud Mental, 4, (4), 3, 4-12.

Puente, S. F. (Ed.). (1984). Adherencia terapéutica.Implicaciones para México. México.

Ruíz, M. y Escoto, L. (1982).Un modelo clinico experimental sobre la teoría de confrontación y defensa en enfermos psiquiátricos. Tesis Recepcional. Facultad de Psicología, UNAM.

Sanromán, A., Lara Tapia, L. y Díaz Guerrero, R. (1966). Estudio demográfico de la Ciudad de México. Rev. Mexicana de Investigación Psicológica, 1 (1): 9-15.

Saraceno, B. (1992). La rehabilitación entre modelos y prácticas. Anales de Salud Mental, 8, 235-243.

Saraceno, B.(1993).Bulletin World Association for Psychosocial Rehabilitation, 5, 4

Torres Ruiz, A. y Lara Tapia, H. (1996). A comprehensive approach to psychosocial rehabilitation of psychiatric patients. International Journal of Psychology, 31.

Valencia, C. M. (1988). Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. Psiquiatría, 1, 71-96.

Vaughn, L. E. y Leff, J. P. (1976). The influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. British Journal of Psychiatry, 129; 125-137.

Zinzer, O. (1997). Psicología experimental. México: Mc Graw Hill.

ANEXOS.

ANEXO 1

PROTOCOLO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL.

Datos Familiares.

Nombre del familiar: _____

Edad:_____Estado Civil:_____Sexo:_____

Escolaridad:_____Ocupación:_____

Lugar de origen:_____

Lugar de residencia:_____

Nivel socioeconómico:_____Fecha actual:_____

Datos Clínicos.

Nombre del paciente:_____Exp.:_____

Diagnóstico clínico:_____

Tiempo de evolución parcial de la enfermedad: _____

Tiempo de evolución total de la enfermedad:_____

Número de hospitalizaciones:_____

Días de hospitalización:_____

ANEXO 2.

Filosofía de Vida.

Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de lo que usted piensa de la vida, del trabajo, de las amigas, de cuál es la mejor forma de resolver problemas, etcétera.

Le voy a decir dos maneras distintas de pensar y usted me dirá con cuál de las dos está más de acuerdo.

1. Dígame, para usted, ¿qué sería lo más importante de un trabajo, llevarse bien con las compañeras o terminar el trabajo?

Llevarse bien_____ Terminar el trabajo_____

2. Dígame, ¿a usted le gusta hacer las cosas con calma o hacerlas tan rápido como puede?

Con calma_____ Tan rápido como puede_____

3. Dígame, ¿es usted generalmente precavida* o generalmente arriesgada?

Cautelosa_____ Arriesgada_____

4. ¿Cree usted que una persona debería ser respetada por la posición que tiene o que debería ser respetada por lo que ha hecho?

Posición que tiene_____ Lo que ha hecho_____

5. ¿Cree usted que los problemas difíciles se resuelven mejor cooperando o que los problemas difíciles se resuelven mejor compitiendo?

Cooperando_____ Compitiendo_____

6. Dígame usted, ¿prefiere utilizar sus propias ideas en vez de las ideas de otros o prefiere utilizar las ideas de otras personas?

Las propias_____ Las de otras personas_____

*Precavida significa andar con cuidado, ser prudente.

7. ¿Cree usted que es mejor saber obedecer que saber mandar o que es mejor saber mandar que saber obedecer?

Saber obedecer_____ Saber mandar_____

8. Dígame ¿cree usted que uno debería ir de acuerdo con la opinión de la mayoría o que debería actuar de acuerdo con la opinión de uno?

La mayoria_____ La de uno_____

9. Dígame, ¿para usted qué es más importante, las calificaciones que le den a sus hijos en la escuela o qué tan duro estudien sin importar las calificaciones que les den? Se lo voy a repetir...

Las calificaciones_____ Estudiar duro_____

10. Dígame, ¿cuándo está usted con sus amigas, le gusta ser la primera en decir lo que van a hacer o le gusta que ellas sean las pirmeras en decir qué es lo que van a hacer?

Ser la primera_____ Las amigas primero_____

11. ¿Con cuál de estas dos ideas está usted de acuerdo? Cuando me van bien en un trabajo es porque me preparé bien para hacerlo, o cuando me va bien en un trabajo es porque el trabajo es fácil

Me preparé bien_____ Trabajo fácil_____

12. Dígame, ¿cree usted que los problemas que uno tiene se deben a la mala suerte o que los problemas que uno tiene uno se los busca? Se lo voy a repetir...

Mala suerte_____ Uno se los busca_____

13. Dígame, ¿cree usted que el trabajo de la casa es para sobrellevarlo o que el trabajo casero es para gozarlo?

Para gozarlo_____ Para sobrellevarlo_____

14. ¿Cómo cree que debería ser usted, expresiva y dicharachera (ocurrente, chistosa) o calmada y controlada?

Expresiva_____ Calmada_____

15. ¿Qué cree usted, que nunca se debe dudar de la palabra de una madre, o que todas las madres pueden cometer errores y uno debe sentirse libre de dudar de su palabra cuando ésta parece equivocada? Se lo voy a repetir...

No dudar_____ Si dudar_____

16. ¿Cree usted que el trabajo es un deber o que el trabajo tiene en sí su propia recompensa?

Es un deber_____ Tiene su propia recompensa_____

17. Dígame, ¿cree usted que cuando hay un problema es mejor hacer algo luego luego o que es mejor esperar para ver qué sucede?

Hacer algo_____ Esperar y ver_____

18. Digame, ¿qué preferiría usted, tener un empleo en donde el trabajo es interesante o tener un empleo donde la gente es amigable?

Trabajo interesante_____ Gente amigable_____

19. ¿Cree usted que cuando hay un problema uno debe enfrentarlo o que hay problemas que es mejor ignorar?

Enfrentarlo_____ Ignorar_____

20. Digame, ¿cree usted que no necesita de la aprobación de los demás o cree usted que sí necesita de la aprobación de los demás?

No necesita_____ Sí necesita_____

21. ¿Cree usted que si uno piensa que las órdenes de su padre no son razonables debería poder ponerlas en duda o que las órdenes de un padre deberían ser siempre obedecidas? Se lo voy a repetir...

Poner en duda órdenes_____Ordenes obedecidas_____

22. ¿Con cuál de estas dos ideas está usted de acuerdo: el mundo es como es y hay muy poco que el hombre puede hacer para cambiarlo; el hombre puede cambiar al mundo para satisfacer sus propias necesidades? Se lo voy a repetir...

Poco puede hacer_____ Puede cambiar el mundo_____

23. ¿Cree usted que la vida es para gozarla o que la vida es para sobrellevarla?

Gozarla_____ Sobrellevarla_____

24. ¿Cree usted que las órdenes del maestro deberian ser siempre obedecidas o cree usted que si uno piensa que las órdenes del maestro no son razonables, deberia sentirse en libertad de ponerlas en duda? Se lo voy a repetir...

Ordenes obedecidas_____ Ordenes puestas en duda_____

25. Digame, ¿qué cree usted que es lo mejor, resolver uno sus propios problemas sin buscar la ayuda de los demás o buscar la ayuda de los demás para resolver los problemas propios?

Resolver uno_____ Buscar ayuda_____

26. Digame, ¿qué le da a usted sus mayores alegrias, sus amigas o hacer algo bien hecho?

Sus amigas_____ Algo bien hecho_____

27. Digame, ¿cree usted que no tiene suficiente confianza en si misma o cree usted que tiene suficiente confianza en si misma?

No suficiente_____ Suficiente_____

28. Digame, ¿cree usted que es mejor ser arriesgada o que es mejor ser precavida?

Arriesgada_____ Precavida_____