



019625

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

g e j

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS
CON EL REINGRESO A HOSPITALIZACIÓN DE
PACIENTES CON PSICOSIS ORGÁNICA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PRESENTA:
MARÍA TERESA CORTÉS PADILLA**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA.

SINODALES:

- DRA. SELENE CANSINO ORTÍZ**
- DR. JOSÉ CUELI**
- DRA. FATIMA FLORES MACIAS**
- DR. FRANCISCO MORALES CARMONA**



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN**

258885

FEBRERO DE 1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

A mis hijos: NORMA GUADALUPE, MARÍA TERESA Y JORGE ALFREDO así como a mi hermana MARÍA GUADALUPE con todo mi amor por su comprensión y apoyo que me han brindado y que han sido el estímulo más grande para superarme.

A la memoria de mis padres para honrar su recuerdo y demostrar que su educación y ejemplo fueron aprovechados.

A la Mtra. Pas. MARIA LUISA RASCON GASCA, investigadora del Instituto Mexicano de Psiquiatría con especial y sincera estimación, agradezco su invaluable, franca y desinteresada ayuda en la elaboración de este trabajo así como de haberme proporcionado instrumentos de su investigación.

Con el más profundo respeto y admiración agradezco a la Dra. MA. ELENA MEDINA-MORA por haber sido mi docente en la Maestría y haberme motivado para la realización de este trabajo así como del apoyo académico que me brindó.

A las psicólogas MAGDALENA GALVAN CORONA Y PATRICIA RAMÍREZ DEL CORRAL por su sincera amistad y por haber compartido los agradables momentos que nos brindó la Maestría así como por su estímulo para concluir este trabajo.

A las autoridades de la Clínica 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social por haberme permitido realizar en esa Institución la presente investigación.

A los pacientes y familiares que con la mayor disposición aceptaron colaborar, y sin los cuales no hubiera sido posible realizar este trabajo.

INDICE

	Pag.
1.- RESUMEN.	5
2.- INTRODUCCIÓN	6
3.- ANTECEDENTES	10
3.1 Prevalencia	10
3.2 Psicosis Orgánica.	12
3.3 Emoción Expresada.	23
3.4 Concepción de Enfermedad.	32
3.5 Relación Médico-paciente.	39
4.- METODOLOGÍA.	52
4.1 Planteamiento del Problema.	52
4.2 Objetivos.	52
4.3 Hipótesis	53
4.4 Diseño.	53
4.5 Definición de Términos.	55
4.6 Instrumentos.	56
4.7 Procedimiento.....	60
4.8 Tratamiento Estadístico	63

4.8.1. Análisis Cualitativo.....	63
4.8.2. Análisis Cuantitativo.....	64
4.8.2.1. Prueba de los Instrumentos.....	64
5.- RESULTADOS	66
6.- DISCUSIÓN	93
7.- CONCLUSIONES	98
8.- ANEXOS	102
Anexo 1.- Cuestionario OPAF.	102
Anexo 2.- Cuestionario CONENFPA.	106
Anexo 3.- Cuestionario Relación Médico-Paciente.	109
Anexo 4.- Cuestionario CONENFA.	112
Anexo 5.- Forma de Codificación de Emoción Expresada.	121
Anexo 6.- Resumen de Codificación de Emoción Expresada ...	123
9.- REFERENCIAS.	136

1. RESUMEN.

Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No.10 del Instituto Mexicano del Seguro Social. La Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Mexicano de Psiquiatría fueron las instituciones que brindaron apoyo y asesoría en la realización de la misma.

El objetivo general fue Investigar si la Emoción Expresada (E.E.) por el familiar más cercano al paciente, la concepción de enfermedad que tienen ambos y la relación médico-paciente son factores que se relacionan con los frecuentes reingresos a hospitalización.

El tipo de estudio al que pertenece el presente trabajo es observacional, transversal, descriptivo y estudio de casos. La muestra estuvo formada por 33 pacientes (23 hombres y 10 mujeres) con el diagnóstico de psicosis orgánica que durante los años de 1993 y 1994 presentaron más de dos reingresos a hospitalización.

Para evaluar la emoción expresada se utilizó el Método Cualitativo "La Muestra de Discurso de Cinco Minutos". Los cuestionarios estuvieron sujetos a un análisis Cuantitativo cuya confiabilidad se obtuvo por medio del Alpha de Cronbach a través del paquete computacional SPSS, los resultados fueron los siguientes: El Cuestionario OPAF del paciente obtuvo un Alpha de 0.78

El Cuestionario CONENFPA del paciente obtuvo un Alpha de 0.86

El Cuestionario Relación Médico-paciente obtuvo un Alpha de 0.69

El Cuestionario CONENFA obtuvo un Alpha de 0.42, por lo que se requiere otro tipo de análisis o en su defecto una revisión minuciosa del cuestionario para hacer el replanteamiento de los reactivos; sin embargo los resultados que arrojó fueron muy interesantes y responden de alguna manera a los objetivos planteados en este estudio.

Los resultados muestran que la Emoción Expresada por el familiar más cercano al paciente está asociada con los frecuentes reingresos a hospitalización.

Existe más conciencia de enfermedad en el familiar que en el paciente, los familiares advierten que la enfermedad de su paciente es incurable y que tomando los medicamentos no se curará ($X_2 = 18.861$, GL 4, $p < .001$) por lo tanto deberá tomar los medicamentos de por vida ($X_2 = 14.652$, GL 4, $p < .005$). Mientras tanto el paciente considera que su enfermedad es curable y que volverán a estar como antes de enfermarse ($X_2 = 7.200$, GL 1, $p < .007$).

La relación médico paciente es satisfactoria pero no forma conciencia de enfermedad ni propicia la adherencia terapéutica al tratamiento.

2. INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades mentales son padecimientos que tienen una gran prevalencia en nuestra comunidad y por lo que respecta a los enfermos crónicos éstos representan de alguna manera un problema de tipo social, económico, familiar e institucional porque, su padecimiento en la gran mayoría de los casos no es curable sino únicamente controlable y esto implica que estén utilizando los servicios e instalaciones psiquiátricas con cierta periodicidad y que en algunos casos se exceden de lo que corresponde a la evolución normal del padecimiento y así vemos que los mismos pacientes son hospitalizados una y otra vez en lapsos cortos de tiempo.

En la práctica diaria como psicóloga del Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No.10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, llamé mi atención los frecuentes reingresos a hospitalización de pacientes con el diagnóstico de " Psicosis Orgánica" que durante los años de 1993 y 1994 ocupó el primer lugar de ingresos y abarcó el 24.18% de los diagnósticos que se registraron en 1994.

Así mismo las estadísticas proporcionadas por el SIMO (Sistema de Información Médico Operativa) de la Unidad, mostraron que entre los años de 1993 y 1994 se registraron con ese diagnóstico 92 reingresos correspondientes a 35 pacientes, o sea el 38.4% de los reingresos en esos dos años, con un promedio mínimo de dos hospitalizaciones por paciente.

Para la institución los frecuentes reingresos representan un serio problema, debido a que, la atención que recibe el paciente, los esfuerzos realizados para lograr su recuperación, los gastos inicialmente invertidos que ascienden a la cantidad de \$ 1,499.72 nuevos pesos por día, (hasta febrero de 1995, dadas las características propia de la institución que abarca hospital psiquiátrico y Unidad de Medicina Familiar), sin incluir exámenes de laboratorio, electroencefalogramas, placas radiológicas y otros estudios que requieren interconsulta a instituciones de Tercer Nivel, se vuelven inútiles pues el paciente se encuentra nuevamente enfermo y peor aún, cada vez más deteriorado.

Por lo que respecta a la familia, el enfermo mental es el "chivo expiatorio" de la patología familiar, es un elemento que trastorna la dinámica familiar, que mueve los afectos en forma polarizada. Por un lado puede obtener una sobreprotección que lo hace sumamente dependiente y por otro, obtiene el rechazo total, de tal manera que lo quieren depositar permanentemente en la institución. Ambos casos representan problemas afectivos, sociales y económicos porque se trata de seres incapacitados, dependientes e improductivos.

Con los frecuentes reingresos a hospital podemos pensar que existen factores que intervienen no sólo para evitar el control de la enfermedad del paciente, sino para facilitar sus constantes recaídas. Estos factores pueden estar presentes en la dinámica familiar, sobre todo, en la emoción expresada, o sea, las actitudes y conductas de los familiares hacia el enfermo, las cuales según estudios realizados por Magaña y cols. (1985) están asociados con un alto riesgo de recaídas ya que en estas investigaciones se vio la importancia que tiene el medio ambiente familiar en el curso y evolución de los desordenes psiquiátricos.

La Concepción de Enfermedad es otro factor importante que origina que el paciente abandone el tratamiento y con ello se propicien las recaídas, pues ni los familiares aceptan la enfermedad de su paciente, ni los pacientes aceptan tener una enfermedad incurable que requiere tomar medicamentos de por vida para su control; ante esta negación y con las fantasías de curarse, en cuanto se sienten bien dejan de tomarlos según informes dados por algunos pacientes o sus familiares al ingresar al hospital.

También es muy frecuente que ante los efectos colaterales que producen algunos medicamentos, los familiares y pacientes creen que "la medicina les está haciendo daño" y dejan de tomarla sin el conocimiento del médico, esto nos hace pensar que la información que el médico le da al paciente no es lo suficientemente explícita para que el paciente tenga una idea clara de la enfermedad que padece, de su evolución, de las características de la misma, de la importancia que tienen los medicamentos para su control; así como, de los efectos colaterales que algunos producen. Todo este desconocimiento propicia por un lado, que el paciente y sus familiares tengan una concepción de enfermedad muy personal y por el otro, que ante esta concepción no le den importancia a los medicamentos ni logren tener adherencia al tratamiento farmacológico, abandonando éste en el momento en que se sienten bien.

La relación médico-paciente representa un factor importante dado que, de ella depende que el paciente tenga una correcta concepción de enfermedad, una adherencia terapéutica y por ende lleve con éxito el tratamiento. Puente Silva (1984) dice: "a mayor satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta, habrá un mayor y mejor cumplimiento a los programas de tratamiento; a mayor satisfacción en el paciente, habrá menor probabilidad de deserción y a mayor duración, es decir, continuidad en la relación, mejor será el cumplimiento".

Reconociendo que la relación médico-paciente es de vital importancia para el logro de un buen tratamiento, es conveniente recordar que en el Instituto Mexicano del Seguro Social se estableció un lema que consiste en proporcionar una atención con "Calidad y Calidez" y por lo que respecta a esta última en el servicio de psiquiatría es de primordial importancia dado el tipo de pacientes que

se atienden y así vemos que en esta institución el trato que se le brinda a los pacientes hospitalizados, en la gran mayoría de los casos, es mejor que el que reciben en su casa, por lo que muchos pacientes no quieren ser dados de alta. Se ha observado que cuando a un paciente se le concede un permiso terapéutico para pasar un fin de semana con sus familiares, en muchos casos regresan mal, prolongándose su estancia en el hospital, esto nos hace pensar que en la institución reciben el afecto, los cuidados y las atenciones que carecen en sus domicilios.

El no lograr que un paciente se recupere y que "funcione" hasta donde sus potencialidades se lo permitan, implica una carga social, familiar e individual que para el país representa un problema que frena su desarrollo.

Estamos viviendo una etapa histórica de cambios, en la que la excelencia en el trabajo es de primordial importancia, nos enfrentamos a vivir una competitividad profesional que de alguna manera puede ser benéfica para el país, pero perjudicial para muchos en el plano individual.

Esta investigación tuvo como objeto conocer los factores psicosociales que propician los frecuentes reingresos a hospitalización tanto del ambiente familiar por lo que respecta a la expresión de emociones del familiar más cercano al paciente, como de la parte institucional en cuanto a la concepción que el paciente tiene de su enfermedad y a la relación médico-paciente que de ser satisfactoria propicia la adherencia al tratamiento favoreciendo la correcta concepción de enfermedad por parte del paciente y sus familiares.

Claro está que no se pretende evitar las recaídas, puesto que esto, es propio de la enfermedad que hasta estos momentos, la ciencia no ha podido ser capaz de curar, pero si, de intervenir en el ámbito familiar y con el propio paciente para que lleve a cabo adecuadamente su tratamiento, se haga medianamente funcional y que los lapsos de tiempo entre cada recaída sean de mayor duración, así como de intervenir para ayudar hasta donde sea posible a mejorar su calidad de vida.

La E:E. se exploró a través de una entrevista abierta titulada The Five Minute speech sample "Muestra de Conversación de Cinco Minutos" (FMSS); la Concepción de Enfermedad y la Relación Médico-paciente se exploraron con cuestionarios ad hoc que fueron analizados con métodos cuantitativos.

Para llevar a cabo la investigación propuesta, se trabajó con los pacientes ambulatorios que acudieron a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social con el diagnóstico de "Psicosis Orgánica" 294.8 según la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión (CIE 9); por tal motivo se pone en práctica la

estrategia general número cuatro que propone el Plan General de Psiquiatría y Salud Mental del propio Instituto que dice:

"Que se promueva el desarrollo de la investigación científica, clínica y socio-médica-psiquiátrica, con el objeto de contar con mayor conocimiento sobre la magnitud y las características del proceso salud-enfermedad mental entre los derecho-habientes y sus beneficiarios; así como, para la determinación de prioridades programáticas".

Así mismo se llevan a cabo los objetivos específicos del Programa Delegacional de Salud Mental y Psiquiatría de la Delegación No.4 Sureste del Distrito Federal, donde se encuentra adscrita la clínica, consistentes en: "Conocer los problemas de salud mental más frecuentes de la población derechohabiente" y "Fomentar y participar en la investigación médica sobre los factores que influyen en la salud mental"; también se contribuye en parte para realizar una de las metas que se propone dicho programa que dice: "Llevar a cabo investigación para la población en riesgo, en el 70% en diversas áreas laborales a partir de enero de 1994.

Y por último, cumplir con la estrategia que marca: "Desarrollar protocolos de investigación en salud mental en los tres niveles de operación, en las unidades médicas, coordinados con investigación médica delegacional.

Por otro lado y desde el punto de vista académico, se hace notar que la metodología utilizada para explorar la Emoción Expresada en nuestro país es poco conocida, como pocos son los estudios en la que la han utilizado. La literatura nos muestra que los resultados obtenidos con estas técnicas metodológicas son de un gran interés científico pues es un predictor de recaídas en esquizofrenia y otros padecimientos crónicos y es nuestro deber como universitarios difundir todo aquello que represente un beneficio para la salud y el bienestar de nuestra población.

3. ANTECEDENTES

3.1 PREVALENCIA.

El Instituto Mexicano del Seguro Social atiende a una gran parte de la población de nuestro país, y a pesar de la gran prevalencia de pacientes con trastornos emocionales, éstos no son detectados por el médico familiar quién es el encargado de elaborar el pase correspondiente al segundo nivel de atención y a su vez pasar al tercero. Sin ese documento nadie puede ser atendido en ninguna especialidad; sin embargo, a pesar de este problema que nos impide detectar real y verdaderamente la prevalencia de estos padecimientos y a pesar de que en nuestro país los estudios de trastornos psiquiátricos en la comunidad son escasos, en el año de 1960 se llevó a cabo la primera investigación nacional sobre trastornos neuropsiquiátricos en centros hospitalarios y con personal médico. Los resultados encontrados mostraron una prevalencia de 4.43 % de población afectada por alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica (S.S.A. 1960).

En 1988 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) (Medina-Mora y cols., 1992). Este trabajo constituye el primer estudio en México que intenta establecer la prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos en población general a través de encuestas en hogares. Para la obtención de las categorías diagnósticas se constituyó un instrumento de fácil aplicación y comprensión y se utilizaron los criterios del DSM-III. Entre los resultados obtenidos se observó que los trastornos depresivos mayores; así como, las neurosis depresivas predominan en las mujeres en el 4.7 % de la población estudiada mientras que los hombres obtuvieron un porcentaje de 2.8 %.

Padilla y cols. (1980) en un estudio realizado durante cinco semanas en un hospital privado de la ciudad de México con población de 18 a 64 años de edad que asistió a consulta médica general, encontró que el 34 % de dicha población presentó algún tipo de padecimiento que requería atención especializada, siendo la prevalencia de trastornos emocionales mayor en la población femenina el 38% que en la masculina 26%. En los trastornos mentales lo suficientemente severos como para ser hospitalizados la prevalencia es mayor en hombres (5.4%) que en mujeres (4.1 %). En las psicosis, la diferencia entre ambos sexos es muy pequeña siendo ligeramente más frecuente en la población masculina.

En dicho estudio se observó que la edad y la escolaridad son variables importantes. Entre los 18 y 40 años de edad, la prevalencia de enfermedad mental es del 30% en comparación al 22% que corresponde a la población de

mayor edad. Por lo que respecta a la escolaridad, se observó que las mujeres menos instruidas (de 0 a 11 años cursados) representan el 41% de las pacientes con padecimientos mentales en comparación al 31% de las mujeres que por lo menos terminaron preparatoria. Este fenómeno es inverso en la población masculina, ya que en los más instruidos es el 28% y en los de escolaridad de 0 a 11 años cursados es el 19%.

En los Estados Unidos de Norteamérica el Consejo Nacional Consultor de Salud Mental, presentó un reporte en el que se habla de los esfuerzos y avances epidemiológicos que han establecido la prevalencia de desórdenes mentales en general y específicamente de los desórdenes mentales severos. (Paredes, 1993, página 1447) dio a conocer los siguientes datos acerca de los costos en el tratamiento de desórdenes mentales severos en ese país:

"Cerca de cinco millones de americanos (2.8% de la población adulta) experimenta desórdenes mentales en el periodo de un año; atendándose estos desórdenes se estima que le cuesta a la Nación \$20 billones de dólares al año (con un adicional de 7 billones en costos de enfermería en el hogar), estos costos representan el 4% del total del presupuesto de los Estados Unidos dirigidos al cuidado de la salud, pero cuando en estos costos se incluyen también los de desórdenes mentales severos, el financiamiento exacto anual es de \$74 billones de dólares".

3.2 PSICOSIS ORGÁNICA.

El término "Trastorno Mental Orgánico" según Goldman (1989), indica anomalías psicológicas y de la conducta que son resultado de disfunción cerebral transitoria o permanente.

Los trastornos mentales orgánicos se distinguen de los trastornos funcionales como esquizofrenia y enfermedades afectivas en que tienen causas biológicas y mecanismos fisiopatológicos conocidos.

Según Charles y Wells (1975) el adjetivo "orgánico" se utiliza en tres sentidos específicos:

1/o.- Se aplica a aquellos síndromes de cambio psicológico y conductual que pueden atribuirse directamente a anomalías de la estructura cerebral, de la química cerebral o de la función eléctrica.

2/o.- Se aplica a enfermedades o disfunciones cerebrales específicas, los denominados trastornos mentales orgánicos en el DSM-III.

3/o.- Se aplica a los cambios específicos de la estructura o función cerebral que pueden detectarse por métodos neuropatológicos, neuroquímicos o neurofisiológicos.

Por lo anterior se hace necesario conocer la diferencia entre síndromes orgánicos y trastornos orgánicos.

Síndrome según el Diccionario de Psicología (1981) es el término que designa el conjunto de síntomas de una enfermedad. Los síndromes orgánicos ocupan una posición muy especial en la nosología psiquiátrica porque son los únicos síndromes psiquiátricos en los que pueden identificarse habitualmente causas exactas para las cuales pueden aplicarse medidas de tratamiento específicas.

Trastornos orgánicos son aquellas perturbaciones mentales debidas a cambios estructurales del cerebro, los trastornos cerebrales individuales a menudo producen varios síndromes diferentes, es importante reconocer que el diagnóstico de un síndrome o trastorno orgánico no impide el diagnóstico de un trastorno funcional.

En el caso de los pacientes que reingresan frecuentemente al hospital y que forman la muestra de esta investigación, la psicosis orgánica que padecen ha sido inducida por traumatismo craneoencefálico, alcoholismo crónico y farmacodependencia. Veamos cada uno de ellos:

TRASTORNOS MENTALES PROVOCADOS POR, O ASOCIADOS A, TRAUMATISMOS CRANEALES.

Debido a la creciente frecuencia de accidentes en la industria y en el tráfico urbano se percibe un notable aumento de los trastornos mentales traumáticos, por lo que existe una gran relación entre el traumatismo craneal y el desarrollo de un trastorno mental.

Las alteraciones mentales asociadas a traumatismo del cráneo se dividen en : A) Las que son provocadas por un trastorno cerebral agudo y B) las que son provocadas por un trastorno cerebral crónico. (Kolb, 1982).

A).- Los trastornos agudos que se presentan después de un traumatismo en la cabeza corresponden a uno de los siguientes síndromes:

- 1.- Concusión
- 2.- Coma Traumático
- 3.- Delirio Traumático
- 4.- Síndrome Amnésico Confabulatorio o Síndrome de Korsakoff.

Síndrome de Concusión.

En la concusión existe una interrupción fisiológica momentánea de los procesos cerebrales, provocada por el traumatismo craneal. La concusión es la consecuencia del impacto sobre el cráneo de una fuerza intensa, paralizante desde el punto de vista funcional.

Algunos de los síntomas remotos que se presentan después de la concusión pueden deberse a cambios en la célula nerviosa que ocurren cierto tiempo después de la concusión misma. El período de inconsciencia puede ser momentáneo o prolongarse durante horas.

Coma Traumático.

El coma se caracteriza por una ausencia de respuestas a los estímulos, puede durar horas o varios días, según el grado y la extensión del traumatismo. Un coma prolongado puede producirse debido a una concusión grave sin herida, o más frecuentemente debido a una concusión asociada a contusión. Un coma que dura más de 24 horas habitualmente indica que se trata de una contusión intensa.

Después del coma se presenta un período de estupor, inquietud y obnubilación de la conciencia, del cual el paciente puede emerger hacia la conciencia clara o pasar a un estado de delirio traumático.

Delirio Traumático.

Si después de un traumatismo en la cabeza se presenta delirio, habitualmente comienza cuando el paciente esta saliendo en forma gradual del estupor o del coma traumático, en la mayoría de los casos el delirio es ligero y consta de confusión, irritabilidad, alucinaciones oníricas, inquietud y trastornos moderados del sensorio, si se presentan alucinaciones habitualmente son visuales.

El delirio que se prolonga durante más de una semana sugiere la existencia de un daño considerable.

Síndrome amnésico confabulatorio o síndrome de Korsakoff.

Un síndrome relativamente frecuente que se presenta después de un traumatismo en la cabeza, es el que Korsakoff describió por primera vez en el alcoholismo crónico, el rasgo más prominente de este síndrome es la confabulación, aunque se acompaña de desorientación y alteraciones en la percepción y la memoria reciente, es más apropiado llamarlo "síndrome amnésico-confabulatorio" Los síntomas que se presentan después de un traumatismo son de menor duración que los del síndrome alcohólico de korsakoff.

B).- Trastornos crónicos provocados por o asociados a traumatismos craneales.

Los trastornos crónicos pueden dividirse en dos subgrupos. Uno esta formado por los trastornos cuyos síntomas son el resultado directo del traumatismo y el otro por los síndromes que son el resultado secundario del traumatismo en la cabeza.

Dentro de los primeros encontramos los trastornos postraumáticos de la personalidad en niños y adultos y las alteraciones postraumáticas con defecto mental como son las encefalopatías traumáticas de los pugilistas y los trastornos convulsivos traumáticos como la epilepsia traumática.

En el segundo subgrupo que corresponde a los trastornos provocados secundariamente por el traumatismo craneal encontramos las psicosis con traumatismo craneal, en estos trastornos la psicopatología se presenta después de las lesiones cerebrales y presentan tres tipos de síntomas: el primero expresa el conflicto al cual se enfrenta el individuo; el segundo refleja la tendencia a construir acciones substitutivas para adaptarse a las demandas del ambiente de la manera más efectiva, dadas las circunstancias del defecto consecuente a la lesión; y el tercero es el resultado directo de la alteración en el funcionamiento cerebral.

Entre los síntomas que revelan el defecto del paciente, está lo que en la actualidad se conoce comúnmente como reacción catastrófica que se presenta simultáneamente con la tentativa de llevar a cabo la tarea en la cual el paciente fracasa por lo que repentinamente se vuelve ansioso, agitado, puede tener un aspecto obnubilado, se ruboriza o palidece, puede presentar otros signos de alteración del sistema nervioso autónomo como pulso irregular y cambios en la frecuencia respiratoria, también puede volverse evasivo, hosco, irritable e incluso agresivo.

Trastorno postraumático de la personalidad .

Aunque estas alteraciones de la personalidad son propiamente el resultado de las lesiones en el contenido cerebral, los factores psicológicos habitualmente participan en ellos, en un grado variable. Por lo tanto, el traumatismo craneal se experimenta como una forma de trauma psíquico. El síntoma inicial es angustia al que le siguen cefalagia, vértigo, fatigabilidad, hipersensibilidad a los estímulos sensoriales intensos, insomnio, alteración de la memoria y de la capacidad para concentrarse, disminución de los intereses y de la espontaneidad, agravamiento de los síntomas con el calor, la excitación y los esfuerzos.

Alteración postraumática con defecto mental.

No es raro que cuando el paciente recupera la conciencia después del delirio, se manifiesta una alteración de la capacidad mental previa. La forma moderada de dicha alteración consiste en pérdida de la iniciativa, retardo mental, pérdida del sentido de responsabilidad e incapacidad para reconocer las relaciones abstractas .

Epilepsia Traumática.

Una de las secuelas de las lesiones cerebrales puede ser la epilepsia. Las estadísticas respecto a la frecuencia de crisis epilépticas después de traumatismos craneales son variables (de 4.5 % según Sagant a 34% según Denny Brown)

Psiconeurosis.

Por lo que respecta al trastorno mental secundario a traumatismo craneal tenemos la psiconeurosis, la cual no se establece al ocurrir la lesión sino después de un período variable, a este lapso se le denomina "período de incubación y contemplación" Es frecuente encontrar antecedentes de que el paciente se recuperó de los síntomas orgánicos producidos por el traumatismo y estaba a punto de regresar a su trabajo durante un período breve cuando volvieron a

aparecer la cefalagia, el mareo y otros síntomas que le hicieron imposible continuar su trabajo.

TRASTORNOS MENTALES POR ALCOHOLISMO.

El alcoholismo y los trastornos metabólicos asociados a él, pueden conducir hacia la producción de síndromes cerebrales tanto agudos como crónicos.

Las reacciones psicológicas secundarias al alcoholismo ocurren a una edad media, alrededor de los 40 años, son la consecuencia de hábitos de ingestión de alcohol que se iniciaron muchos años atrás.

La adicción al alcohol es sintomática de un trastorno de la personalidad, es más común en los hombres que en las mujeres, de ahí que las psicosis producidas por el alcohol prevalecen más en este sexo, siendo las más comunes el delirium tremens, psicosis de Korsakoff, alucinosis aguda, paranoia alcohólica y otras encefalopatías.

Delirium Tremens.

Esta psicosis aguda puede desarrollarse en el alcohólico crónico después de un exceso especialmente intenso y prolongado, habitualmente el cuadro va precedido de aversión a la comida, inquietud, irritabilidad y sueño perturbado durante el cual aparecen pesadillas aterradoras, las ilusiones y alucinaciones que al principio son ocasionales, se van haciendo más frecuentes, fugaces y aterradoras. También se presentan alucinaciones táctiles, olfatorias y visuales las cuales a menudo tienen el carácter de objetos que parecen estarse moviendo y en especial representan animales repulsivos de formas fantásticas que aterrozan al paciente y lo hacen que luche por escapar de ellos.

La conciencia esta obnubilada y el paciente puede hallarse en un estado de confusión profunda, con desorientación respecto al tiempo y el espacio, la atención es fugaz y las impresiones se retienen solo un momento.

Psicosis de Korsakoff.

Este padecimiento es uno de los diversos síndromes que resultan de la deficiencia de vitamina B, a la cual el alcohólico esta especialmente propenso debido a su absorción intestinal alterada, su dieta limitada principalmente de alcohol, sin vitaminas y su elevado requerimiento vitamínico resultante del gran efecto calórico del alcohol; la deficiencia de tiamina y de niacina es la principal responsable.

A primera vista la conciencia puede parecer clara y el trastorno mental parece no tener un aspecto de gravedad; sin embargo, al interrogar al paciente el médico a menudo se sorprende del grado de alteración mental.

Aunque el enfermo conserva un poder de captación relativamente bueno de lo que ve, está desorientado con respecto a lo que está más allá de la observación inmediata y respecto a lo que depende de la memoria. Presenta amnesia anterógrada y con mucha frecuencia el paciente no puede recordar lo que se le acaba de decir; puede haber confabulación que consiste en que el paciente recita acontecimientos imaginarios para llenar sus lagunas de memoria y como una defensa contra la angustia ante su funcionamiento defectuoso, esta enfermedad es más frecuente en el sexo femenino.

Alucinosis aguda.

Habitualmente se le ha clasificado como una psicosis alcohólica, solo se desarrolla después del uso excesivo y prolongado de alcohol, aunque habitualmente un aumento en su ingestión es el factor precipitante puede resumirse como un cuadro de alucinosis auditiva cuyo contenido suele ser acusador, amenazante o de ambos tipos, no es raro encontrar también alucinaciones olfatorias e ilusiones visuales.

Las alucinaciones visuales pueden intercalarse en el cuadro a un grado mínimo, pero rara vez se presentan en un caso típico, la conciencia permanece clara, el paciente permanece orientado y proyecta sus alucinaciones hacia el medio ambiente real, después de la recuperación no existe amnesia respecto a los incidentes ocurridos durante el curso de la enfermedad.

La alteración en el estado de ánimo habitualmente es intensa y se caracteriza por miedo y aprensión, el paciente puede intentar suicidarse aterroizado por las amenazas de sus perseguidores imaginarios o desesperado por las voces acusadoras y el pánico.

Paranoia alcohólica.

Se caracteriza en su forma típica por ideas delirantes de celos e infidelidad, al principio el paciente es irritable encuentra defectos en todo y es desconfiado; posteriormente, se agregan acusaciones de infidelidad conyugal.

El patrón previo de la personalidad de estos pacientes habitualmente se caracteriza por terquedad, desconfianza, resentimiento, proyección y otros mecanismos defensivos.

A causa del desarrollo incompleto y la mala integración de su personalidad estos pacientes son especialmente ineptos para satisfacer la demanda prolongada de adaptación social que implica el matrimonio acusando a su esposa del interés que ellos mismos experimentan hacia otros hombres.

FARMACODEPENDENCIA.

Según la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) la farmacodependencia se define como un estado psíquico, y a veces físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga, se caracteriza por respuestas conductuales y de otro tipo, que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga en forma continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evadir la incomodidad de su ausencia. (Kolb 1982).

Es frecuente encontrar en las salas de urgencias a pacientes intoxicados por anticolinérgicos, como son los fármacos antiparkinsonianos (trihexifenidilo, benzotropina) antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) y medicaciones antipsicóticos (tioridacina, clorpromacina) y una vez que se ha pasado la urgencia estos pacientes son hospitalizados en psiquiatría.

Otro tipo de pacientes que frecuentemente reingresan a este hospital y que forman la mayoría, son aquellos con daño cerebral ocasionado por la adicción a drogas como cocaína, cannabis, hashish, hongos y sustancias volátiles como tiner, cemento, activo, etc.

La gravedad y el tipo de los signos y los síntomas de los síndromes cerebrales orgánicos dependen de factores físicos, psicológicos y sociales, entre los factores físicos tenemos:

- a) Grado de lesión orgánica
- b) Rapidez a la cual ocurre la afección cerebral
- c) Estado físico del paciente

Entre los factores psicológicos tenemos:

- a) Personalidad y mecanismos psicológicos de defensa del paciente.
- b) Inteligencia y educación del paciente.
- c) Nivel de ajuste psicológico premórbido del paciente.
- d) Estrés psicológico y conflictos actuales, tanto familiares como personales del paciente.

Entre los factores sociales tenemos:

- a) Grado de aislamiento social y apoyo
- b) Grado de familiaridad con el ambiente.
- c) La estimulación sensorial insuficiente o excesiva puede producir confusión al paciente con síndrome cerebral orgánico.

En el centro de trabajo en donde se realizó la presente investigación el diagnóstico de los padecimientos mentales se hace con base al CIE 9 (Clasificación Internacional de las Enfermedades , Novena revisión). (O.M.S. 1975).

El diagnóstico de " Psicosis Orgánicas" ocupó el primer lugar de ingresos a hospitalización durante los años de 1993 y 1994, motivo por el cual se eligió como tema de estudio para conocer los factores psicosociales que propician los frecuentes reingresos.

En esta publicación se clasifican las psicosis del 290 al 299 definiendo en general a las psicosis como: "Trastorno mental en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal, que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinaria de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad. No es un término exacto ni bien definido. Excluye el retraso mental.

Psicosis Orgánica (290-294).- Síndrome en los cuales se presenta un deterioro de la orientación, de la memoria, de la comprensión de la habilidad para el cálculo, de la capacidad para el aprendizaje y del juicio. Estas son las características esenciales pero también puede encontrarse superficialidad o labilidad del afecto o una persistente alteración del ánimo, mengua de las normas éticas, aparición de rasgos nuevos de la personalidad o exageración de los preexistentes; así como, disminución de la capacidad para la toma de decisiones independientes.

No incluye las psicosis de los tipos clasificables en 295 a 298 (psicosis esquizofrénica, psicosis afectiva, estados paranoides y otras psicosis no orgánicas) y las que no muestren las características arriba mencionadas, aún cuando estuvieran asociadas con afecciones orgánicas.

En este glosario, el término "demencia" incluye psicosis orgánica de la índole descrita, de naturaleza crónica y progresiva, que si no se tratan por lo común son irreversibles y terminales.

El término "delirio" en este glosario comprende psicosis orgánicas de corta duración en las cuales las características arriba enumeradas pasan a segundo término frente a la obnubilación de la conciencia, confusión, desorientación, ilusiones y, a menudo, vividas alucinaciones. Incluye síndrome psicótico orgánico cerebral.

294.8 Otras Psicosis Orgánica.- Estados que satisfacen los criterios requeridos para ser clasificados como psicosis orgánica pero que no toman la forma de un estado confusional (293 Psicosis orgánicas transitorias, de una psicosis de Korsakoff no alcohólica 294.0, ni de una demencia 294.1). Incluye trastorno leve de la memoria que no llega a la demencia.

De acuerdo a la clasificación actual del CIE 10, este padecimiento se encuentra clasificado con el número F07.0 "Trastorno Orgánico de la Personalidad" que se caracteriza por la alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbidos. Estas alteraciones afectan de un modo particular a la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos. Los procesos cognoscitivos pueden estar afectados en especial o incluso exclusivamente en el área de la planificación de la propia actividad y en la previsión de probables consecuencias sociales y personales, como en el llamado síndrome del lóbulo frontal. No obstante, se sabe que este síndrome se presenta sólo en lesiones de otras áreas circunscritas del cerebro. (O.M.S. 1992).

Pautas para el diagnóstico.

Un diagnóstico definitivo se basa, además de los claros antecedentes u otra evidencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, en la presencia de dos o más de los siguientes rasgos:

- a) Capacidad persistentemente reducida para mantener una actividad — orientada a un fin, concretamente las que requieren periodos largos de tiempo o gratificaciones mediatas.
- b) Alteraciones emocionales, caracterizadas por labilidad emocional, simpatía superficial e injustificada (euforia expresión inadecuada de júbilo) y — cambios rápidos hacia la irritabilidad o hacia manifestaciones súbitas de ira y agresividad. En algunos casos el rasgo predominante puede ser la apatía.
- c) Expresión de necesidades y de impulsos que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales (el enfermo puede llevar a cabo actos antisociales tales como robos, comportamientos sexuales inadecuados, comer vorazmente o no mostrar preocupación por su higiene y aseo personales).

- d) Trastornos cognoscitivos, en forma de suspicacia o ideas paranoides o preocupación excesiva por un tema único, por lo general abstracto (por ejemplo, la religión, el "bien y el mal"), o por ambas a la vez.
- e) Marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, sobreinclusividad, pegajosidad e hipergrafía.
- f) Alteración del comportamiento sexual (disminución de la sexualidad o cambio del objeto de preferencia sexual).

Incluye: Síndrome del lóbulo frontal.

Trastorno de personalidad de la epilepsia límbica.

Síndrome postlobotomía

Personalidad orgánica pseudopsicopática.

Personalidad orgánica pseudorretrasada.

Estado postleucotomía.

Excluye: Transformación persistente de la personalidad tras experiencias catastrófica (F62.0)

Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica (F62.1)

Síndrome postconmocional (F07.2)

Síndrome postencefalítico (F07.1)

Trastorno de personalidad (F60.0)

La atención psiquiátrica que se les brinda a estos pacientes tomando en consideración estos factores, influye de alguna manera para que el paciente se encuentre controlado o entre en crisis.

A pesar de los grandes avances que se han registrado en el entendimiento y tratamiento de estos pacientes, en nuestra comunidad un buen número ha sido hospitalizado por más de dos veces en el transcurso de un año.

En la literatura internacional, Paredes (1993) nos comenta que los medicamentos antipsicóticos reducen la sintomatología en un 60% y en aquellos pacientes que experimentan síntomas en su primer brote psicótico lo reducen en un 70% y 85%. Estos medicamentos sostienen en un 60% las frecuentes recaídas de los pacientes que requieren hospitalización.

Si se añade al tratamiento médico farmacológico, programas psicosociales específicos se puede reducir la rehospitalización de 25% a 30% en un periodo de dos años.

Particularmente efectivos son los programas psicosociales que tienen como finalidad fomentar habilidades en los familiares para el manejo del miembro enfermo con lo cual se reduce el sufrimiento que producen las enfermedades psicóticas.

Aunque los medicamentos antipsicóticos y los mencionados tratamientos psicosociales pueden mejorar substancialmente la calidad de vida de un buen número de personas con estos padecimientos, del 10% al 20% de estos pacientes tienen un deterioro crónico de la enfermedad.

Una nueva esperanza surge para reducir aún más los porcentajes de recaídas antes mencionadas, con la aparición de un medicamento (Clozapine) pero que, desgraciadamente por ser demasiado caro no está al alcance de los pacientes que asisten a nuestra consulta y menos aún será posible incluirlo en el Cuadro Básico de medicamentos, dadas las políticas de austeridad que estamos viviendo.

3.3 EMOCIÓN EXPRESADA

Se llama Emoción Expresada (E.E.) a la medida de las actitudes y sentimientos que el familiar expresa acerca del miembro de la familia que se encuentra mentalmente enfermo. Trabajos llevados a cabo la última década han dado buena evidencia de que el concepto de E.E., es tan válido como confiable y además, es un predictor exacto de recaída en pacientes esquizofrénicos.

Originalmente iniciada en Gran Bretaña, la medida de E.E. actualmente esta siendo usada en un buen número de países desarrollados y en desarrollo. Brown y cols, (1958)

El Concepto de Emoción Expresada proviene del trabajo iniciado en Inglaterra por Brown y sus colegas Carstairs y Topping en 1958. (citado por Hooley, 1985) quienes trabajaron con 229 pacientes masculinos dados de alta, de los cuales dos tercios de ellos tenían el diagnóstico de esquizofrenia. Brown descubrió que el éxito o fracaso de los pacientes en la comunidad de alguna manera se debía a la forma de vida grupal a la que ellos regresaban y además notó que la cantidad de contacto de los pacientes con sus parientes, o sea, pasar largos períodos de tiempo con sus familiares era otra variable importante.

Sobre la base de estas observaciones retrospectivas, Brown inició un estudio prospectivo en colaboración de Monck, Carstairs y Win en 1962 (citado por Hooley, 1985) para este fin, se reclutaron 128 pacientes esquizofrénicos masculinos los cuales fueron entrevistados poco tiempo después de su alta del hospital psiquiátrico. Dos semanas después regresaron a casa y nuevamente un año más tarde fueron entrevistados. El pariente femenino indispensable de cada paciente fue también entrevistado en tres ocasiones con el objeto de valorar los niveles de E.E. La hostilidad y dominancia fueron valoradas en parientes y pacientes. Si el pariente indispensable era valorado alto en hostilidad presentaba un registro alto de E.E. y con base a esto, los pacientes fueron divididos en dos grupos etiquetados con involucramiento emocional alto y bajo. Los pacientes que retornaron a casa con alto involucramiento emocional estaban más propensos a recaer sobre el período de seguimiento de un año que aquellos que regresaron con parientes que fueron registrados con niveles bajos de involucramiento emocional.

Con base a estos descubrimientos originales, Brown y Rutter en 1966, trataron de mejorar los registros de emoción estableciendo técnicas confiables de medición e investigando cuestiones de validez; el resultado fue la Entrevista Familiar Camberwell (CFI) "Entrevista Familiar Armoniosa". La entrevista se enfocaba a las siguientes áreas: La historia psiquiátrica de los pacientes, el período de tiempo disponible de la familia, la reciente sintomatología,

quehaceres en el hogar, la relación entre el pariente y el paciente, la percepción del pariente y la actitud hacia la enfermedad.

La Emoción Expresada (E.E.) ha sido el término usado para describir las actitudes y sentimientos que expresan los parientes acerca de los pacientes durante la entrevista CFI, es decir: 1) actitud crítica; 2) actitud hostil y 3) extremo involucramiento emocional con el paciente.

Un pariente era catalogado con alta emoción expresada basándose ya sea en el alto número de críticas expresadas hacia el paciente y/o al involucramiento emocional con el paciente. La puntuación límite para distinguir una alta E.E. crítica en el familiar era de mayor o igual a siete expresiones críticas durante la entrevista y la puntuación límite del involucramiento en alta emoción expresada era mayor o igual que 4 (moderadamente alta).

Este método de evaluación ha demostrado ser valioso pero difícil de aplicar ya que requiere de un largo entrenamiento, el cual se termina en un período de varios meses. Para su administración se requieren aproximadamente 3 horas, y para codificarse de 4 ó 5 horas.

En 1976 Vaughn y Leff hicieron modificaciones para abreviar dicha entrevista. La nueva versión toma aproximadamente una hora y media o dos horas para la administración y es siempre audiograbada para más tarde codificarse; la codificación se lleva a cabo en 3 ó 4 horas.

La versión abreviada de la CFI ha mostrado que tiene una validez comparable a la versión original ya que reportaron una confiabilidad para crítica de .86 (correlación producto momento de Pearson) y su aplicación puede ser realizada por individuos que han recibido aproximadamente un mes de entrenamiento.

La entrevista se aplica generalmente a un cónyuge o a un padre pero ocasionalmente a un hermano o hermana u otro familiar, quienes se consideran los parientes claves por ser éstos los que se han hecho cargo del paciente y con los que convive más. Con dicha entrevista se pretende ganar información concerniente a: 1) el ataque y descubrimiento del episodio de enfermedad presente en el paciente y 2) el grado en que se ha afectado cada aspecto de la vida familiar como las tareas domésticas, la atmósfera en la casa, etc. siendo la perspectiva crucial de los investigadores valorar la conducta del pariente y en particular los sentimientos que él o ella expresen acerca del paciente en el curso de la entrevista.

Los registros de la CFI de parientes están basados sobre cinco escalas: crítica, hostilidad, sobreinvolucramiento emocional, calidez y observaciones positivas.

Crítica.- La crítica es definida como el disgusto o desaprobación de la conducta o características de una persona.

Los comentarios críticos hechos acerca del paciente pueden ser juzgados en base al contenido y/o al tono de voz. Para que una observación sea evaluada como crítica sobre contenido tiene que haber una declaración clara y poco ambigua de resentimiento, desaprobación o disgusto. En cuanto al tono de voz aquí la crítica es evidente en el tono, velocidad e inflexión impartida a lo declarado por la persona.

Hostilidad.- La hostilidad involucra un sentimiento negativo mucho más generalizado y es usualmente una crítica severa del sí mismo del paciente bastante más que sus acciones específicas o conductas. Los ejemplos de hostilidad incluye aspectos de generalización o rechazo. Ej. "él es estúpido". "todo lo que hace es estúpido", "Lo más distante que este de él es mejor".

Mientras la crítica es valorada simplemente contando el número de observaciones críticas que el pariente hace acerca del paciente, la hostilidad es registrada usando una escala de 3 puntos. Como la hostilidad esta raramente presente sin crítica, ello tiene relativamente poco valor como un predictor independiente.

Sobreinvolucramiento emocional.- Refleja una respuesta emocional exagerada a la enfermedad del paciente, comprende aspectos de sobreprotección, sacrificio del sí mismo, es decir una conducta marcadamente sobreprotectora con niveles inapropiados de preocupación mostrados por el pariente.

Calidez y Observaciones positivas.- estas dos valoraciones se han discutido poco en la literatura y empíricamente se ha encontrado que contribuyen escasamente al poder predictivo de los registros de E.E.

La calidez se advierte en el tono de voz el cual es claramente positivo.

Las observaciones positivas están definidas primariamente por el contenido y el reflejo sin ambigüedad de aprobación y apreciación.

Mientras el registro para observaciones positivas esta basado sobre el número total de tales observaciones hechas durante el curso de la entrevista, el registro para calidez esta valorado usando una escala de 5 ó 6 puntos.

Parece probable que tanto la crítica como el sobreinvolucramiento son percibidos en general como estresantes, aunque por diferentes razones. La crítica implica intolerancia y desaprobación; el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y niveles altos de ansiedad en el pariente. Ambos pueden construir igualmente ambientes adversos que propician recaídas.

Vaughn y Leff replicaron los resultados de Brown (citado por Kuipers, 1988) usando un umbral crítico de siete o más comentarios críticos y/o sobreinvolucramiento emocional marcado (el registro de hostilidad fue omitido, debido a que no fue encontrado en ausencia de crítica alta) observaron a parientes dentro del subgrupo de alta E.E. y encontraron un registro de recaída en 9 meses de seguimiento de 50% en el grupo de alta E.E. comparado con un registro de 12% en el grupo de baja E.E.

Un hallazgo interesante que emergió de los datos de estos investigadores fue que la relación entre recaída y E.E. no parece ser única de la esquizofrenia, pues los resultados emanados de un grupo control de pacientes depresivos extendió la utilidad del constructo de E.E. y sugirió que la E.E. puede bien ser un concepto de validez predictiva no solamente para pacientes esquizofrénicos sino también para individuos depresivos.

En 1982 Vaughn, Snyder, Jones y cols. (citado por Ronald y cols. 1985) realizan el primer estudio con población americana en la ciudad de California. Se considera que el estudio de California es el primer reporte publicado en los Estados Unidos. Los hallazgos en California se asemejan cercanamente a los hallazgos ingleses. Sin embargo, en el estudio americano solamente la combinación de medicación regular y el menor contacto del paciente con el pariente significativamente disminuyó la recaída en pacientes expuestos a parientes con alta E.E.

Los hallazgos sugieren que el impacto de la E.E. cambia en las diferentes poblaciones socioculturales y que es un factor de predicción que debe ser aplicado tomando en cuenta la cultura y los patrones intrafamiliares.

Los antropólogos y los psicólogos considerando que la E.E. es un índice global de emociones particulares, actitudes y conductas expresadas por parientes acerca de un miembro de la familia y han demostrado que las emociones no pueden propiamente ser consideradas como un privado intrapsíquico o un fenómeno psicobiológico, las emociones no son menos que otras actitudes, creencias, y conductas que están substancialmente medidas por la cultura y no pueden ser examinadas más que en su contexto.

Es conocido que en los medios culturales menos desarrollados las actitudes ante comportamientos desviados suelen ser más tolerantes y menores las exigencias ante el funcionamiento social; en la actualidad estos estudios se han proliferado notablemente y cubren culturas con un rango de patrones familiares europeos, anglo-americanos, México-americano (Karno y cols. 1987), e indios que han establecido un consenso impresionante para el valor de E.E. en la predicción de recaídas, no sólo en esquizofrenia ya que ahora se ha encontrado que puede ser útil en una variedad de otras condiciones incluyendo

depresión según estudios de Vaughn y Leff 1976 y Hooley y cols. en 1986, (citado por Kuipers, 1988) desorden bipolar, anorexia, impedimento mental, la enfermedad de parkinson y demencia senil.

El análisis de la medida de E.E. se caracteriza por su simplicidad ya que típicamente esta dicotomizado en grupos de alta y baja E.E. y pacientes dentro de grupos que recaen o no recaen. La alta E.E. esta asociada con miedos y ansiedades por parte de los parientes, particularmente cuando ellos no atribuyen la conducta del paciente a la enfermedad. Parientes críticos y hostiles tienden a ver al paciente como la causa de los problemas y proveen un medio ambiente hogareño poco predecible para los pacientes.

Al parecer hay tres grupos de parientes: en un extremo están los parientes con muy baja E.E. que hacen frente bien a cualquier circunstancia. En el otro extremo están los parientes con muy alta E.E. que tienen múltiples problemas y hacen frente muy mal a la mayoría de ellos incluyendo al paciente. Entre ambos extremos se encuentran los parientes que forman un grupo vacilante que puede cambiar de categoría dependiendo de su habilidad para aprender nuevas formas (a través de la intervención de otros) de habilidades para manejar crisis.

Aunque la asociación entre E.E. por el pariente y la recaída del paciente permanece fuerte y constante, nuevos estudios han demostrado que existen tres factores que interactúan y modifican la influencia del sobreinvolucramiento emocional de parientes ellos son:

- a) Drogas neurolépticas
- b) Cantidad de contacto cara a cara existente entre el paciente y el pariente.
- c) Eventos de la vida.

Drogas Neurolépticas. - La posibilidad de que la medicación podría servir para proteger a pacientes que viven con parientes con alta E.E. fue sugerida primero por Brown y cols. en 1972. En la replicación de Vaughn y Leff en 1976 (citado por Kuipers, 1988) el 78% de los pacientes que no tomaron fenoteasinas y vivían con parientes con alta E.E. recayeron en comparación con el 25% de aquellos que vivían con parientes con alta E.E. pero que regularmente tomaron droga, por lo tanto la medicación mantenida parece ejercer una influencia protectora sobre pacientes expuestos a parientes altamente críticos o excesivamente sobreinvolucrados emocionalmente.

Cantidad de contacto cara a cara existente entre el paciente y el pariente.- Los registros de recaída más alta (92%) se encuentran en pacientes que permanecen más de 35 horas por semana con parientes con alta E.E. y que no están en suma tomando drogas neurolépticas.

Los efectos protectores tanto de drogas como de contacto reducido parecen operar solamente en situaciones donde los pacientes están viviendo en familias con alta E.E., los registros de recaída con baja E.E. están pareciendo inafectados por tales influencias.

Eventos de la vida.- Los eventos de la vida pueden ser otra fuente de estrés que son importantes en causar episodios de esquizofrenia. Beblington y Kuipers (1988) examinaron la interacción entre la experiencia de los eventos de la vida en los tres meses anteriores al ataque que causó la admisión el índice de medicación del paciente y el nivel de E.E. en el pariente indispensable.

Leff y cols. en 1983 concluyeron que en pacientes indefensos de medicación, la recaída podría ser ocasionada tanto por un evento de la vida o por vivir con parientes con alta E.E. Sin embargo en pacientes que toman medicación la recaída requirió la experiencia tanto de parientes con alta E.E. como un reciente evento de la vida.

Varios reportes de intervención social están ahora siendo publicados y otros están siendo concluidos. Los estudios de intervención son importantes tanto clínica como teóricamente ya que su finalidad es reducir los niveles de E.E. de los parientes así como reducir el contacto social mutuo por debajo de las 35 horas a la semana.

Los estudios de intervención se llevan a cabo por medio de sesiones educativas en casa dirigidas a los familiares y a los pacientes, cosa que trae como consecuencia una reducción en el índice de recaídas. Este fin fue logrado por Leff y cols. en 1982 (Kuipers, 1982) cuando su grupo experimental mostró un registro de recaídas del 8% contrastando con el 50% en el grupo control.

Otro estudio de intervención social con miras a la prevención de recaída esquizofrénica fue realizado por Hogarty (1985) quién trabajó con una muestra de 134 familias parentales con alta E.E. de los cuales 90 aceptaron todos los tratamientos y los dividió en cuatro grupos:

- 1.- Tratamiento familiar y medicación (N = 21)
- 2.- Habilidades sociales y medicación (N = 20)
- 3.- Tratamiento familiar, habilidades sociales y medicación (N = 20)
- 4.- Únicamente medicación en una dosis estándar (N = 29)

El tratamiento familiar consistió en un taller de educación seguido por sesiones en casa con el fin de incrementar la información acerca de la enfermedad, aumentar las redes sociales, reducir el aislamiento y ofrecer ayuda para la solución de problemas. Las habilidades sociales entrenadas tendían a ayudar a los pacientes a mejorar su percepción social y a ser más firmes con sus familiares.

Los resultados en el siguiente año fueron los siguientes:

Ninguna recaída en el grupo 3 (tratamiento familiar, habilidades sociales y medicación).

19% de recaídas en el grupo 1 (tratamiento familiar y medicación).

20% de recaídas en el grupo 2 (habilidades sociales y medicación).

41% de recaídas en el grupo 4 (únicamente medicación en dosis estándar)

Con todas estas investigaciones nos damos cuenta que el estudio de la E.E. esta ampliando y profundizando su campo, así como abriendo fronteras pues no sólo vemos que se están estudiando otras variables que interactúan sino que la técnica utilizada inicialmente ha ido teniendo modificaciones de acuerdo a las necesidades de la investigación.

Un ejemplo de ello es la entrevista "Estandares para Análisis Estructural de Conducta Social" (SASB) que es un modelo formal para definir y medir conducta social que es especialmente conveniente para analizar secuencias de interacciones, refleja la conducta de las interacciones de personas y permite un análisis estadístico diferenciado. La entrevista SASB está enfocada sobre las interacciones entre paciente y pariente, mientras que la CFI se centra sobre la conducta sintomatológica del paciente y la respuesta emocional del pariente.

Estudios que se han hecho utilizando esta entrevista han demostrado que las medidas de E.E. de los padres correlacionan fuertemente con ciertas facciones de la relación y que los parentescos con alta E.E. tienen un clima emocional más negativo, una estructura propensa al conflicto y especialmente modelos rígidos de interacción.

Otra entrevista es la denominada Parental UCLA elaborada por Norton, (citado por Hooney, 1985) es una entrevista semiestructurada de 144 ítems, la cual toma de una y media a dos horas para administrarla y cubre siete áreas diferentes de funcionamiento: realización, sociabilidad, responsabilidad, comunicación, tolerancia a la frustración, sexos y datos. Como la CFI, la entrevista UCLA esta relacionada con la conducta familiar y recientes eventos que han ocurrido en casa; pero a diferencia de ésta no hay anulaciones específicas de

cuestiones principales, al parecer los registros de E.E. hechos de la entrevista UCLA tienen alguna validación.

La expresión de emociones es una variable que en este estudio se considera de gran importancia debido a que, las actitudes y los afectos que el familiar más cercano le prodigue al paciente son determinantes para que se lleve a cabo un buen control del padecimiento y de esta manera se prolonguen los periodos de recaídas que originan reingresos a hospitalización.

Por tal motivo para investigar esta relación fue necesario utilizar la técnica denominada "The Five Minute Speech Sample" (FMSS), "Muestra de Conversación de Cinco Minutos" la cual originalmente fue desarrollada por Gottschalk y Gleser en 1969 (Magaña y cols. 1986). La medida se deriva de los comentarios hechos por un familiar clave del paciente en un periodo de 5 minutos, es decir, que con este sistema de codificación se identifican las emociones, los sentimientos y las actitudes expresadas por una persona acerca de un miembro de su familia durante el monólogo que dura cinco minutos, se analizan tanto el contenido como el tono de voz utilizado. En contraste con los requerimientos de la CFI, los entrevistadores no necesitan ser entrenados en sistemas de códigos para administrar la prueba.

Algunas investigaciones han demostrado que el FMSS es un instrumento confiable del que se obtienen calificaciones que son comparables con las que se derivaron de la CFI. Entre ellos se encuentra el realizado por Malla y cols. (1990) quien es jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Western Ontario, London, ellos investigaron la relación entre la entrevista FMSS y la CFI, evaluando sus sistemas de codificación.

El estudio fue realizado con 23 parientes de los cuales el 56% eran madres, el 39% padres y el 4% cónyuges, todos ellos familiares de 16 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según la clasificación del DSM III-R y que habían estado hospitalizados el año anterior.

Las entrevistas fueron conducidas por entrevistadores entrenados, se tomaron en cuenta tres aspectos los cuales alcanzaron un alto grado de confiabilidad ellos fueron: Comentarios Críticos ($R = 0.90$); Sobreinvolucramiento emocional ($R = 0.85$) y Calidez ($R = 0.89$).

La clasificación obtenida por la CFI fue usada para el test de validación de la FMSS. La entrevista CFI fue registrada primero seguida por la FMSS en un lapso de 6 meses. Los resultados ilustran la relación entre CFI y la FMSS donde se puede ver que los dos métodos no están significativamente relacionados en la clasificación total de parientes con alta y baja emoción expresada. ($\chi^2 = 1.70$, GL 1, $p > .19$), 17 parientes fueron clasificados con alta E.E. y 6 con baja E.E.

en la CFI, las cifras correspondientes para FMSS fue de 11 parientes con alta E.E. y 12 con Baja E.E.

Cuando se examinó la correspondencia de CFI y FMSS en relación a la crítica se obtuvo ($X^2 = 5.84$, GL 1, $p < .02$), a pesar de que la correspondencia entre las dos, se acercó, la clasificación no fue perfecta en más de 4 parientes quienes tuvieron alta E.E. crítica en la CFI y tuvieron baja E.E. crítica en FMSS.

La correlación entre CFI y FMSS en sobreinvolucramiento emocional no fue significativa ($X^2 = 11$, GL 1, $p > .74$), 7 de 8 parientes fueron clasificados como alta E.E. en sobreinvolucramiento emocional en la CFI y bajos en la FMSS. Entre los grupos de la escala de sobreinvolucramiento emocional las diferencias no fueron significativas, comparaciones del Análisis de Varianza no fueron hechos para los grupos de Baja y Alta E.E. en sobreinvolucramiento emocional en la FMSS.

Un análisis detallado de la utilidad del sistema de codificación de la FMSS indicado a los criterios de comentarios críticos, relaciones negativas y autosacrificio/sobreprotección fue el más útil en detectar parientes quienes demostraron alto grado de E.E.

El propósito principal de este estudio fue valorar la utilidad de FMSS como un instrumento para la evaluación de E.E. Los resultados indican una asociación razonable entre la CFI y FMSS en la clasificación de crítica y confirmaron la aseveración hecha por Magaña y cols. (1986) relativa a usarla como un método breve para valorar E.E.

En resumen los resultados obtenidos en este estudio apoyaron la utilidad de FMSS y su sistema de codificación. El óptimo alcance de la conversación para detectar sobreinvolucramiento emocional y la validez predictiva en los componentes del sistema de codificación de la FMSS necesita exploración adicional.

Los estudios enfocados a la investigación de la utilidad del FMSS han sido aplicados en diferentes poblaciones que incluyen pacientes esquizofrénicos, con enfermedad bipolar, lesión cerebral etc. En la actualidad este instrumento está en proceso de validación en el Instituto Mexicano de Psiquiatría en los estudios: "Funcionamiento Familiar y Esquizofrenia". (Rascón ML, 1994) y "Necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos". (Rascón ML, 1997). La confiabilidad se realizó entre jueces con los siguientes resultados: Crítica ($Kappa = .75342$, $p < .00000$), Sobreinvolucramiento emocional ($Kappa = .72393$, $p < .00001$) y Comentarios pseudopositivos ($Kappa = .41121$, $p < .01328$).

3.4 CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD

1.- Salud y Enfermedad mental.

Según Lain (1983) la salud es un estado vital muy complejo que para poderla definir en la práctica se requiere considerar varios criterios, entre ellos se encuentra el criterio subjetivo o sentimental en el que se toma en cuenta el sentimiento que el hombre tiene de su propia vida por lo que la salud queda concebida como un difuso y genérico "sentimiento de bienestar", sin embargo la medicina de occidente ha preferido desde su nacimiento atenerse a un criterio objetivo cuya norma rectora es la percepción sensorial del organismo del paciente y así para afirmar que un hombre está sano es preciso considerarle previamente como "objeto perceptible" por lo cual la objetividad de la salud puede ser establecida desde cuatro puntos de vista muy distintos entre sí, que son: a) la morfología, b) la actividad funcional, c) el rendimiento vital y d) la conducta.

a) Desde el punto de vista morfológico el hombre sano es aquel en cuyo cuerpo no puede descubrirse una deformación directa o indirectamente visible, es decir, una alteración de su estructura microscópica o macroscópica, ni una realidad material ajena a lo que ese cuerpo normalmente es, por lo tanto, la salud según esto, es el estado morfológicamente normal del cuerpo viviente y la normalidad queda técnicamente entendida como ausencia de: malformaciones (pie equino, espina bífida, etc.); lesiones (anatómicas, celulares, bioquímicas); cuerpos extraños (cálculos, parásitos, gérmenes patógenos, etc.).

b) Desde el punto de vista de la actividad funcional, sano es el hombre cuyas funciones vitales ostentan un curso al que se juzga normal porque se halla dentro de los límites que define la "norma funcional" de la especie, como son las cifras mensurativas y los trazados gráficos a que conducen las diversas pruebas funcionales circulatorias, respiratorias, metabólicas, etc.

c) Desde el punto de vista del rendimiento vital, se juzgará sano al hombre capaz de rendir sin fatiga excesiva y sin daño aparente lo que la sociedad a que pertenece o él mismo espera de su vida.

d) Desde el punto de vista de la conducta, cuando ésta se hace social y objetivamente perceptible y que no valga en contra ni altere las relaciones interpersonales de los seres con quién conviva, tal es el caso de ciertos psicópatas u otros enfermos mentales.

En consecuencia la idea que de la salud se tenga variará en alguna medida según el punto de vista en que uno se instale para definirla y de ahí que un mismo estado vital puede ser tenido como "sano" en cierta situación historico-social y como "morbo" en otra.

Lain y cols. (1989), consideran que la salud es un fenómeno social que necesita apoyo multisectorial y se ha reconocido que en un comportamiento saludable influyen factores culturales, informativos, sociales, económicos y ambientales y no únicamente biológicos y médicos. Debe tomarse en cuenta que la dotación genética, la educación, la ocupación, el género, la edad, etc. son factores que también influyen sobre la salud.

La Organización Mundial de la Salud define a la Salud Mental como un "proceso sujeto a fluctuaciones debido a los factores biológicos, psicológicos, sociales, axiológicos y ecológicos que capacitan a la persona para satisfacer sus necesidades instintivas que son potencialmente conflictivas, en armonía con su medio ambiente, para establecer, mantener e integrar vínculos amorosos y ejercer el propio liderazgo para participar activamente en los cambios constitutivos de si mismo y de su entorno físico y social". (Lartigue, 1985).

De acuerdo a un glosario de terminología psiquiátrica, Salud Mental es "un estado de bienestar emocional en el que la persona es capaz de funcionar confortablemente dentro de su sociedad y en el que sus características y alcances personales le son satisfactorios". (Freedman y cols. 1975).

El quehacer médico ha llevado consigo desde siempre, la actitud inquisitiva de conocer el por qué de la enfermedad y sobre todo de qué manera se puede conseguir el alivio o la curación de los padecimientos humanos, pero la limitación más importante del progreso médico ha sido la ignorancia sobre la etiología de las enfermedades, los avances que ahora tenemos son producto entre otros factores de la investigación clínica realizada en la cabecera del enfermo, en los hospitales o en institutos de investigación.

La enfermedad mental es considerada en forma distinta de una enfermedad orgánica; el paciente psiquiátrico identificado como portador de una enfermedad mental se enfrenta con el estigma social, causa miedo, rechazo, desprecio, lástima y en algunos casos es la vergüenza de la familia. Pensar que la enfermedad mental es como cualquier otra supone una concepción moralista que no toma en cuenta los aspectos precipitantes cotidianos de la enfermedad, tales como la pobreza, el desempleo, el aislamiento, el ruido, etc. (Sarbin y Marcuso, 1970).

Melto (1957) define la enfermedad mental a través de la "desviación" de la conducta del enfermo mental respecto de las normas y expectativas que rigen la interacción en un grupo social.

Muchos mitos y malos entendidos contribuyen a la estigmatización de las personas con enfermedad mental y a su frecuente y limitado acceso a servicios necesitados. Tenemos un largo camino que recorrer, nuestra profesión requiere de la investigación, de la clínica necesaria y del apoyo educacional para sustentar el progreso que la psiquiatría ha tenido en relación a identificar y clasificar los desórdenes mentales discretos dando como resultado los principales clasificadores internacionales de las enfermedades mentales: El DSM III-R y el CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud; así mismo la Escala Global de Valoración. Endicott y cols. (1976), y la Escala de Valoración de Niños. Shaffer y cols. (1983), necesarios para atacar a la enfermedad mental.

2.- Percepción de la Enfermedad Mental.

Los problemas de salud mental en México como en la mayoría de los países latinoamericanos no han sido adecuadamente atendidos debido a la ignorancia, los temores y los prejuicios profundamente arraigados en nuestra cultura. De la fuente (1977).

García y cols. (1994) realizaron una investigación para determinar el significado psicológico de nueve conceptos relacionados con la salud y la enfermedad mental, los conceptos estudiados fueron: salud mental, enfermedad mental, locura, depresión, angustia, neurosis, psicosis, psicólogo y psiquiatra. Utilizaron la técnica de las Redes Semánticas, la cual consiste básicamente en pedir a un grupo de sujetos que generen una lista de palabras definidoras de un concepto, y que posteriormente las jerarquicen de acuerdo con su cercanía al concepto que esta siendo definido. El análisis de las respuestas dadas por los sujetos se hace con base en el valor ponderado que le es asignado a cada una de las palabras definidoras que se generan. Estos valores permiten un análisis cuantitativo y cualitativo de la forma en que los sujetos tienen representada la información.

La investigación se desarrolló en una muestra de 160 estudiantes de niveles básico y medio superior de la ciudad de México. Mediante el análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida se logró un acercamiento a la representación social de tales conceptos y así vemos que la salud mental se definió básicamente como salud general, parece no haber una distinción conceptual muy clara entre la salud mental y la salud en general. La enfermedad mental fue definida primariamente por todos los grupos, como locura, en segundo lugar y a gran distancia de esta definición se le considera como un desequilibrio, como una enfermedad en general y como una incapacidad. El enfermo mental parece ser visto como retrasado, tonto y malo.

Los resultados de este estudio indican que desde edades tempranas existe una representación psicológica de la salud y enfermedad mental, que no parecer ser negativa o errónea, sino más bien incompleta; y sugiere que las

labores educativas podrían ser sencillas y exitosas en edades tempranas, tomando en consideración que cualquier programa de educación o campaña de promoción para la salud mental que pretenda ser eficiente, deberá basarse en el conocimiento de las concepciones, creencias y actitudes de la población a la que se dirijan.

Para conocer la percepción de la enfermedad mental se ha hecho varias investigaciones entre ellas la realizada por Guillermina Natera y colaboradores (1982) de noviembre de 1981 a mayo de 1982 y forma parte de una investigación más amplia que se realizó para conocer la representación social de la enfermedad mental en un sector de la ciudad de México. En él se compararon la percepción de los trastornos mentales en las comunidades de diferente nivel socioeconómico mediante el empleo de historietas y cuestionarios, las historietas describían casos hipotéticos de siete enfermedades mentales como temas de estudio. Los resultados mostraron que en ambas comunidades no se observaron diferencias muy marcadas en la percepción de la enfermedad, pero si en las causas que la originan ya que la comunidad de bajos recursos hizo mayor hincapié en los problemas económicos, la alimentación y los conflictos legales de tenencia de la tierra. En ambas comunidades los informantes opinaron que las enfermedades más graves son las que se caracterizan por conductas violentas como el alcoholismo, la paranoia y la esquizofrenia. El alcoholismo se manifestó como la enfermedad más importante, de la que se identificó mayor número de casos y para la que se conocía mejor quién podría ayúdalos.

Otra investigación importante relacionada con este tema fue la llevada a cabo por López Jiménez y cols. (1995), investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría que tenían como objetivo conocer la manera en que los pacientes perciben y definen a las enfermedades mentales; y determinar el nivel de conocimiento que poseen sobre ellas, así como sus posibilidades de tratamiento.

La población en estudio se formó con pacientes que acudieron al médico general en un centro de salud ubicado al sureste de la ciudad de México y que se encontraban entre 18 y 64 años de edad, de esta manera la muestra quedó integrada por 461 pacientes, de los cuales la mayoría fueron mujeres jóvenes, casadas o en unión libre, de escolaridad primaria y de un nivel medio-bajo y bajo.

El instrumento utilizado fue una cédula que constaba de cinco reactivos: el primero se refería a si el paciente tenía alguna idea de lo que es un padecimiento o trastorno de tipo emocional, se respondía afirmativa o negativamente; el segundo reactivo preguntaba: ¿Qué es un problema o trastorno de tipo emocional?; el tercero preguntaba ¿A quién acudiría si tuviera un problema de tipo emocional?; el cuarto ¿A dónde o a qué lugar acudiría? y el quinto trataba de obtener información sobre el significado de los conceptos enfermedad mental trastorno emocional y psiquiatría.

Para el primer reactivo, los resultados mostraron que más de la mitad de la muestra 57.5 % no sabían lo que es un problema o trastorno de tipo emocional, para el segundo, un 51% lo definió principalmente como "problemas", el tercero mostró que el 70% acudiría a la familia nuclear (padre, madre, hijos), por lo que respecta al cuarto reactivo el 21% reportó que el centro de salud sería el lugar al que acudirían.

Con estos resultados nos damos cuenta que en nuestro país aún no se ha podido determinar satisfactoriamente la magnitud, la incidencia y las características de los trastornos emocionales en la población afectada. De la Fuente (1982) menciona que la salud mental de la población de nuestro país no ha sido atendida de una manera adecuada y que esto no se debe a la escasez de recursos, ni a la mayor prioridad de estos problemas de salud, sino fundamentalmente a los problemas relacionados con la ignorancia, los temores, las creencias y los prejuicios arraigados en nuestra cultura en relación hacia los trastornos emocionales y hacia quienes los padecen, por lo que sugiere que tanto la información como la educación pueden contribuir positivamente a un cambio en los criterios y las actitudes de la población, a fin de propiciar una mejoría en la atención de estos problemas.

Parra (1987) afirma que la forma en que los miembros de un grupo conciben la enfermedad mental puede determinar la manera en que un individuo experimente ese tipo de problemas, los conozca y decida buscar ayuda para resolverlos. Lo anterior podría explicar las bajas tasas de demanda y utilización de los servicios de salud mental que reportan algunos estudios. (Gutiérrez 1986).

3. - Actitud hacia la Enfermedad Mental.

Una definición tentativa de actitud hacia la enfermedad mental es aquella que expresa que dicha actitud es una predisposición del individuo, adquirida directa o indirectamente, que lo conduce a evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental. (Stefani, 1979).

Durante la segunda mitad del siglo XX surgió el interés en la investigación por conocer la manera como se percibe la enfermedad mental y la actitud que se tiene hacia ella. Esto se debió a que las enfermedades mentales empezaron a ser más evidentes debido a que afectaban a un mayor número de individuos y por lo tanto empezó a ser un problema de salud pública.

El país que se ha destacado por sus estudios acerca de la percepción que la población general tiene de la enfermedad mental ha sido Estados Unidos en parte, porque su población se ha visto afectada psicológicamente por las guerras internacionales en las que ha participado y por las fuertes tensiones que provoca el contexto internacional en los pobladores del país considerado potencia mundial. Natera y cols. (1985) nos presenta un trabajo que contiene 57 artículos

que corresponden a los últimos 30 años de los estudios más relevantes realizados desde 1957 a 1986, de los cuales 40 corresponden a los Estados Unidos y los demás a países como Francia, Finlandia, Nigeria, la India, Israel, Japón, Guatemala, Argentina y México entre otros.

Los estudios de tipo transcultural indican que la cultura determina las diferencias en la concepción de la enfermedad y del enfermo mental de un grupo étnico a otro. Sin embargo hay similitud en la mayor parte de los resultados, en los cuales se considera que el rechazo hacia el paciente mental depende del grado en que se sospeche que hay elementos de agresión e impredecibilidad en la conducta del enfermo.

Las investigaciones nos demuestran que hay una mayor tendencia a utilizar escalas de tipo Likert para estudiar actitudes, predominando la Escala de Opinión de la Enfermedad Mental (OMI). En Nueva York se realizaron estudios referidos a las actitudes hacia la enfermedad mental bajo la dirección de Dohrenwend y Chin-Shong (1967) encontrando que los sujetos de niveles bajos de clase social presentaban una marcada intolerancia hacia la conducta desviada.

Estos resultados se contraponen con los encontrados por Hollingshead y Redlich (1958) en los que el comportamiento desviado es más tolerado por los niveles más bajos de clase social. A pesar de la discrepancia, existe una asociación negativa entre el nivel de tolerancia y la posición social.

Stefani (1979) realizó un estudio en la ciudad de Buenos Aires, Argentina con el objeto de medir las actitudes de la población en general hacia la enfermedad mental, así como la relación existente entre los puntajes obtenidos en la escala y las variables de sexo, edad, y nivel socioeconómico, considerando que este nivel consta de 4 indicadores: nivel educacional, nivel ocupacional, nivel de ingresos y nivel de vivienda; para tal efecto utilizó la Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental elaborada por ella misma, siguiendo la técnica de intervalos sucesivos de Thurstone. Dicho instrumento consta de 59 ítems que expresan opiniones desfavorables, neutras y favorables respecto de la enfermedad mental.

Los resultados de este estudio demostraron que la mayoría de los respondientes poseían actitudes favorables ya que el 7.5 % correspondió actitud desfavorable; 16.04 % actitud neutral y 76.37 % actitud favorable.

Los sujetos que se caracterizaron por tener un bajo nivel educacional y por desempeñar una ocupación de bajo prestigio social obtuvieron en la escala, puntajes que indican actitudes desfavorables hacia la enfermedad mental, a medida que los respondientes lograban niveles más altos de educación y

desempeñaban ocupaciones de mayor prestigio, tendieron a poseer actitudes más favorables hacia el trastorno psiquiátrico.

Con los resultados de este estudio se concluye que el 60% de los sujetos están de acuerdo en considerar que:

- De ningún modo una familia se desprestigia por tener un enfermo mental entre ellos.
- Un enfermo mental es alguien a quien se puede querer y apreciar como a cualquier otra persona.
- Es posible que un enfermo mental se cure totalmente.
- Cuando un enfermo mental es dado de alta en su hospital psiquiátrico, - se puede esperar de él que asuma alguna de sus responsabilidades como ciudadano.
- Los pacientes psiquiátricos son capaces de realizar tareas útiles para la sociedad aunque estén mentalmente muy enfermos.
- En un hospital psiquiátrico el paciente requiere un trato benévolo y comprensivo.
- Un expaciente mental puede ser tanto o más responsable que cualquier otra persona que no haya padecido ninguna enfermedad mental.
- Podría ser amigo de un expaciente mental como de cualquier otra persona.

En el Distrito Federal dos estudios realizados por Natera y cols. (1987) uno en el año de 1985 y otro en 1986 con 131 sujetos y 129 respectivamente usando en ambos la técnica del informante y la dinámica grupal encontró que entre las poblaciones estudiadas no se observaron diferencias significativas en la manera como se concibe la enfermedad mental. Se le atribuyen características de tipo psicosocial. En esta actitud influye la manera como se vislumbran los elementos de agresión, de peligro y de impredecibilidad de la conducta del enfermo mental. Se informó acerca de lo que se entiende por enfermedad mental a nivel comunitario.

Los profesionistas no perciben adecuadamente la información que posee la comunidad en relación a la enfermedad mental.

3.5 RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Genéricamente considerada, la relación médica es una relación interhumana y una relación de ayuda. En la patología occidental desde Alcmeón de Crotona hasta nuestro siglo se le ha considerado como una relación "interhumana pura y exclusivamente objetivante"; siendo la relación objetivante aquella en la que uno de los dos hombres que la integran intenta convertir al otro en puro objeto, y a mayor abundamiento cuando son los dos quienes mutuamente se tratan con tal intención, es decir, el enfermo ha de ser para el médico puro objeto de contemplación cognoscitiva, puro objeto de manipulación terapéutica e instrumento de la acción sanadora.

Dentro del cuadro de las relaciones interhumanas dice Lain (1983) que la relación médica es una cooperación cuasi-diádica de ayuda enderezada hacia el logro del hábito psicossomático que solemos llamar salud, entendiendo la relación cuasi-diádica al conjunto formado por el médico y el enfermo en cuya estructura genérica queda perfectamente deslindada, considerando de manera sumaria tres de las más caracterizadas especies de la relación de ayuda: el consejo, la educación y la asistencia médica.

El consejo.- En la relación de consejo un hombre ayuda a otro para que éste tome en su vida una decisión, o sea, una "procura preventiva" de quien, conociendo lo que el otro es y conjeturando lo que en el futuro puede ser, le muestra un camino hacia ese futuro y le deja en libertad para emprenderlo o no.

La educación.- En ella el maestro ayuda al discípulo para que éste adquiera un hábito mental; como suele decirse para que aprenda algo, va más allá del consejo.

La asistencia médica.- En esta relación el médico exigirá del enfermo la práctica de actos psíquicos coejecutivos pero en más amplia medida la apelación a operaciones objetivadoras, puesto que la enfermedad es siempre un estado del cuerpo.

La amistad del médico hacia el enfermo se halla todavía más lejos que la amistad pedagógica ya que con ésta se pretende no el consejo más delicado y respetuoso sino la modificación efectiva de la realidad del otro, ya que el fin propio de la relación médica es la salud del enfermo.

Según Lain (1983) En la estructura de la relación médica se encuentran cinco momentos principales, ellos son:

- I.- El Fundamento
- II.- El Momento Cognoscitivo.

- III.- El Momento Operativo.
- IV.- El Momento Afectivo
- V.- El Momento Ético-religioso.

I.- EL FUNDAMENTO DE LA RELACIÓN MÉDICA.

Esta conformado por los móviles que el enfermo y el médico han determinado para establecer una vinculación de ese encuentro mutuo.

La relación médica tiene un fundamento genérico y otro dualmente específico. El fundamento genérico se da cuando un hombre presta ayuda al menester de otro debido a que, por naturaleza el hombre es un ser constitutivamente menesteroso que necesita de los otros hombres, de tal manera que toda ayuda que reciba será en su entraña misma un acto de amor por lo que el binomio menester-amor, viene a constituirse en fundamento genérico de la relación médica. (Lain, 1961).

El fundamento específico esta determinado por los motivos que conducen al enfermo hacia el encuentro con el médico así como los motivos del médico para encontrarse con aquél.

Motivos del enfermo.

a).- Motivos tocantes al enfermo mismo.

En la inmensa mayoría de los casos la relación médica se establece porque un hombre se ha sentido enfermo y ha decidido solicitar asistencia médica, su propósito principal es lograr la salud, este deseo es muy importante para el establecimiento de una buena relación terapéutica y para la debida eficacia del tratamiento, más no siempre es un anhelo de salud lo que mueve al enfermo a buscar asistencia médica sino el deseo preponderante de saber lo que tiene, o sea, un deseo diagnóstico, tener una idea clara de sí mismo, de saber "como estoy" y "lo que soy", que en algunas ocasiones tiene desenlaces trágicos como en el caso de descubrir una enfermedad incurable por lo que el enfermo decide terminar con su vida antes de que la enfermedad acabe con él.

En otras ocasiones la relación médica se establece como un refugio de una vida que no sabe, no pudo o no quiere afrontar responsablemente sino para ser reconocidos socialmente como enfermos y vivir con cierta seguridad. Hay casos en los que el enfermo convencido de la incurabilidad de su afección no busca en el médico la salud sino la compañía.

La exploración precautoria es otra forma de relación médica en la que la persona sin sentirse enferma acude al médico para que éste confirme su estado de salud o descubra alguna lesión hasta entonces desconocida lo que conocemos comúnmente como "chequeo".

La simulación origina en algunos casos establecer una relación médica en cuyo caso el ejercicio de la medicina (cuidadoso y fino) dará una importancia considerable debido a las ganancias secundaria tanto laborales como sociales que pretende el paciente.

Por lo tanto, el deseo de salud, el deseo del diagnóstico, el refugio del enfermo a su enfermedad o la asistencia médica, la exploración precautoria y la simulación para obtener ganancias secundarias son en suma los principales motivos típicos por lo que un hombre puede desde dentro de sí buscar al médico.

b).- Motivos referentes al contorno social del enfermo.

Por muy autónoma que parezca ser la decisión de ir al médico, el paciente lleva a los otros dentro de sí consciente unas veces e inconscientemente otras. Más clara será la intervención de los otros cuando son ellos quienes con su decisión promueven el encuentro entre el enfermo y el médico movidos por los lazos de amor consanguíneo que los une, como en el caso del cónyuge, los padres o los hijos.

El grupo social al que pertenece el enfermo puede coaccionar a éste para que acuda al médico, sobre todo cuando existen intereses económicos y laborales relacionados con el rendimiento en el trabajo.

c).- Motivos concernientes a la elección de médico.

En busca de la salud el enfermo puede dirigirse selectivamente a un médico determinado con mucho prestigio, acudir con aquél que habitual o necesariamente lo atiende, utilizar los servicios de alguna institución asistencial o llamar al médico más próximo a un médico cualquiera, toda esta selección esta supeditada a las condiciones económicas del paciente.

En nuestra sociedad las dos últimas elecciones son las más frecuentes con el riesgo de una relación entre el médico y el enfermo totalmente impersonalizada, el enfermo acude al médico que la institución le ofrece y al que no conoce, la bondad o la deficiencia del contacto terapéutico dependen en último extremo de lo que real y efectivamente venga a ser el médico para el enfermo y el enfermo para el médico. La presencia del paciente ante el clínico es para éste

un reto que la realidad le lanza y de su manera de hacerle frente depende ante todo el resultado.

El sentimiento genérico de estar enfermo es lo que ordinariamente mueve al paciente a buscar asistencia médica, este sentimiento surge debido a siete vivencias elementales psicológica y fenomenológicamente bien discernibles entre si: la invalidez, la molestia, la amenaza, la succión por el cuerpo, la soledad, la anomalía y el recurso. (Lain, 1983).

1.- La invalidez.- Es la incapacidad total o parcial para ejecutar alguna de las funciones o de las acciones propias de la vida humana.

2.- La molestia.- Es la aflicción de estar enfermo; la vivencia primaria de la enfermedad es el "malestar" que en un principio es vago, difuso, impreciso, incomprensible, pero luego a las molestias se les va dotando de nombres: dolor, ansiedad, vértigo, etc.

3.- La amenaza.- Sentirse enfermo es sentirse amenazado. Un cierto sentimiento del riesgo de morir pertenece habitualmente a la constitución de la existencia humana. Sentir la propia vida es también, de un modo u otro, sentir la posibilidad de la propia muerte.

4.- Succión por el cuerpo.- Es una de las vivencias elementales del sentimiento de enfermedad, la enfermedad altera desde su raíz misma la relación del hombre con su propio cuerpo. El cuerpo del sano esta "mudo" para su titular; el cuerpo del enfermo le habla, le hace afectivamente notar, bien en su integridad, bien en alguna de sus partes, que existe. (Garretón Silva, 1959)

5.- Soledad.- La enfermedad aísla y no sólo porque impide al paciente de un modo más o menos absoluto el trato normal con los otros hombres, sino porque clava su atención sobre sentimientos penosos que sólo él puede padecer, diríase que la enfermedad prepara al enfermo para dar por sí solo cuenta de su vida.

6.- La anomalía.- Es el correlato subjetivo de la anormalidad que en su descripción de la enfermedad consigna la patología objetiva. El enfermo se siente anómalo respecto de los individuos sanos próximos a él y vive su anomalía desde dos puntos de vista: o como degradación o como distinción.

7.- El recurso.- El enfermo siente que su dolencia, además de invalidarle, afligirle y amenazarle y aislarle le sirve para algo, el enfermar sirve a veces para evadir los quehaceres que la salud impone o para descansar de ellos y entonces como refugio, hay ocasiones que ésta llega a ser instrumento para la creación de una vida nueva.

Motivos del Médico.

Los motivos que mueven al médico para encontrarse con el enfermo se pueden desglosar en tres formas: como médico, como persona y con la personal disposición del médico frente al enfermo que va a asistir. (Lain, 1983).

a) .- Como médico.

La sociedad y el enfermo piden ante todo del médico suficiente técnica, en otras palabras, que sea "buen médico", para ello es necesario que se conjuguen tres elementos principales que son: vocación, formación y preparación.

1.- Vocación.- El ejercicio de la medicina exige una vocación de superior categoría comparada con el amor que requiere atracción intransferible hacia su objeto, espíritu de sacrificio y aptitudes específicas. En la vocación médica se integran una inclinación del ánimo a la ayuda del menesteroso y una afición a vencer (cognoscitivamente mediante un saber científico técnicamente realizado y poseído) las dificultades y los problemas que presenta o impone la naturaleza.

2.- La Formación.- Las facultades de Medicina deben ser concebidas, no sólo como centros para la capacitación técnica de sus alumnos, sino como institutos para la suscitación de verdaderas vocaciones médicas ya que la formación del médico debe hallarse orientada por dos propósitos distintos que son: la enseñanza técnica que exige ante todo competencia y método y el alumbramiento de la vocación que requiere en primer término el ejemplo.

3.- La Profesión.- Es el modo como el médico entiende y socialmente practica la medicina y este ejercicio puede practicarse de la siguiente manera: con un dominio científico de la naturaleza, con afán de lucro, con el deber de funcionario y con la voluntad de ayuda.

Cuando se realiza con dominio científico de la naturaleza, el médico se afana ante todo por lograr un diagnóstico objetivo y riguroso para prescribir al paciente remedios de eficacia científica comprobada, considerando al paciente como objeto de conocimiento racional.

Cuando se realiza con afán de lucro y prestigio, el médico actúa en forma metalizada, donde no hay recompensa no hay arte, percibe al enfermo como objeto de lucro.

Cuando el médico trabaja al servicio de una institución que es lo más común en nuestra sociedad, realiza su labor como funcionario, su compromiso es con la institución y no con el paciente, ya que debe cubrir metas y objetivos

estadísticos institucionales, sin importar la verdadera recuperación del enfermo ya que percibe a éste como objeto operante de la sociedad.

Cuando la práctica médica se realiza con la voluntad de ayuda, el médico actúa con sincera voluntad y vocación y aunque en su relación con el paciente se vea obligado a objetivarlo, no lo vea puramente como objeto sino como a una persona doliente y menesterosa.

Para que la práctica de la medicina sea humana y moralmente admisible bastará que no sea la sed de lucro, el afán de prestigio, la comodidad personal o un frío y deshumanizado apetito de saber las instancias decisivas de la conducta, sino una mínima competencia técnica en quien la ejerce y una pura y gran voluntad de ayuda al menesteroso.

b).- Como Persona.

El ejercicio de la medicina exige la posesión de una personalidad determinada con ciertas aptitudes mínimas de inteligencia, sensibilidad capacidad de acción y habilidad manual. Debe poseer un optimismo natural que les permita no rendirse ante los embates y las resistencias del mundo; tener capacidad de observación comparativa, sensibilidad para la coejecución de la vida anímica ajena y la habitual renuncia del ánimo frente a lo ilícito, la buena disposición constante para la práctica de lo lícito y beneficioso, la prontitud para la invención del deber no escrito.

c).- La personal disposición del médico frente al enfermo que va a asistir.

Cuando el médico conoce al paciente con quién va a encontrarse, será la experiencia anterior la que decida acerca de esa previa disposición.

Cuando el médico no conoce al paciente con quién va a encontrarse, la situación y la ocasión son ahora instancias que condicionan la previa disposición del médico respecto del enfermo, la situación en la que el clínico se halle cómodo o incómodamente instalado para ejercer su profesión y la ocasión que es el singular momento de la vida del clínico en la que tal encuentro médico va a celebrarse.

Mucho tendrá que poner de su parte el clínico para establecer desde el primer momento una buena relación terapéutica; tendrá decisiva importancia la personal actitud íntima del galeno respecto de su propia suficiencia técnica.

II.- MOMENTO COGNOSCITIVO.

Puesto que diagnosticar es conocer. La faena diagnóstica del médico comienza tan pronto como él se encuentra con el enfermo. Médico y enfermo se han encontrado entre sí, se ven, se hablan, se inicia la multiforme comunicación mutua, el menester y la confianza de uno, la disposición a la ayuda técnica del otro, hacen que la relación entre ambos sea específicamente amistosa, la amistad médica se ha constituido en germen y pábulo del diagnóstico.

Diagnosticar es saber qué tiene, qué padece el enfermo y dar contenido y nombre nosográfico a ese qué, por lo tanto el diagnóstico es la rotulación del desorden que llega a descubrirse en la realidad del enfermo, cuando se le contempla objetivamente.

La enfermedad cobra aspecto individual por lo que en cada sujeto cambia la figura del cuadro morboso; y esto no sólo por la peculiar intensidad de los síntomas sino también por la disposición con que en aquel caso se ordena y configuran y sobre todo por la presencia de síntomas nuevos no correspondientes a la especie morbosa de que se trate, por tal motivo el diagnóstico sólo puede ser verdaderamente integral o interpersonal, cuando se le individualiza teniendo en cuenta la persona del enfermo en cuanto a enfermo, por lo tanto las interpretaciones del paciente deben ser técnicamente reinterpretadas por el médico según su total experiencia del caso clínico y conforme a la concepción científica de la vida humana con que su mente se halle adscrita (freudiana, junguiana, adleriana, analítico-existencial, ecléctica, etc.), de tal manera que el juicio diagnóstico exprese cognoscitiva y técnicamente el fundamento específico de la relación médico-enfermo y el acierto y precisión del mismo dependerán ante todo de la capacidad técnica del médico.

La meta del diagnóstico habrá de ser una referencia expresa y científica de todo lo observado por el médico y todo lo padecido por el enfermo al centro desde el cual y por el cual el enfermo es persona, individuo viviente, inteligente, libre, responsable y apropiador.

El fundamento amistoso del juicio diagnóstico debe alcanzar su manifestación definitiva cuando el médico dando acabamiento psicológico y social a la faena de diagnosticar, hace partícipe al enfermo de ese juicio, deberá decirle de un modo verdaderamente interpersonal y amistoso con auténtica delicadeza y voluntad lo que para su bien le sea conveniente.

En suma en el caso ideal, el diagnóstico clínico es la realización y la manifestación cognoscitiva de una amistad médica a través de los datos objetivos y coejecutivos que la exploración proporcionó.

III.- MOMENTO OPERATIVO.

La expresión operativa de la vinculación personal entre médico y paciente es el tratamiento, el cual se inicia desde el momento mismo en que paciente y médico se encuentran, o sea, mucho antes de que el tratamiento haya sido formalmente instituido, pues todos los actos de su relación con el paciente aunque en apariencia sólo sean exploratorios modifican en mayor o menor medida el estado del enfermo, así como la presencia del médico, la confianza que el paciente le tenga a éste y a los medicamentos que le administra y su voluntad por curarse forman también parte del tratamiento en el que el enfermo participa en forma activa, de esta manera el tratamiento es la consecuencia operativa y en cierto modo automática del diagnóstico y la relación médica se expresa bajo la forma de Prescripción.

Para que la prescripción sea eficazmente curativa debe cumplir los siguientes requisitos:

1/o.- Que la acción biológica del medicamento este objetiva y experimentalmente comprobada .

2/o.- Que el empleo terapéutico del medicamento este clínica y correctamente indicado tomando en consideración la especie morbosa padecida, la edad, el sexo, el peso y el estado ocasional del organismo.

3/o.- El medicamento debe ser correctamente administrado indicando al paciente y a sus familiares el "cuando" y "como" de su administración así como la temporalidad de su empleo, haciendo hincapié en la importancia de este rubro ya que uno de los problemas principales que se han observado en algunos pacientes que reingresaron a hospitalización durante los años de 1993 y 1994 se debió a la suspensión del tratamiento farmacológico. En algunos casos porque se sentían "muy bien" y ya no era necesario seguir tomándolos y en otros, porque al sentir los efectos secundarios por cambio de medicamento o cambio de dosis, consideraban que "la medicina les estaba haciendo daño" y dejaban de tomarlos sin la autorización de su médico. Esto nos demuestra que existe poca comunicación por parte del médico por lo que respecta a la información que debe tener el paciente de su enfermedad y de la importancia que tienen los medicamentos .

En nuestro país la falta de cumplimiento al tratamiento es uno de los problemas más graves para el Sector Salud, debido a que en nuestro sistema, la responsabilidad de llevar a cabo el tratamiento en forma adecuada, generalmente recae en el paciente, sin que éste tenga la información suficiente y el conocimiento claro de su padecimiento. Se cuenta con estudios que reportan que

entre 25% y un 50% de los pacientes no llevan a cabo las indicaciones recibidas en forma satisfactoria. (Puente Silva, 1984).

El tratamiento que cumpla con los tres requisitos antes mencionados, será un tratamiento eficaz, pero también hay que considerar que el tratamiento varía según el tipo de enfermedades de que se trate, pues desde la medicina hipocrática hasta la actual medicina occidental, las enfermedades se han clasificado en agudas y crónicas.

En las enfermedades agudas la figura nosográfica que dibujan los síntomas patognómicos es más patente debido a que su curso es más rápido por lo que el esfuerzo de la naturaleza por alcanzar la curación es más intenso; el enfermo la siente como un paréntesis en su vida habitual y no la incorpora con carácter más o menos definitivo en sus hábitos biográficos, además cuenta con que su estado de enfermedad desaparecerá en un plazo relativamente corto, cosa que no sucede en las enfermedades crónicas que son las que padecen el tipo de pacientes que forman la muestra de esta investigación.

En la enfermedad crónica, el enfermo queriéndolo o no, tiene que hacer su vida contando con el hecho de padecer una dolencia la cual no puede desaparecer en un plazo relativamente corto o incluso tiene que contar con ella durante toda su vida, por lo tanto la meta del tratamiento deberá ser el logro de una nueva vida, la mejor y más llevadera para el enfermo.

Con ésto, el médico se ve obligado a remodelar una vida humana y el paciente si acepta libremente la vida que se le ofrece se ve obligado a modificar su naturaleza, a adquirir, acatar y ejecutar los hábitos que su nueva vida le exige, debe tener una verdadera voluntad de curación, una actitud aceptadora del plan que el terapeuta le propone y una constante disposición a la recreación inventiva de lo que el médico le aconseja y enseña.

Cuando el médico inventa un plan de vida para el enfermo realiza un acto de invención imaginativa, un acto de proyección modificativa o reformadora y un acto de proyección coejecutiva, estos tres actos forman la estructura interna del tratamiento. De esta manera el médico se convierte en novelista, escultor y educador de una vida ajena: novelista en cuanto a que la inventa, escultor en cuanto a que realiza su invento modificando la naturaleza del enfermo y educador en cuanto a que debe enseñar al enfermo la recta ejecución de los hábitos somáticos y psíquicos que el ejercicio de esa nueva vida exige (la rehabilitación).

IV.- MOMENTO AFECTIVO.

En la relación médica el enfermo y el médico se encuentran entre sí, en ese preciso momento se forma la cuasi-diada que uno y otro constituyen y se van realizando y expresando una serie de acciones y estados de orden intelectual, afectivo (por medio de los cuales sienten de un modo u otro en su alma la realidad de su encuentro) y operativo (hacen algo uno respecto al otro: el médico explora y prescribe, el enfermo coopera en la exploración y en el tratamiento).

La asistencia médica debe ser, el vínculo que une al terapeuta y al paciente en el amor especificado como "amistad médica". Paracelso decía que "el más hondo fundamento de la medicina es el amor".

El amor inhibido en su objeto lleva a la creación de amistades, que son culturalmente valiosas porque no tiene las limitaciones del amor genital. El modo específico de la amistad del enfermo con el médico es la confianza, la cual verbalmente realizada toma forma de confidencia; si el médico es lo que de él espera el paciente, sin duda, quedará afectivamente vinculado a su persona, pero esta vinculación no pasará ordinariamente de ser la afectuosidad externa y conmutable que nos une con quien está prestándonos un servicio eficaz y oportuno.

La relación analítica determina con gran frecuencia en los pacientes la aparición de sentimientos de carácter erótico, orientados hacia la persona del médico y vividos unas veces bajo forma de atracción y otras bajo forma de hostilidad lo que llamamos: transferencia.

La transferencia es determinada en principio por la cura analítica en cuanto a tal, pero su aparición depende en buena medida del interés personal del médico hacia el enfermo, de la simpatía que el caso le inspire y de su autoridad respecto del paciente.

Psicológicamente la transferencia consiste en la proyección por parte del paciente de antiguas y más o menos olvidadas experiencias eróticas, casi siempre infantiles, sobre la persona del médico, el manejo de la transferencia es la parte más difícil e importante de la técnica analítica y es condición indispensable en el proceso de curación para la resolución del problema, como lo es también la contratransferencia la cual es la reacción espontánea del analista a la personalidad del paciente, sus manifestaciones son múltiples, la forma que adopta depende del modo como la personalidad del paciente, su comportamiento y las expresiones de su transferencia actúan sobre la personalidad del analista y del modo como éste reacciona a ellas. La reacción comienza con un proceso dinámico en el inconsciente del terapeuta.

La conratransferencia es una de las instancias determinantes del clima afectivo de una relación analítica dada.

V.- MOMENTO ÉTICO-RELIGIOSO.

En cuanto a acto humano, la relación médica es un acto moral, un modo específico de ser hombre que simultáneamente se realiza en el orden de la afectividad, del conocimiento, de la operación y del deber.

Ser médico es algo más que tener la posesión de un título académico y profesional, es también la posesión de una segunda naturaleza constituida por los hábitos mentales, operativos y estimativos que requieren el ejercicio decoroso de la medicina.

Todos los deberes del médico respecto del enfermo no son otra cosa que exploraciones ocasionales del sencillo y esencial mandamiento en que el arte de curar tiene su regla de oro que es "el bien del enfermo" que ante todo es la salud y que es bien conocido por todos los médicos al hacer su Juramento Hipocrático.

La relación médica como toda acción humana posee una estructura y un contenido de carácter ético tanto por el lado médico como por el lado del enfermo la relación médica lleva la moralidad en lo más íntimo de su estructura, es fuente y campo de deberes para las dos personas que la constituyen.

Los deberes del enfermo respecto al médico son: la lealtad, la confianza y la distancia.

Por la lealtad el enfermo declara todo cuanto a su juicio sea o parezca ser importante para el cabal conocimiento de su dolencia aún cuando no haya sido expresamente interrogado acerca de ello.

La confianza en el médico no brota simplemente por el deseo de sentirla pero el paciente puede y debe cultivarla en si mismo, la mejor prueba de confianza es la obediencia; obedecer es empezar a curarse, si el enfermo no sabe ser paciente disminuye sus posibilidades de curarse.

La distancia, una afectuosa distancia evitará que la confianza y la amistad dejen de ser transferencia útil y se convierta en transferencia viciosa.

El fundamento y la fuente de la ética médica son las creencias del médico y del enfermo acerca de la realidad y del sentido de la existencia humana, en definitiva las creencias religiosas de uno y de otro, llámense éstas cristianismo, judaísmo, budismo, ateísmo, etc.

Como se puede observar la relación médico-paciente es un fenómeno muy complejo que constituye una importante variable en el cumplimiento terapéutico o mejor dicho en lograr del paciente la adherencia terapéutica.

En la literatura clínica mundial Nicolás Tarrier (1991) nos indica que con relación a la adherencia terapéutica se estima que el 4% y 92% y un promedio de 30% a 35% no acatan el tratamiento médico.

Similares reportes se han hecho en clínicas psiquiátricas con el 25% a 58% que no llevan psicoterapia y terapia conductual para la familia.

Según Haynes y Sackett (1976) algunos de los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento son los siguientes:

- 1.- La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento.
- 2.- El grado de estabilidad familiar.
- 3.- El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida.
- 4.- Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos con el tratamiento.
- 5.- Supervisión cercana del médico o terapeuta periódicamente y con claridad.

Existen también factores que tienden a disminuir la adherencia al tratamiento, entre ellos se encuentran:

- 1.- Complejidad del tratamiento, ocasionado por la ingesta de una gran variedad de medicamentos en diferentes dosis.
- 2.- Grado de cambio de conducta requerido.
- 3.- Tiempo de espera para la consulta.

Miechenbaun y Turk (1987) han resumido los factores que afectan la adherencia terapéutica dentro de cinco categorías generales:

- 1.- Características del paciente
- 2.- Características del régimen de tratamiento.
- 3.- Características de la enfermedad.

- 4.- La relación entre el cuidado y prevención de la salud y el paciente.
- 5.- La actitud del clínico.

Puente Silva (1984) considera que en la falta de adherencia a los medicamentos existen los siguientes problemas:

1.- Errores de Omisión.- El paciente no toma el medicamento independientemente de cual sea la razón, pudiendo ser ésta olvido, falta de disciplina, negación de su enfermedad, miedo a los efectos colaterales, etc.

2.- Errores de Dosis.- De acuerdo a la dosis que les prescribe el médico y a la falta de información que tienen respecto al tiempo en que el medicamento actúa, al no sentirse bien de inmediato, aumentan la dosis o en su defecto la bajan si los efectos colaterales fueron muy marcados.

3.- Errores en el Tiempo.- El paciente no se toma los medicamentos a las horas indicadas por lo que en algunas ocasiones trata de ingerir en una toma las dosis olvidadas, corriendo con ello el riesgo de una sobredosis.

4.- Errores de Propósito.- El paciente se equivoca y confunde los medicamentos cuando se le han prescrito varios y por lo general, por no haber atendido adecuadamente las indicaciones del médico.

5.- Automedicación.- Los pacientes ingieren medicamentos que les recomendó "la vecina" o de los que en otro tiempo estuvieron tomando y con los cuales se sintieron bien.

Una buena adherencia al tratamiento propicia de alguna manera un bajo índice de recaídas que originan frecuentes reingresos a hospitalización de pacientes que padecen trastornos mentales severos como son: esquizofrenia, psicosis orgánica, etc. fenómeno que se presenta no sólo en nuestra comunidad sino en poblaciones de otros países y que para todos representa un problema de tipo económico y social de interés nacional.

Sin embargo los estudios revisados señalan que es posible reducir el índice de recaídas hasta en un 60% por medio de los medicamentos y cuando al tratamiento farmacológico se añade algún programa de intervención psicosocial la rehospitalización puede reducirse de 25% a 30% en un período de 2 años.

4. METODOLOGÍA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Las actitudes y emociones expresadas por el familiar más cercano, la concepción de enfermedad por parte del paciente y el familiar y la relación insatisfactoria médico-paciente son factores que se relacionan con los frecuentes reingresos a hospitalización de pacientes con psicosis orgánica?

4.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Investigar si la emoción expresada del familiar más cercano al paciente, la concepción de enfermedad del familiar y del paciente y la relación médico-paciente son factores que se relacionan con los frecuentes reingresos a hospitalización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.- Obtener información acerca de la expresión de emociones y actitudes del familiar más cercano al paciente y ver si éstas, están asociadas con los frecuentes reingresos a hospitalización.

2.- Investigar acerca de la concepción de enfermedad por parte del paciente y su familiar más cercano y ver si está relacionada con el abandono al tratamiento farmacológico que propicia las recaídas y por ende los frecuentes reingresos a hospitalización.

3.- Conocer si la percepción de la calidad en la relación con el médico es un factor que está asociado con la falta de adherencia terapéutica al tratamiento y que, de ser insatisfactoria propicia reingresos a hospitalización.

4.3 HIPÓTESIS

- 1 La Expresión de Emociones y conductas del familiar responsable están - asociadas con el alto índice de reingresos a hospitalización
- 2 La concepción de enfermedad del paciente y su familiar propicia que los pacientes abandonen el tratamiento lo que origina recaídas y la rehospitalización.
- 3 La relación insatisfactoria médico-paciente propicia la frecuente rehospitalización.

Variables que se manejan:

Independientes: Expresión de emociones y actitudes

Concepción de enfermedad del pacientes y su familiar

Relación insatisfactoria médico-paciente.

Dependientes: Frecuentes reingresos a hospitalización.

4.4 DISEÑO

El tipo de estudio al que pertenece esta investigación es: observacional, transversal, descriptivo y estudio de casos.

Universo de estudio

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No.10 sito en Calzada de Tlalpan No. 931 en el Distrito Federal, perteneciente a la Delegación 4 Sureste del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los sujetos de la muestra fueron pacientes que durante los años 1993 y 1994 tuvieron frecuentes reingresos a hospitalización con el diagnóstico de psicosis orgánica que acudían a consulta externa.

Criterios de Inclusión.

Los criterios de inclusión para seleccionar a los sujetos de la muestra fueron los siguientes:

- a) Pacientes de ambos sexos.
- b) De 18 a 65 años de edad.
- c) Que cuenten con dos o más reingresos a hospitalización a partir de los años 1993 y 1994.
- d) Que el diagnóstico de sus reingresos fuera Psicosis Orgánica.
- e) Que continúen asistiendo a consulta externa y que su expediente se en encuentre vigente.
- f) Que el familiar del paciente estuviera dispuesto a colaborar

Criterios de Exclusión.

- a) Pacientes con varios reingresos a hospitalización que no tengan el diagnóstico indicado.
- b) Pacientes con retraso mental.
- c) Pacientes analfabetos.
- d) Pacientes que no desearon colaborar.
- e) Pacientes cuyo familiar más cercano no estuviera dispuesto a colaborar.

Tamaño de la muestra.

La muestra estuvo formada por 33 pacientes (23 hombres y 10 mujeres) con el diagnóstico de Psicosis Orgánica que durante los años de 1993 y 1994 presentaron más de dos reingresos a hospitalización.

4.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Actitud.- Tendencia o disposición a reaccionar de manera determinada a estímulos sociales de carácter general o específico. (Warren,1981), En la relación médico-paciente las actitudes son importantes de valorar por lo que se aplicó un cuestionario ad hoc que fue piloteado.

Afecto.-Término amplio utilizado para denotar cualquier variedad de experiencias o de concomitantes emotivos, estados de ánimo de agrado o de desagrado que denota cualidades sentimentales específicas. (Warren,1981) Para conocer la opinión afectiva del paciente con relación a su familiar se aplicó el cuestionario OPAF.

Calidad.- Conjunto de cualidades por las que se manifiesta el modo de ser de una persona o cosa. (Quillet, 1979).

Concepción de Enfermedad.- Comprender la enfermedad, darse una idea de su padecimiento y su evolución. (Sopena,1954). Para conocer la concepción que el paciente tiene de su enfermedad, su utilizó el cuestionario CONENF.

Expresión de Emociones.- Término utilizado para describir las actitudes y sentimientos que el pariente más cercano expresa al paciente. (Magaña, 1985). Esta variable fue investigada a través de la entrevista abierta FMSS.

Factores Psicosociales.- Cualquier componente de fuerzas psíquicas y sociales que actúan sobre el individuo e influyen en sus reacciones y tienden a modificar su conducta, actitudes o hábitos. (Warren, 1981)

Prevalencia.- Característica de ciertos fenómenos biológicos específicos por lo cual tienden a dominar sobre otros fenómenos posibles. (Warren, 1981).

Psicosis Orgánica.- Cualquier perturbación mental debida a cambios estructurales del cerebro. (Warren, 1981).

Reingresos.- Hospitalizaciones frecuentes de un paciente en un lapso de tiempo determinado debido a la recrudescencia de los síntomas de una enfermedad en momentos que la evolución del paciente hacia presumir su pronta recuperación. (Quillet, 1979).

Sentimientos.- Predisposición adquirida hacia ciertos tipos de acción y experiencia afectivos, en relación con cualquier objeto de una clase determinada. (Warren, 1981).

4.6 INSTRUMENTOS.

Para evaluar los conceptos de Emoción Expresada, Opinión Afectiva, Concepción de enfermedad tanto del paciente como de su familiar y Relación médico-paciente se utilizaron cinco instrumentos de los cuales dos se aplicaron al familiar y tres al paciente, ellos son:

1.- "The Five Minute Speech Sample" (FMSS).

"Muestra de Conversación de Cinco Minutos". Magaña y Cols. (1986). Es una entrevista semiestructurada para investigar la E.E. en el familiar, el Manual de Codificación fue proporcionado por la investigadora María Luisa Rascón quién lo está utilizando para su validación en el proyecto "Funcionamiento Familiar y Esquizofrenia" (1994) y "Necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos" (1997) en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. La confiabilidad se realizó entre jueces con los siguientes resultados: Crítica (Kappa = .75342, $p < .00000$), Sobreinvolucramiento emocional (Kappa = .72393, $p < .00001$) y Comentarios Seudopositivos (Kappa = .41121, $p < .01328$).

Para su realización se requiere de un espacio sin distractores en el que se encuentran únicamente el examinador, el respondiente y el siguiente equipo:

- a) Un cassette de buena calidad.
- b) Una grabadora de buen sonido.
- c) Un reloj checador de tiempo.

Para asegurar la consistencia de la información del FMSS las instrucciones se dieron textuales de la siguiente manera:

"Me gustaría que me dijera o platicara sobre lo que siente o piensa con respecto a (Nombre del paciente) con sus propias palabras y sin que yo lo interrumpa con preguntas o comentarios, cuando yo le pida que empiece, me gustaría que usted hablara por cinco minutos diciéndome: el tipo de persona que es y cómo se llevan ustedes dos"

Para poder evaluar la entrevista fue necesario conocer el Sistema de Codificación, el cual identifica las emociones, los sentimientos y las actitudes expresadas por un familiar acerca de un miembro enfermo de su familia, durante un monólogo que dura cinco minutos y que es grabado.

El sistema está compuesto de cuatro categorías: a) Concepto inicial, b) Relaciones, c) Crítica y d) Sobreinvolucramiento emocional.

EL CONCEPTO INICIAL.- Se define como el primer pensamiento o idea completa que el sujeto expresa acerca del paciente, se considera de suma importancia debido a que refleja la actitud afectiva inicial del pariente hacia el paciente, motivo por el cual se codifica independientemente del resto del discurso. Dicha codificación puede ser positiva, neutral o negativa.

Concepto inicial positivo.- Existen dos tipos de concepto inicial positivo:

a) Descripción positiva.- Expresa orgullo, aprobación o apreciación por el comportamiento o personalidad de la persona a quien se refieren Ej. "El siempre ha sido una buena persona"

b) Relación positiva.- Indica que existe una buena relación entre quien contesta y su familiar Ej. "Mi hijo y yo siempre nos llevamos muy bien"

Concepto inicial neutral.- Es aquel que no provee de la información necesaria para ser clasificada ya sea como positiva o negativa Ej. "Nos llevamos bien". Una información descriptiva también se considera neutral como "Ella es la menor de la familia"; o los conceptos condicionales como: "El está bien siempre y cuando tome sus medicamentos", también los conceptos iniciales que contienen elementos positivos y negativos se consideran neutrales como: "Ella es una persona inteligente y agresiva".

Concepto inicial negativo.- En este rubro el tono de voz de quien esta hablando es particularmente importante, un tono fuerte de crítica y una descripción negativa de la personalidad o del comportamiento del paciente se califican como negativos. Ej. "David no duerme bien todos los días" "El es un vago"

RELACIONES.- Una declaración de relación se refiere a un comentario acerca de la relación entre el paciente y el pariente o sea cómo es, cómo se llevan el entrevistado y su familiar. Las relaciones también se pueden clasificar como positivas, neutrales o negativas.

CRITICA.- Las críticas son comentarios negativos del familiar acerca del comportamiento o la personalidad del paciente. Estas se califican ya sea sobre la base de contenido crítico o tono de crítica. Debe haber mucha precaución en calificar ya que un solo comentario crea un perfil alto de EE.

SOBREINVOLUCRAMIENTO EMOCIONAL (S.I.E.).- Evalúa el nivel de involucramiento entre quien esta hablando y su familiar enfermo. Se usan cinco categorías para medir S.I.E.: 1) autosacrificio / sobreprotección, 2) demostración de emociones, 3) detalles excesivos, 4) conceptos de actitudes y 5) observaciones positivas.

Tres de las subcategorías requieren una calificación global: el auto-sacrificio/sobreprotección, demostración de emociones y detalles excesivos. Estas subcategorías se pueden codificar como presentes o ausentes, tal como lo determine un cuidadoso análisis de toda la entrevista. Dos de las subcategorías requieren un conteo de frecuencia: observaciones positivas y conceptos sobre actitudes.

CRITERIOS PARA DETERMINAR LA CALIFICACIÓN FINAL DE LA EMOCIÓN EXPRESADA.

A. **Alta Emoción Expresada.**- se determina cuando uno de los siguientes puntos está presente:

1.- **Crítica.**- Se requiere la presencia de uno de los siguientes conceptos para calificar la crítica alta.

- a) Un concepto negativo inicial.
- b) Una calificación de relaciones negativas.
- c) Una o más críticas.

2. **Sobreinvolucramiento Emocional (S.I.E.)** La presencia de cualquiera de los siguientes conceptos y/o comportamientos es necesaria para calificar un S.I.E. como alto.

- a) Autosacrificio/comportamiento sobreprotector.
- b) Demostración de emociones durante la entrevista.
- c) Dos de los siguientes conceptos:
 - i. Detalles excesivos acerca del pasado
 - ii. Uno o más conceptos de actitud.
 - iii. Evaluación excesiva (5 o más comentarios positivos).

3.- **Crítica y S.I.E.** Se da esta calificación cuando tanto el punto 1 como el 2 anteriores están presentes.

B. **Baja Emoción Expresada.**- Esta calificación se da cuando ninguna de las calificaciones anteriores arriba mencionadas del 1 al 3, tiene aplicación.

2.- Concepción de Enfermedad del familiar (CONENFA).

Cuestionario mixto aplicado al familiar para investigar la concepción que tiene de la enfermedad de su paciente, así como de las actitudes que presenta ante ella. Esta formado por 41 reactivos dispuestos en tres secciones; la primera corresponde a los datos demográficos del familiar; la segunda investiga la actitud del familiar ante la enfermedad mental de su paciente, se presenta usando la Escala Likert, la tercera sección investiga la concepción de enfermedad que tiene el familiar así como la importancia que le da a los medicamentos, se presenta en respuestas dicotómicas (si y no)

3.-Opinión Afectiva (OPAF).

Este cuestionario fue aplicado a los pacientes para conocer la opinión afectiva que tiene el paciente de su familiar al que él reconoce como responsable de su custodia. Fue proporcionado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría en donde está en proceso de validación. Se le agregaron preguntas de acuerdo a las necesidades de la población en estudio habiendo quedado como un cuestionario mixto de 23 reactivos con los que se investigó el tiempo que convive el paciente con su familiar, cómo es esa convivencia, entre quienes hay más conflicto y cómo se siente el paciente. Algunas son respuestas abiertas pero en su mayoría se utilizó Escala Likert.

4.- Concepción de Enfermedad del paciente (CONENFPA).

Este instrumento fue utilizado para investigar la relación que tiene la concepción de enfermedad por parte del paciente y sus frecuentes reingresos a hospitalización, fue elaborado tomando como modelo el que se esta validando en el Instituto Mexicano de Psiquiatría al cual se le hicieron modificaciones ad,hoc necesarias para adaptarlo a las características de los pacientes orgánicos a quien iba dirigido. Quedó formado como un Cuestionario Mixto de 18 reactivos con los cuales se investigó la concepción que tiene el paciente de su enfermedad y la idea que tiene acerca de los medicamentos.

5.- Relación Médico-paciente.

Este cuestionario fue elaborado con la finalidad de explorar la calidad del servicio que la institución brinda al paciente, la información que el psiquiatra le proporciona acerca de su enfermedad y la opinión que éste tiene de su psiquiatra. Es un cuestionario mixto que consta de 18 reactivos de los cuales tres son respuestas abiertas, algunos son respuestas dicotómicas (si y no)

Para llegar al cuestionario definitivo estos cuatro instrumentos pasaron por un proceso de piloteo en dos ocasiones con paciente de la Clínica 10 y que cumplían los criterios de inclusión de este trabajo

Primer Piloteo.

-Cuestionario (CONENFA) del familiar.- Al cuestionario proporcionado por Rascon ML (1995) se le hicieron modificaciones para adaptarlo a las necesidades de esta investigación tomando en consideración el tipo de pacientes al que iba dirigido (orgánicos), pasó por un proceso de piloteo con el fin de cerrar las preguntas. Los Cuestionarios CONENF y OPAF del paciente fueron trabajados en la misma forma que el anterior.

-El Cuestionario Relación Médico - Paciente originalmente fue construido con 29 reactivos en forma mixta, paso también por un proceso de piloteo que facilitó cerrar las preguntas.

Este primer piloteo fue llevado a cabo en las instalaciones de Salud Mental de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los meses de julio y agosto del año de 1995. Se aplicó a 29 pacientes tanto hospitalizados como externos con el diagnóstico de Psicosis Orgánica.

Segundo Piloteo.

Este piloteo fue aplicado a 23 pacientes exclusivamente ambulatorios que acudieron a consulta externa con el diagnóstico de Psicosis orgánica durante los meses de octubre, noviembre y parte de diciembre del mismo año. Con este piloteo los cuatro instrumentos quedaron cerrados al número de reactivos del cuestionario definitivo.

4.7 PROCEDIMIENTO

Al iniciar este proyecto de investigación, se recurrió al SIMO (Sistema de Información Médico Operativo) de la Unidad para revisar las estadísticas por medio de las cuales se detectó que el padecimiento psiquiátrico que durante los años de 1993 y 1994 obtuvo al primer lugar en ingresos y reingresos fue el de "Psicosis Orgánica" por lo cual se decidió ser este diagnóstico el motivo de estudio por el gran problema que representa, tanto desde el punto de vista asistencial como económico.

Durante los años 1993 y 1994 se registraron 92 ingresos correspondientes a 35 pacientes, debo hacer la aclaración que, en las estadísticas únicamente aparece el número de filiación del paciente por lo que, en primer lugar se sacó un listado con el número de filiación de esos treinta y cinco pacientes, posteriormente se solicitó al archivo (de cinco en cinco) los expedientes para ser revisados minuciosamente de uno por uno para corroborar en primer lugar el diagnóstico, el número de hospitalizaciones y después constatar si cubrían los criterios de inclusión y sacar el nombre, domicilio y teléfono de estos prospectos.

En una libreta se fueron anotando los sujetos seleccionados para formar la muestra, anotando los datos antes mencionados para su fácil localización.

Una vez que los instrumentos seleccionados para llevar a cabo la investigación estuvieron en posibilidad de aplicarse, a través de vía telefónica se solicitó la colaboración del paciente y su familiar para participar en este proyecto indicando que era totalmente voluntario; las citas en un principio se llevaron a cabo en el cubículo del hospital.

Uno de los requisitos en los criterios de inclusión fue que el paciente acudiera a consulta externa y que su expediente estuviera vigente, por tal motivo todos ellos regularmente se presentan a la clínica para ser valorados y darles el medicamento correspondiente y algunos acuden a un programa que se realiza en la clínica titulado "Hospital de Día" al que asisten varios días a la semana.

El psiquiatra responsable de este programa así como su equipo, al darse cuenta que estaba trabajando con "sus" pacientes, de inmediato les prohibieron a ellos y a sus familiares que colaboraran conmigo por tal motivo, después de esta actitud con la que trataron de boicotear mi trabajo y después de algunos trámites administrativos, opté por realizar las entrevistas en los domicilios de los pacientes, los cuales en su mayoría se encontraban sumamente lejos.

De los 35 pacientes seleccionados, solamente a diecinueve se les pudo aplicar los cuestionarios; cuatro ya no vivían ahí; tres se fueron a radicar fuera de México; tres se encontraban hospitalizados en el Carmen que es un hospital de larga estancia subrogado del Instituto Mexicano del Seguro Social; dos fallecieron; dos el teléfono llamaba pero no contestaban y uno dijo que no. Por lo que de esa manera se perdieron dieciséis pacientes.

Ante esta circunstancia, me vi en la necesidad de ampliar la muestra incluyendo a los pacientes que tuvieron más de dos hospitalizaciones durante el año de 1995 y que se traslapaban con el año de 1994.

Volví a revisar las estadísticas, capté 28 pacientes más y llevé a cabo todo el proceso anteriormente expuesto. De esta muestra solamente a catorce pacientes se les aplicó el cuestionario. cinco ya habían contestado el piloteo; dos no vivían ahí; uno estaba fuera de México; dos no contestaron el teléfono; uno dijo que no; uno se encontraba hospitalizado; uno el domicilio indicado en el expediente no existía y una se eliminó por tener retraso mental superficial, por lo que se perdieron 14 pacientes.

En resumen, el total de pacientes captados como sujetos de la muestra fue de 63 de los cuales se perdieron 30 quedando una muestra final de 33 pacientes, a los que se les aplicó los cuestionarios indicados anteriormente.

Para hacer el análisis cuantitativo de los resultados obtenidos en los cuestionarios, primero se elaboró una Guía de Codificación, posteriormente se realizó la captura de los datos los cuales fueron instalados en el Programa SPSS.

La muestra de conversación de cinco minutos FMSS es grabada y tiene una duración de cinco minutos, estas grabaciones fueron transcritas en forma literal anotando también las inflexiones de la voz y las demostraciones afectivas que se presentaron en la entrevista como llanto, desprecio, coraje, etc. Una por una fueron analizadas en base al Manual de Codificación de Magaña y colaboradores de la siguiente manera:

A cada una de las categorías que marca el manual se le designó un color con el cual fue subrayada la frase que contenía la categoría. A continuación se mencionan las categorías así como los colores que se les designaron:

Concepto Inicial Positivo.- color verde fuerte.

Concepto Inicial Neutral.- color amarillo

Concepto Inicial Negativo.- color verde claro.

Relaciones Positivas.- color azul marino

Relaciones Neutrales.- color gris

Relaciones Negativas.- color azul claro

Crítica.- color rojo

Sobreinvolucramiento Emocional.- color de rosa.

Todas y cada una de las transcripciones quedaron subrayadas y codificadas con la anotación correspondiente como se ve en el ejemplo que forma el anexo número 5. Ver apéndice en página 121.

Todas las frases subrayadas que fueron emitidas por cada uno de los familiares de los pacientes se copilaron en un cuaderno para formar un resumen de codificación (ver anexo 6), mismo que sirvió para elaborar la tabla No. 2 que aparece en Resultados con la que fue posible evaluar el grado de E.E. y determinar la clasificación final de Alta o Baja Emoción Expresada del familiar.

4.8. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Debido a los instrumentos utilizados para llevar a cabo esta investigación fue necesario introducir dos tipos de análisis: el cualitativo y el cuantitativo.

4.8.1. Análisis Cualitativo

Se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable.

Los métodos cualitativos son humanistas ya que nos permiten conocer a las personas y experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad.

Un estudio cualitativo no es un análisis impresionista informal basado en una mirada superficial a un escenario o a una persona, es una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos aunque no necesariamente estandarizados.

Según Geertz, la investigación cualitativa proporcionaría una "descripción íntima" de la vida social y Emerson dice que "Las descripciones íntimas presentan detalladamente el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para los involucrados" (citado por Taylor y Bogdan, 1985).

Dado que la E.E. se refiere a las actitudes y sentimientos que el familiar más cercano le prodiga al paciente, fue necesario utilizar el análisis cualitativo tomando como base el Manual para Codificar la E.E. de la Muestra de Conversación de Cinco Minutos (FMSS) que es un instrumento confiable el cual ha sido aplicado en diferentes poblaciones, Magaña y cols. (1986) y se ha demostrado también su validez en otros estudios.

Este tipo de análisis dio como resultado clasificar a los familiares de los pacientes de la muestra en familiar con alta o baja E.E. Esta clasificación fue supervisada, comentada y validada por la supervisora de este trabajo de investigación.

4.8.2. Análisis Cuantitativo.

Los cuatro cuestionarios utilizados para recabar la información de esta investigación fueron analizados en forma cuantitativa y su confiabilidad fue obtenida mediante Alpha de Cronbach por medio del paquete computacional SPSS.

4.8.2.1 Prueba de los Instrumentos

Cuestionario "Opinión Afectiva" (OPAF)

No. de Reactivo	Promedio	Varianza	Desv. Estándar	No. de Variables	Alpha.
11	12.1290	7.2495	2.6925	5	.6274
14	12.7500	14.1290	3.7589	8	.8144
15	10.3125	10.1573	3.1870	7	.8290
16	7.8182	5.9659	2.4425	5	.7563
17	8.2424	4.6894	2.1655	6	.7100
18	10.0323	10.0989	3.1779	6	.7385
19	9.4194	9.3183	3.0526	6	.8402
20	7.5152	7.4451	2.7286	5	.8671
21	9.6970	7.9678	2.8227	6	.7864

Cuestionario "Concepción de Enfermedad del paciente". (CONENFPA)

Del 3 al 13 y Del 15 al 17	6.1429	9.4762	3.0783	14	.6981
----------------------------------	--------	--------	--------	----	-------

Cuestionario Relación Médico-paciente

No.de Reactivo	Promedio	Varianza	Desv. Estándar	No.de Variables	Alpha
9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17.	10.6364	5.6761	2.3825	8	.8134

El Cuestionario "Concepción de enfermedad" del familiar
(CONENFA)

9	11.6786	3.3373	1.8268	6	-.1313
10	15.6000	6.2526	2.5005	7	.2573
11	8.7143	5.2967	2.3015	4	.5864
12	6.4815	7.4900	2.7368	4	.7181
13	8.0690	4.7808	2.1865	4	.6141
14	4.0690	2.1379	1.4622	3	.2938
15	7.7742	1.7806	1.3344	4	.4767
16	7.5313	1.4183	1.1909	4	.3677
17	8.6250	3.4677	1.8622	5	.5363
18	15.0000	1.6774	1.2952	8	-.1085
20	8.5714	5.1429	2.2678	4	.6317
21	3.4800	.7600	.8718	3	.1974
22	6.5556	1.0256	1.0127	3	-1.3833
23	7.3000	6.3263	2.5152	4	.6911
Del 24 al 40	8.9091	3.6477	1.9099	17	.1666

Por lo que respecta a este cuestionario que fue contestado por el familiar y tomando en consideración que gran parte de los ítems eran dicotómicos el Alpha de Cronbach salió baja por lo que se requiere otro tipo de análisis o en su defecto una revisión minuciosa del cuestionario para hacer el replanteamiento de los reactivos, sin embargo los resultados que arrojó fueron muy interesantes y responden de alguna manera a los objetivos planteados en este trabajo.

5. RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en cada una de las variables investigadas se presentan en las siguientes tablas y gráficas.

Datos Demográficos.

La muestra de esta investigación estuvo formada por 33 sujetos con diagnóstico de Psicosis Orgánica que durante los años de 1993 y 1994 presentaron dos o más reingresos al Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la Tabla 1 se presenta la descripción de las variables sociodemográficas que caracterizan a los sujetos de la muestra y a sus familiares más cercanos que fungen como responsables.

a) Datos demográficos de los pacientes.

La población de la muestra quedó conformada por 69.7% de hombres y 30.3% de mujeres, la edad promedio corresponde a 34.5 años de edad, el 78.7% fueron solteros y el 21.3% casados.

En cuanto a los años de estudio el 48.6% de la muestra se encontró en el rango de 9 a 12 años, siendo 9.4 años de estudio la media de la muestra, el nivel escolar predominante fue el de vocacional o preparatoria terminada con un 30% al que le siguió la secundaria con el 27.3%.

Por lo que respecta a la ocupación, el 33.3% se encontraban desempleados, el número de hospitalizaciones preponderante se encontró en el rango de 2 a 4 hospitalizaciones con un 45.4%.

b) Datos demográficos del familiar.

El sexo predominante fue el femenino con el 90.9% y el masculino con el 9.1%, la edad promedio fue de 51 años de edad, el estado civil correspondió al 51.6% de casados y 48.4% de solteros. La madre fue el familiar responsable que representó el 51.5% de la muestra.

Por lo que respecta a los años de estudio se encontró el 42.5% en el rango de 5 a 9 años siendo 7.9 años de estudio la media de la muestra, el nivel escolar predominante fue primaria que representa el 36.4 % y le siguió la secundaria con 24.2%, la ocupación principal de los familiares fue el hogar.

Tabla 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

PACIENTES CON PSICOSIS ORGÁNICA		
DATOS DEMOGRÁFICOS	GRUPO	
PACIENTES	N=33	
SEXO	N	%
Masculino	23	69.7
Femenino	10	30.3
EDAD		
19 a 25 años	5	15.2
26 a 32 años	9	27.2
33 a 39 años	9	27.2
40 a 46 años	7	21.2
47 a 51 años	3	9.2
Media - 34.5		
ESTADO CIVIL		
Soltero	26	78.7
Casado	7	21.3
ESCOLARIDAD		
Primaria	7	21.2
Secundaria	9	27.3
Carrera Técnica	3	9.1
Preparatoria o Vocacional	10	30.3
Profesional	4	12.1
AÑOS DE ESTUDIO		
De 1 a 4 años	2	6.0
De 5 a 8 años	10	30.3
De 9 a 12 años	16	48.6
De 13 a 16 años	4	12.1
De 17 a 20 años	1	3
Media - 9.4		
OCUPACIÓN		
Desempleado	11	33.3
Empleado	8	24.2
Jubilado y Pensionado	6	18.2
Comerciante	4	12.2
Hogar	2	6.1
Estudiante	2	6.1
NO. DE HOSPITALIZACIONES		
De 2 a 4	15	45.4
De 5 a 7	9	27.3
De 8 a 11	5	15.2
12 ó más	4	12.1
FAMILIAR RESPONSABLE		
Padre	1	3.0
Madre	17	51.5
Hermanos	6	18.2
Otro familiar	9	27.3

FAMILIARES DE PACIENTES CON PSICOSIS ORGÁNICA		
DATOS DEMOGRÁFICOS	GRUPO	
FAMILIARES	N=33	
SEXO	N	%
Masculino	3	9.1
Femenino	30	90.9
EDAD		
20 a 34 años	6	18.2
35 a 49 años	7	21.2
50 a 64 años	12	36.4
65 a 79 años	7	21.2
80 o mas	1	3.0
Media - 51.9		
ESTADO CIVIL		
Soltero	16	48.4
Casado	17	51.6
ESCOLARIDAD		
No fue a la Escuela, lee y escribe	3	9.1
Primaria	12	36.4
Secundaria	8	24.2
Carrera Técnica	5	15.1
Preparatoria o Vocacional	2	6.1
Profesional	2	6.1
Maestría	1	3.0
AÑOS DE ESTUDIO		
De 0 a 4 años	9	27.3
De 5 a 9 años	14	42.5
De 10 a 14 años	6	18.1
De 15 a 19 años	3	9.1
20 o mas	1	3.0
Media - 7.9		
OCUPACIÓN		
Hogar	18	54.5
Empleado	8	24.2
Profesionista	4	12.2
Jubilado y Pensionado	2	6.1
Estudiante	1	3.0
RELACIÓN CON EL PACIENTE		
Padre	1	3.0
Madre	17	51.5
Hermanos	6	18.2
Otro familiar	9	27.3
CONVIVENCIA DEL PACIENTE CON SU FAMILIAR	SIEMPRE	%
Todo el día	17	51.5
Media mañana	7	21.2
Por la noche	9	27.2

Emoción Expresada

Debido a situaciones fuera de control, diez de las entrevistas grabadas se perdieron, por tal motivo el resultado del análisis de Emoción Expresada se llevó a cabo únicamente con 23 pacientes de los 33 que formaron la muestra.

Este tipo de análisis dio como resultado clasificar a los familiares de los pacientes de la muestra en dos grupos: familiares con nivel alto de emoción expresada y familiares con nivel bajo.

El 39.1% de pacientes viven con familiares cuyo nivel de emoción expresada es bajo y el 60.9% de pacientes viven con familiares que reportar niveles altos de emoción expresada. (ver tabla 2)

Para comparar la información obtenida en el análisis de emoción expresada del familiar, se aplicó al paciente el Cuestionario Opinión Afectiva (OPAF) con el cual se investigó el trato que el familiar le brinda al paciente; cómo percibe el paciente ese trato; cómo percibe su ambiente familiar y los sentimientos que ese ambiente le producen; en todos estos aspectos los resultados fueron positivos como se podrá ver en las tablas 3, 4, 5 y 6. Sin embargo más de una tercera parte sienten y reciben un trato negativo.

Tabla 2

EMOCIÓN EXPRESADA POR EL FAMILIAR DEL PACIENTE

Paciente	Concepto Inicial			Relaciones			Críticas	Sobreinvolucramiento Emocional (S.I.E.)					E.F.
	Positivo	Neutral	Negativo	Positivo	Neutral	Negativo		Año de sacrificio/sobre protección	Demonstración de emociones	Detalles creativos	Observaciones positivas	Concepto de Actitud	
1			3*		2	2	2		2				Alta
2		1				1			2				Alta
3		1			3	1	1			1			Alta
7		1			3	1	1			2			Alta
8		1			4	2	4						Alta
9		1			3	1	1			2			Alta
10		1			1	1							Baja
12		1										1	Baja
13		1			4		1		2			1	Alta
14	1				3	2	1						Baja
15			1			2	1						Alta
18		1			1	1	1		1				Alta
19		1											Baja
20		1				2	2		2				Alta
24		1					1		1				Alta
25		1											Baja
27		1			3							1	Baja
28		1			2	2			1				Baja
29			1		2	3	10						Alta
30	1				2	1							Baja
31		1			3	4	3		4				Alta
32					2								Baja
33		1					1		3				Alta

*Cada número indica las veces que se presentó la situación que en el encabezado se indica

Tabla 3

TRATO QUE EL FAMILIAR LE BRINDA AL PACIENTE*

Frecuencia	Positivos		Negativos	
	N	%	N	%
Siempre	19	57.5*	6.4	19.4
De vez en cuando	10.4	31.5	10.2	31
Nunca	3.6	11	16.4	49.6
Total	33	100	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

En el trato positivo que el familiar le brinda al paciente se sacó el promedio de las siguientes opciones: le da consejos, platica calmadamente, lo cuida y lo protege, lo apoya en las actividades que emprende y lo estimula para seguir adelante.

En el trato negativo que el familiar le brinda al paciente se sacó el promedio de las siguientes opciones: lo regaña, lo golpea, es indiferente, lo rechaza y no confía en que pueda hacer bien las cosas.

El promedio se sacó para simplificar la cantidad de información y se llevó a cabo sumando las frecuencias tanto positivas y negativas de cada una de las alternativas y el resultado se dividió entre el número de opciones. Ejm.

Opciones.	Alternativas.			Total
	Siempre	De vez en cuando	Nunca.	
Le da consejos	11	16	6	33
Platica calmadamente	16	14	3	33
Lo cuida y lo protege.	24	8	1	33
Lo apoya en...	19	9	5	33
Lo estimula...	25	5	3	33
Total	95	52	18	
	95/5 = 19	52/5=10.4	18/5=3.6	

El trato que el familiar le brinda al paciente en un 57.5% es positivo. Un porcentaje considerable 31% mencionan que de vez en cuando reciben trato negativo y el 49.6% indican que nunca reciben trato negativo.

Tabla 4

SENTIMIENTOS DEL PACIENTE QUE EL FAMILIAR A CARGO LE HACE SENTIR*

Frecuencia	Positivo		Negativo	
	N	%	N	%
Siempre	21	63.6*	3	9.1
De vez en cuando	9	27.3	12.4	37.5
Nunca	3	9.1	17.6	53.4
Total	33	100	33	100

*Porcentaje de respuestas múltiples.

En los sentimientos positivos que el familiar le hace sentir al paciente se sacó el promedio de las siguientes opciones: Cariño y afecto, confianza y tranquilidad, seguridad y paz.

En los sentimientos negativos que el familiar le hace sentir al paciente se sacó el promedio de las siguientes opciones: irritabilidad y enojo, desconfianza, rebeldía.

Los resultados muestran que el trato que el familiar le brinda al paciente, así como, los sentimientos que ese trato le hace sentir son principalmente positivos, sin embargo, de vez en cuando un 37.5% le manifiestan sentimientos negativos.

Tabla 5

PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE FAMILIAR POR EL PACIENTE*

Frecuencia	Positivo		Negativo	
	N	%	N	%
Siempre	16	48.5*	3	9.1
De vez en cuando	11.4	34.5	10.6	32.1
Nunca	5.6	17	19.4	58.8
Total	33	100	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

En la percepción positiva que el paciente tiene de su ambiente familiar se sacó el promedio de las siguientes opciones: de unión y de cariño, de cooperación y ayuda y alegre y armonioso. En la percepción negativa que el paciente tiene de su ambiente familiar se sacó el promedio de las siguientes opciones: desagradable y tenso, hostil y conflictivo y frío y rechazante. Los resultados muestran que para el 48.5% la percepción que generalmente tiene el paciente de su ambiente familiar es positiva y el 32.1% consideran que de vez en cuando la percepción es negativa.

Tabla 6

SENTIMIENTOS EXPRESADOS POR EL PACIENTE RESPECTO A SU AMBIENTE FAMILIAR*

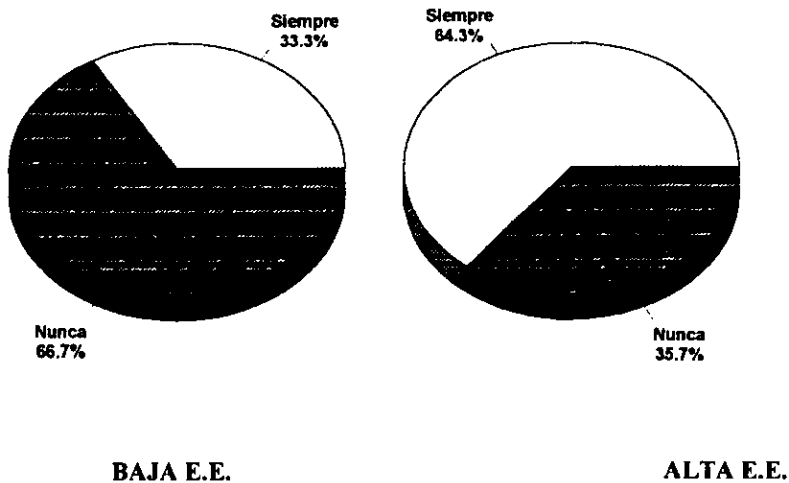
Frecuencia	Positivo		Negativo	
	N	%	N	%
Siempre	14	42.4*	3.3	10.1
De vez en cuando	13	39.4	9	27.2
Nunca	6	18.2	20.7	62.7
Total	33	100	33	100

* Porcentajes de respuestas múltiples.

En los sentimientos positivos que el ambiente familiar le hace sentir al paciente se sacó el promedio de las siguientes opciones: comprendido, aceptado, consentido. En los sentimientos negativos que el ambiente familiar le hace sentir al paciente se sacó el promedio de las siguientes opciones: rechazado, humillado e ignorado. Los sentimientos que el ambiente familiar le hace sentir al paciente en un 42.4% son siempre positivos, 39.4% son positivos de vez en cuando y el 10.1% son siempre negativos y 27.2% consideran que son negativos de vez en cuando.

GRÁFICA 1

EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR QUE CONVIVE TODO EL DÍA CON EL PACIENTE**



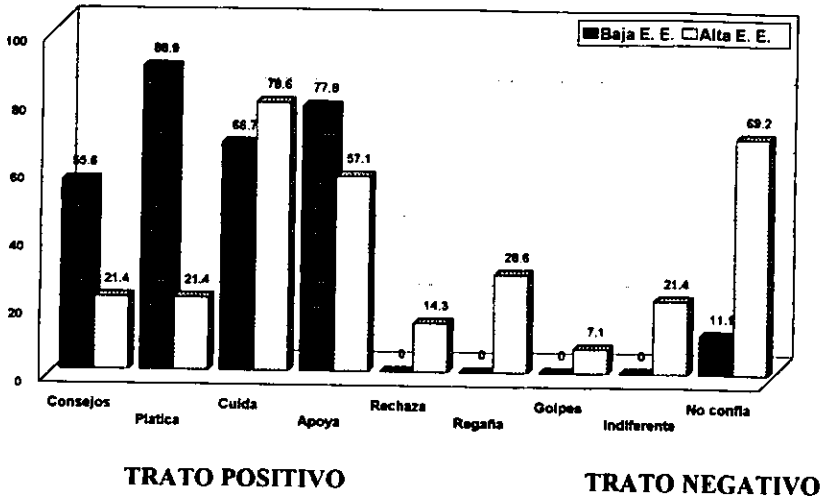
* Porcentajes de respuesta múltiples

**Porcentajes tomados del total de familiares entrevistados (23 familias)

Esta gráfica muestra la correlación de la Emoción Expresada del familiar con el tiempo que convive el paciente con su familiar y se observa que el 64.3% de los familiares que conviven todo el día con su paciente, presenta alto nivel de emoción expresada. en contraste con el 66.7 % de parientes que nunca han convivido con su paciente durante todo el día y cuya emoción expresada es baja

GRÁFICA 2

COMPARACIÓN DEL TIPO DE EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR CON EL TRATO QUE LE BRINDA AL PACIENTE.**



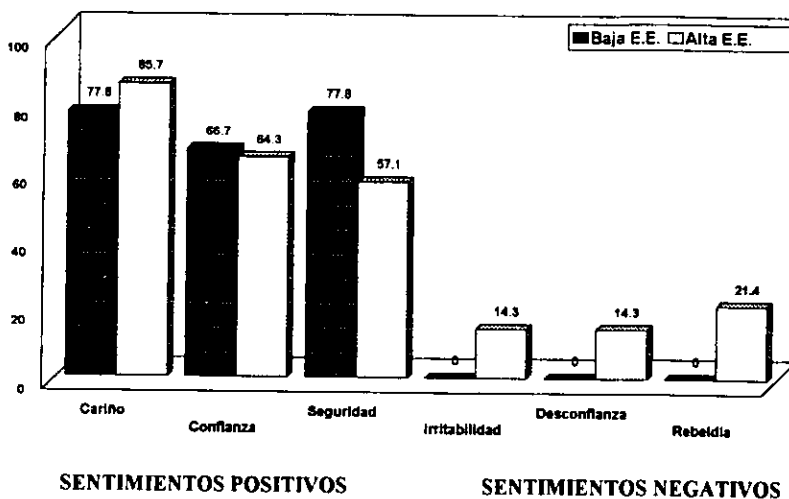
*Porcentajes de respuesta múltiples

**Porcentajes tomados de los 23 familiares entrevistados.

Esta gráfica nos muestra que al comparar la emoción expresada del familiar con el trato que le brinda al paciente se observa que los porcentajes más altos corresponden a familiares que brindan trato positivo al paciente y que presentan emoción expresada baja, del mismo modo que aquellos familiares con alta emoción expresada. Por lo que respecta al trato negativo se observa únicamente en los familiares que presentan alta emoción expresada, excepto en la variable confianza en la que el 11.1% de familiares con baja emoción expresada no confían en su paciente.

GRÁFICA 3

COMPARACIÓN DEL TIPO DE EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR CON LOS SENTIMIENTOS EXPRESADOS POR EL PACIENTE.



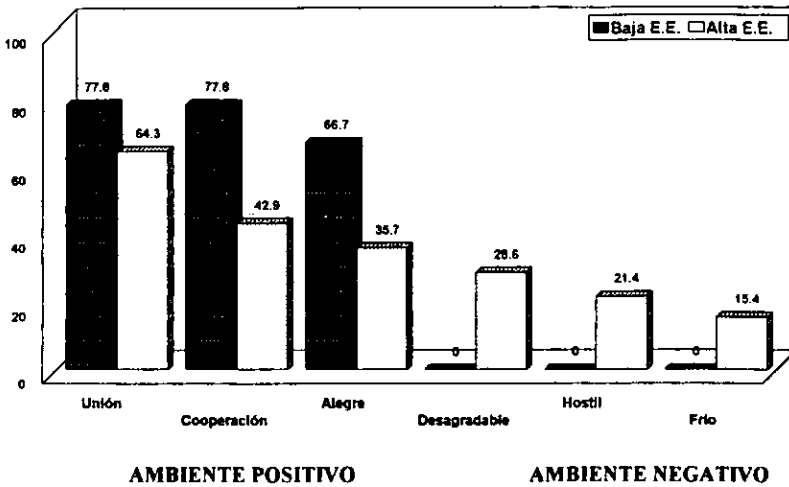
*Porcentajes de respuesta múltiples

**Porcentajes tomados de los 23 familiares entrevistados.

Con los altos porcentajes de esta gráfica se observa que independientemente de que el familiar presente alto o bajo nivel de emoción expresada el paciente manifiesta sentimientos positivos hacia su familiar; sin embargo en menor grado, en pacientes que conviven con familiares de alta emoción expresada se observa la presencia de sentimientos negativos de irritabilidad, desconfianza y rebeldía.

GRÁFICA 4

COMPARACIÓN DEL TIPO DE EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR CON LA PERCEPCIÓN QUE EL PACIENTE TIENE DE SU AMBIENTE FAMILIAR.



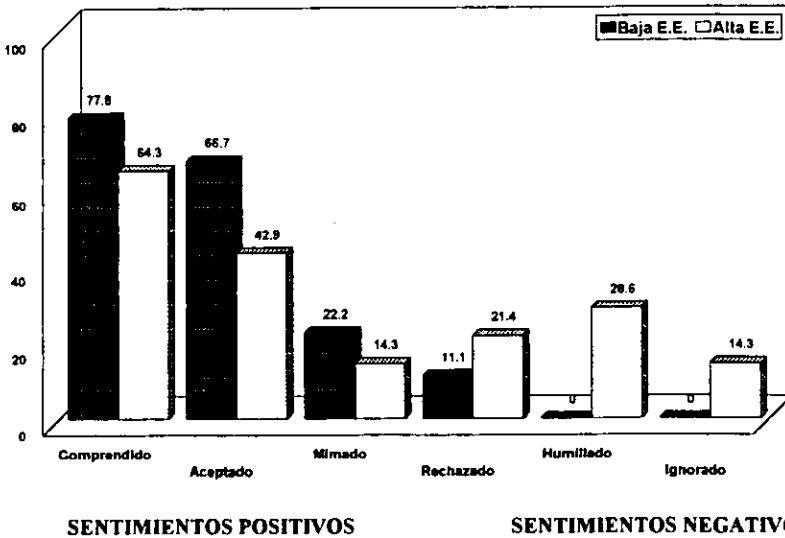
*Porcentajes de respuesta múltiples

**Porcentajes tomados de los 23 familiares entrevistados.

Los porcentajes más altos de esta gráfica corresponden a pacientes que perciben en forma positiva su ambiente familiar y que conviven con parientes que presentan baja emoción expresada. En Menores porcentajes de familiares que presentan alta emoción expresada los pacientes también perciben positivo su ambiente familiar en contraste con los bajos porcentajes que reportan que el paciente percibe un ambiente familiar negativo y que pertenecen a parientes con alta emoción expresada.

GRÁFICA 5

**COMPARACIÓN DEL TIPO DE EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR CON
LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE PROPICIADOS POR SU AMBIENTE
FAMILIAR.****



*Porcentajes de respuesta múltiples

**Porcentajes tomados de los 23 familiares entrevistados.

El ambiente familiar origina en el paciente sentimientos positivos ya que un 77.6% se sienten comprendidos y un 66.7% se sienten aceptados por parientes que presentan baja emoción expresada; porcentajes similares de ambientes familiares con parientes de alta emoción expresada también originan sentimientos positivos en los pacientes. El ambiente familiar que pertenece a parientes con alta emoción expresada en porcentajes bajos originan sentimientos negativos en el paciente.

Resumen.- El Análisis Cualitativo nos muestra que el 60.8% de los familiares de la muestra presentan Alta Emoción Expresada.

El trato que el familiar le brinda al paciente, éste lo percibe positivo, así como su ambiente familiar, de tal manera que los sentimientos expresados por el paciente hacia su pariente y su ambiente familiar también son positivos.

Concepción de Enfermedad del Familiar.

Los resultados obtenidos al investigar la Concepción de Enfermedad por parte del paciente se presentan a continuación de la tabla 7 a la 15 incluyendo la gráfica número 6

Tabla 7

PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

Enfermedad Mental	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
La enfermedad mental es como cualquier otra	8	24.2*	25	75.8	33	100
La enfermedad mental se transmite	4	12.2	29	87.8	33	100
La enfermedad mental se hereda	17	51.5	16	48.5	33	100
La enfermedad mental es terrible	29	87.8	4	12.2	33	100

* Porcentajes de respuestas múltiples.

Los familiares de los enfermos mentales que consideran que la enfermedad mental no es como cualquier otra, forman el 75.8% de la muestra.

El 87.8% consideran que la enfermedad mental no se transmite.

El 51.5% opinó que la enfermedad mental si se hereda.

El 48.5% opinó que la enfermedad mental no se hereda. El 87.8% consideran que la enfermedad mental es terrible.

Tabla 8

CONCEPCIÓN DEL FAMILIAR ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Concepción de enfermedad	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cualquier persona puede llegar a ser enfermo mental	24*	72.7	9	27.3	33	100
Cree que su paciente siempre va a estar así	17	51.5	16	48.5	33	100
Confía en los enfermos mentales	11	33.3	22	66.7	33	100
Los enfermos mentales pueden bastarse así mismos	20	60.6	13	39.4	33	100
A los enfermos mentales se les debe tratar como parte de la comunidad	28	84.8	5	15.2	33	100

* Porcentajes de respuestas múltiples.

El 72.7% de los familiares de los enfermos mentales consideran que cualquier persona puede llegar a ser enfermo mental.

El 51.5% cree que su paciente siempre va a estar así.

El 66.7% no confía en los enfermos mentales.

El 60.6% cree que los enfermos mentales pueden bastarse así mismos.

El 84.8% opinan que a los enfermos mentales se les debe tratar como parte de la comunidad.

Tabla 9

ASPECTOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL CONOCIDOS POR EL FAMILIAR

ASPECTOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL	Si		No		No sabe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Conoce las características de la enfermedad de su paciente	18	54.5*	11	33.4	4	12.1	33	100
La enfermedad de su paciente es incurable y solo se controla**	24	72.7	7	21.2	2	6.1	33	100
Tomando el medicamento, su paciente se curar totalmente**	9	27.3	22	66.7	2	6.1	33	100
A pesar de estar controlada se pueden presentar recaídas	30	90.9	0	0	3	9.1	33	100
Se siente responsable de la enfermedad de su paciente.	8	24.2	25	75.8	0	0	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

**Los familiares advierten que la enfermedad de su paciente es incurable y que tomando los medicamentos no se curará totalmente ($X_2 = 18.861$, GL 4, $p < .001$). Así mismo advierten que la enfermedad es incurable y que su paciente debe tomar medicamento de por vida ($X_2 = 14.652$, GL 4, $p < .005$).

Los familiares que si conocen las características de la enfermedad de su paciente cubren el 54.5%.

Los que saben que la enfermedad de su paciente es incurable y sólo podrá ser controlada forman el 72.7%.

Los que saben que a pesar de estar controlada la enfermedad se pueden presentar recaídas son el 90.9% de la muestra.

El 75.8% no se sienten responsables de la enfermedad de su paciente

Tabla 10

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE REPORTADA POR EL FAMILIAR

Enfermedad	N	%
Psicosis Orgánica	7	21.2
Esquizofrenia	7	21.2
Drogadicción	4	12.1
Depresión	2	6
No se	13	39.5
Total	33	100

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD REPORTADA POR EL PACIENTE

Enfermedad	N	%
Psicosis Orgánica	6	18.2
Esquizofrenia	5	15.1
Neurosis de ansiedad	2	6.1
No esta enfermo	2	6.1
Farmacodependencia	1	3.0
No se	17	51.5
Total	33	100

El 21.2% de los familiares reportan que la enfermedad de su paciente es Psicosis Orgánica y el 39.5% no lo saben. Por lo que respecta al paciente el 18.2% saben que padecen Psicosis orgánica y el 51.5% no lo saben. Tanto en familiares como en pacientes el mayor porcentaje se encuentra en el desconocimiento del nombre de la enfermedad que el paciente padece.

Tabla 11

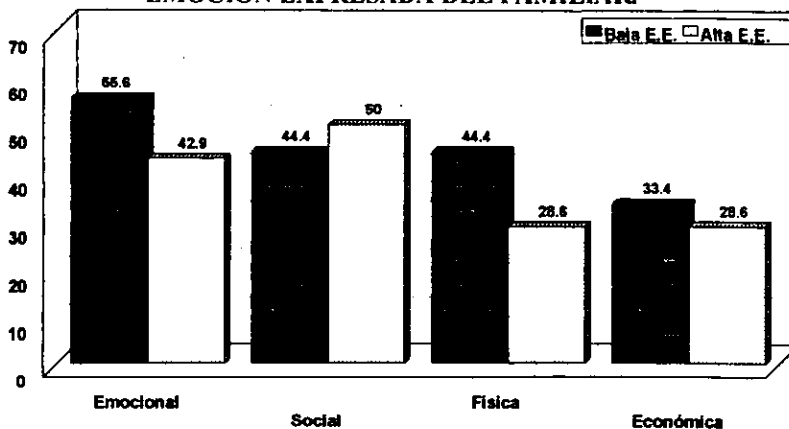
CARGA QUE REPRESENTA EL ENFERMO MENTAL PARA EL FAMILIAR

LUGAR QUE OCUPA LA CARGA	TIPO DE CARGA							
	Económica		Emocional		Física		Social	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primero	6	18.2*	17	51.5	7	21.2	2	6.1
Segundo	10	30.3	8	24.3	7	21.2	7	21.2
Tercero	7	21.2	4	12.1	10	30.3	10	30.3
Cuarto	8	24.2	3	9.1	8	24.3	12	36.3
No contestó	2	6.1	1	3.0	1	3.0	2	6.1
Total	33	100	33	100	33	100	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

La carga económica se refiere a los gastos que origina la enfermedad del paciente. La carga emocional se refiere a los sentimientos y emociones (sufrimientos, angustias, disgustos, corajes, etc.) que se originan por la enfermedad del paciente. La carga física se refiere a las agresiones físicas y verbales, malos tratos y destrucciones que se producen por la enfermedad del paciente. La carga social se refiere a la vergüenza y afrenta que representa tener un enfermo mental debido a la estigma social. La principal carga que el enfermo mental representa para su familiar es la carga emocional (51.5%).

GRÁFICA 6

TIPO DE CARGA QUE REPRESENTA EL ENFERMO MENTAL Y LA EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR.**

*Porcentajes de respuesta múltiples

**Porcentajes tomados de los 23 familiares entrevistados.

Familiar con baja E.E. consideran al paciente como carga emocional.

Tabla 12

SITUACIÓN DE VIDA DEL PACIENTE SEGÚN EL FAMILIAR

SITUACIÓN DE VIDA	Controlados		Vigilados		Sometidos		Solos		Libres	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frecuencia										
Siempre	29	87.9*	20	60.6	4	12.2	1	3.0	7	21.2
De vez en cuando	3	9.1	9	27.3	0	0	7	21.2	15	45.5
Nunca	1	3.0	4	12.1	28	84.8	25	75.8	11	33.3
No se	0	0	0	0	1	3.0	0	0	0	0
Total	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

El 87.9% de los familiares de la muestra consideran que los enfermos mentales deben estar siempre controlados y el 60.6 % que siempre deben estar vigilados contra el 3% que opinan que el enfermo mental puede estar solo.

Tabla 13

ALTERNATIVA POR PARTE DEL FAMILIAR PARA QUE EL PACIENTE MEJORE

ALTERNATIVA	Hacer lo que el psiquiatra indique		Comprenderlo y sobrellevarlo en todo		Ayudarlo e impulsarlo		Solamente darle los medicamentos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Frecuencia								
Siempre	29	87.9*	30	90.9	30	90.9	5	5.2
De vez en cuando	1	3.0	3	9.1	0	0	0	0
Nunca	2	6.1	0	0	2	6.1	28	84.8
No se	1	3.0	0	0	1	3.0	0	0
Total	33	100	33	100	33	100	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

La alternativa del familiar para que el paciente mejore el 90.9% fue comprenderlo y sobrellevarlo en todo, el mismo porcentaje opinó que hay que ayudarlo e impulsarlo en todo.

Tabla 14

PROPUESTAS DE TRATAMIENTO ACEPTADAS POR EL FAMILIAR

PROPUESTA	Tratamiento farmacológico y psicoterapia		Apoyo psicológico a la familia		Apoyo de la familia al paciente		Internamiento de por vida	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Frecuencia								
Siempre	31	93.8*	32	97.0	29	87.9	5	15.2
De vez en cuando	0	0	0	0	3	9.1	4	12.1
Nunca	1	3.1	1	3.1	1	3.0	24	72.7
No se	1	3.1	0	0	0	0	0	0
Total	33	100	33	100	33	100	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples

El 97% de los familiares aceptan la propuesta de dar siempre apoyo psicológico a la familia del enfermo mental. El 93.8% aceptan que al enfermo mental se le de siempre tratamiento farmacológico y psicoterapia. El 87.9% opinó que el paciente debe recibir siempre el apoyo de la familia.

Tabla 15

MEDIO POR EL CUAL EL FAMILIAR SE ENTERO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MEDICAMENTOS.

MEDIOS	Los vio en su paciente		El psiquiatra se los explico		Se lo informo otra persona	
	N	%	N	%	N	%
Frecuencia						
Siempre	21	63.6*	10	30.3	2	6.1
De vez en cuando	0	0	0	0	0	0
Nunca	6	18.2	17	51.5	25	75.7
No se	6	18.2	6	18.2	6	18.2
Total	33	100	33	100	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

El medio por el cual los familiares se enteraron de que algunos medicamentos producen efectos secundarios fue el 63.6% viéndolos en sus pacientes. Así mismo, el 51.5% indicó que el psiquiatra nunca se los explicó.

Resumen.- El 87.8 % de los familiares consideran que la enfermedad mental es terrible; que a los enfermos mentales se les debe tratar como parte de la comunidad . El 72% admiten que la enfermedad de su paciente es incurable y el 90.9 % saben que a pesar de estar controlada puede presentar recaídas. El familiar tiene más conciencia de enfermedad que el paciente.

CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE

Al investigar la Concepción de enfermedad del paciente se obtuvieron los resultados que se presentan en las tablas 16, 17 y 18 así como en las gráficas 7 y 8.

Al hacer la correlación de variables demográficas con las de Concepción de enfermedad se obtuvieron los siguientes datos:

A mayor años de estudio del paciente, se advierte que hay mayor aceptación del padecimiento.

Independientemente de la edad, el 60% de la muestra considera que cualquier persona puede llegar a ser enfermo mental.

A medida que el paciente tiene más edad se advierte que va teniendo más conciencia de que su padecimiento es incurable.

Los pacientes con menos años de estudio consideran que la enfermedad no les impide trabajar.

La mayoría de los pacientes que han cursado de 9 a 12 años de estudio consideran que a pesar de su enfermedad no se sienten diferentes a los demás. (gráficas 7 y 8).

Tabla 16

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL POR EL PACIENTE

Percepción del paciente	Sí		No		No sabe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Padece una enfermedad mental	15	45.5*	17	51.5	1	3.0	33	100
Se siente diferente a los demás	11	33.3	22	66.7	0	0	33	100
La enfermedad mental le impide trabajar	12	36.4	21	63.6	0	0	33	100
Cualquier persona puede llegar a ser enfermo mental	20	60.6	10	30.3	3	9.1	33	100
La enfermedad mental se transmite	9	27.3	16	48.5	8	24.2	33	100
La enfermedad mental se hereda	12	36.4	12	36.4	9	27.2	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

La percepción de la enfermedad mental por el paciente no es adecuada ya que el 51.5% opina que no padecen una enfermedad mental y el 45.5% opina que sí.

El 66.7% no se sienten diferentes a los demás.

El 63.6% consideran que la enfermedad mental no les impide trabajar.

El 60.6% piensa que cualquier persona puede llegar a ser enfermo mental.

El 48.5% opina que la enfermedad mental no se transmite.

El 36.4% consideran que la enfermedad se hereda, un porcentaje similar opina que no y el 27.2% no sabe.

Tabla 17

CONCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD

Concepción de la enfermedad	Si		No		No sabe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Su enfermedad es incurable**	8	24.2*	18	54.5	7	21.3	33	100
Volverá a estar como antes de enfermarse	18	54.5	10	30.3	5	15.2	33	100
Siempre va a estar así	5	15.2	22	66.6	6	18.2	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

**El paciente considera que su enfermedad es curable y que volverá a estar como antes de enfermarse ($\chi^2 = 7.200$, GL 1, $p < .007$).

El 54.5% considera que su enfermedad es curable, el 21.3% no lo sabe. El mismo porcentaje (54.5%) piensa que volverá a estar como antes de enfermarse. El 66.6% piensa que no siempre va a estar así.

Tabla 18

CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE RESPECTO AL MEDICAMENTO

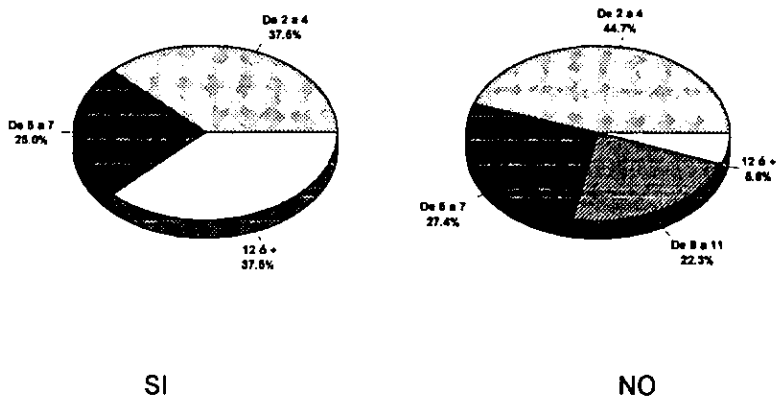
Conocimientos respecto al medicamento	Si		No		No sabe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Se curara totalmente con el medicamento	17	51.5*	9	27.3	7	21.2	33	100
Deberá tomar los medicamentos de por vida	13	39.4	12	36.4	8	24.2	33	100
Se hará adicto a los medicamentos	11	33.3	16	48.5	6	18.2	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

El 51.5% de los pacientes creen que tomando los medicamentos se curarán totalmente, el 21.2% no lo saben. El 36.4% considera que los medicamentos no los deberá tomar de por vida y el 24.2% lo ignoran sumando estos dos porcentajes hacen un total de 60.6% que no tienen idea clara de la importancia de los medicamentos.

GRÁFICA 7

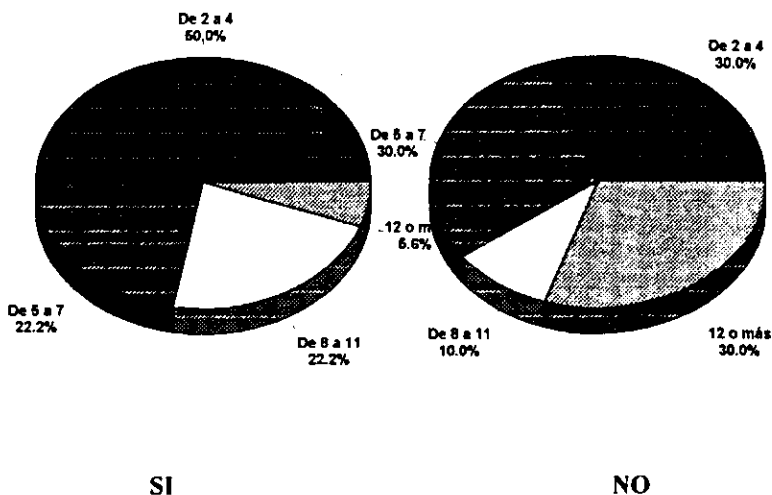
**OPINIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES
(La enfermedad es incurable)**



El 37.5% de los pacientes que tienen de 2 a 4 hospitalizaciones consideran que su enfermedad es incurable, el mismo porcentaje con 12 o más hospitalizaciones aceptan que es incurable. El 44.7% con 2 a 4 hospitalizaciones creen que es curable por lo tanto a menor número de hospitalizaciones es mayor la creencia de que la enfermedad del paciente es curable.

GRÁFICA 8

**EXPECTATIVAS DE SALUD Y NÚMERO DE INGRESOS
(Volverá a estar como antes de enfermarse)**



50% de los pacientes que tienen de 2 a 4 hospitalizaciones creen que volverán a estar como antes de enfermarse. El 30% con 12 o más hospitalizaciones creen que no volverán a estar como antes de enfermarse, por lo tanto los pacientes que tienen menos reingresos a hospitalización creen que si volverán a estar como antes de enfermarse.

Resumen.- El 51.5 % No consideran que padecen una enfermedad mental, ese mismo porcentaje cree que tomando el medicamento se curaran totalmente y el 54.5 % piensan que su enfermedad es curable.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Los resultados obtenidos con el Cuestionario Relación- Médico-paciente se presentan en las tablas 19, 20, 21 y 22 que a continuación se presentan:

Tabla 19

CONSULTA MÉDICA

TIEMPO DE ASISTIR A CONSULTA	N	%
De 2 a 7 años 11 meses	15	45.4
De 8 a 13 años 11 meses	10	30.3
De 14 a 19 años 11 meses	5	15.2
De 20 a 25 años 11 meses	3	9.1
FRECUENCIA DE LAS CONSULTAS		
Cada 15 días	1	3.0
Cada mes	28	84.8
De mes y medio a dos	2	6.1
De dos meses y medio a tres	2	6.1
TIEMPO DE CADA CONSULTA		
De 5 a 10 minutos	9	27.3
De 15 a 20 minutos	9	27.3
De media hora a tres cuartos de hora	9	27.3
De una hora	6	18
NÚMERO DE PSIQUIATRAS QUE LO HAN ATENDIDO		
De 1 a 3	24	72.7
De 4 a 6	4	12.1
De 7 a 10	5	15.2
TRATO QUE LE BRINDA EL PSIQUIATRA		
Buena	25	75.8
Regular	7	21.2
Mala	1	3.0
PERCEPCIÓN DEL PSIQUIATRA POR EL PACIENTE		
Eficiente y preparado	13	39.3
Atento y amable	9	27.3
Indiferente	6	18.2
Déspota y desinteresado	5	15.2

El 45.4% de la muestra de pacientes han asistido a consulta psiquiátrica de 2 a 7 años 11 meses. El 84.8% de los pacientes reciben su consulta cada mes. El tiempo que dura cada consulta varía en tres rangos de 5 minutos a tres cuartos de hora. La atención psiquiátrica que recibe el paciente en un 72.7% es dada por uno o hasta tres psiquiatras; el 75.8% consideran que es buena el trato que reciben. La percepción que tienen de los psiquiatras es positiva ya que el 39.3% los consideran eficientes y preparados y el 27.3% los consideran atentos y amables, haciendo un porcentaje total de 66.6%.

Tabla 20

OPINIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Atención Psiquiátrica	Si		No		No sabe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
El tiempo de consulta es suficiente**	22	66.7*	10	30.3	1	3.0	33	100
Esta de acuerdo con los cambios de psiquiatra	13	39.4	15	45.5	5	15.1	33	100
La atención debe ser por un solo psiquiatra	23	69.7	8	24.3	2	6.0	33	100
Considera satisfactoria la atención	25	75.7	8	24.3	0	0	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

**El tiempo de consulta que el psiquiatra le dedica a los pacientes es de 5 minutos a tres cuartos de hora y los pacientes consideran que ese tiempo es suficiente. ($\chi^2 = 11.572$, GL 3, $p < .009$).

El 66.7% de la muestra considera que el tiempo de consulta es suficiente El 45.5% están de acuerdo con los cambios de psiquiatra, el 69.7% consideran que la atención debería ser por un sólo psiquiatra y el 75.7% se sienten satisfechos con la atención que se les brinda.

Tabla 21

CONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO POR EL PACIENTE

	N	%
Los vivió personalmente	20	60.5
Se los explicó el psiquiatra	9	27.3
Lo leyó en alguna parte	2	6.1
No sabía	2	6.1
Total	33	100

* Porcentajes de respuestas múltiples.

La información que tiene el paciente respecto de los efectos secundarios de los medicamentos el 60.5% de la muestra los experimentó, el 27.3% se los comunicó al psiquiatra.

Tabla 22

CARACTERÍSTICAS DEL TRATO DEL PSIQUIATRA

Trato del Psiquiatra	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Se preocupa por su enfermedad	26	78.8*	7	21.2	33	100
Le inspira confianza	25	75.8	8	24.2	33	100
Lo regaña	14	42.4	19	57.6	33	100
Le indicó la importancia de los medicamentos	28	84.8	5	15.2	33	100
Le informó las características de su enfermedad	11	33.3	22	66.7	33	100

*Porcentajes de respuestas múltiples.

El 78.8% opina que el psiquiatra si se preocupa por su enfermedad

El 75.8% dice que el psiquiatra si le inspira confianza.

El 57.6% indicó que el psiquiatra no lo regaña contra el 42.4% que opinaron que si.

El 84.8% afirmó que el psiquiatra le indicó la importancia de los medicamentos.

El 66.7% dijo que el psiquiatra no le informó cuales son las características de la enfermedad que padecen.

Resumen.- El 84.8% de los pacientes reciben su consulta cada mes y el tiempo que el psiquiatra les dedica es de 5 minutos a tres cuartos de hora, sin embargo el 75.7 % consideran satisfactoria la atención. El trato que el psiquiatra brinda a los pacientes lo consideran bueno y a éste lo perciben como eficiente y preparado pero al parecen la comunicación no es lo suficientemente explicita para formar en el paciente concepción de enfermedad y lograr la adherencia terapeutica que evite el abandono al tratamiento con las frecuentes recaídas.

6. DISCUSIÓN.

Los resultados de este estudio nos permitieron conocer que la emoción expresada por el familiar más cercano al paciente, la concepción que tiene el paciente y su familiar de la enfermedad mental y la relación satisfactoria médico-paciente son factores psicosociales que están relacionados con los frecuentes reingresos a hospitalización de pacientes con psicosis orgánica. Los resultados de este estudio son válidos para el Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No. 10 ya que se trata de un estudio exploratorio de tipo transversal cuyos resultados se obtuvieron con una sola aplicación de los cuestionarios correspondientes, Por lo que respecta a la Emoción expresada por el familiar más cercano al paciente no se puede asegurar que aún prevalezca ya que no se ha hecho un seguimiento de dicha situación.

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos en cada una de las variables que se manejan.

Emoción Expresada.

Más de la mitad de los familiares a los que se les aplicó la entrevista grabada presentaron niveles altos de emoción expresada ya que emitieron en su discurso un concepto inicial negativo del paciente así como crítica, relaciones negativas y sobreinvolucramiento emocional.

La demostración de emociones fue la subcategoría del Sobreinvolucramiento emocional que más se presentó en los familiares que fueron clasificados con alto nivel de emoción expresada

Los pacientes de la muestra habían presentado frecuentes recaídas que en su mayoría no correspondían a las recaídas propias que se presentan en la evolución de la enfermedad. Los resultados muestran que son pacientes que viven con familiares que presentan niveles altos de E.E. y que además conviven todo el día con ellos, esto corrobora lo que la literatura indica en cuanto a que los registros de recaídas más alto (92%) se encuentran en pacientes que permanece más de 35 horas por semana con parientes que presentan alta emoción expresada (Jill M. Hooley, 1985).

El instrumento más reciente para evaluar E.E. en el familiar más cercano al paciente es la FMSS que ha sido aplicada en diferentes poblaciones a pacientes con padecimientos diversos como son: esquizofrenia, enfermedad bipolar, lesión cerebral, etc. En nuestro país esta técnica es poco conocida y

actualmente se encuentra en proceso de validación en el Instituto Mexicano de Psiquiatría en estudios realizados por la investigadora María Luisa Rascón; la confiabilidad se realizó entre jueces con los siguientes resultados: Crítica (Kappa = .75342, $p < .00000$), Sobreinvolucramiento emocional (Kappa = .72393, $p < .00001$) y Comentarios seudopositivos (Kappa = .41121, $p < .01328$).

El cuestionario OPAF fue aplicado al paciente para comparar la opinión afectiva que el paciente tiene de su familiar con la Emoción Expresada que presenta el familiar responsable de su custodia. Se encontró una gran discrepancia, ya que el paciente considera que el trato que le brinda su familiar, los sentimientos que le hace sentir ese trato, la percepción que tiene el paciente de su ambiente familiar, y los sentimientos que ese ambiente le producen son positivos. Es decir, que propositivamente existe la aceptación, preocupación y afectividad por parte del familiar hacia el paciente y éste así lo percibe. Esto no se corrobora con los resultados obtenidos en la entrevista grabada ya que en ella se observa que el paciente es víctima de críticas, relaciones negativas y sobreinvolucramiento emocional que posiblemente propician sus recaídas.

Para los familiares que presentan altos niveles de emoción expresada así como los que presentan bajos niveles, el enfermo mental representa en primer lugar una carga de tipo emocional por los sufrimientos, angustias, disgustos y corajes que un paciente de este tipo origina en la familia, en segundo lugar consideran que es una carga de tipo social tomando en consideración la percepción que se tiene de la enfermedad y de los múltiples problemas que el enfermo ocasiona en su ambiente familiar y en la comunidad donde vive. En tercer lugar consideran que es una carga física debido a las agresiones físicas y verbales de que son objeto por parte del paciente y por último, consideran al paciente una carga económica ya que, la atención que reciben en el Seguro Social permite que los gastos que origina la enfermedad no sean tan onerosos. Por tal motivo al ser la carga emocional la de mayor importancia para los familiares consideran necesarias las propuestas que les fueron presentadas y que consisten en darle apoyo psicológico a la familia para saber que hacer, y a los pacientes que se les de psicoterapia que consideran necesaria independientemente del tratamiento farmacológico.

Los sentimientos que el paciente le expresa al familiar en la mayoría de los casos son positivos principalmente de gratitud independientemente que el familiar presente alta o baja emoción expresada.

La mayoría de los pacientes perciben su ambiente familiar en forma positiva a pesar de que la mayoría de parientes presentan alta emoción expresada lo que significa que reciben trato con críticas, relaciones negativas y sobreinvolucramiento emocional que les produce estrés.

Concepción de Enfermedad.

La percepción de la enfermedad mental por parte del paciente es inadecuada ya que un poco más de la mitad de la muestra no acepta padecer una enfermedad mental, por lo tanto consideran que los medicamentos no los tienen que tomar de por vida, esto se ve principalmente en los pacientes que tienen menor número de hospitalizaciones y cuya edad se encuentra entre los 33 y los 39 años; se observó también, que entre más años de estudio en el paciente mayor es la aceptación de su padecimiento.

Otro dato que nos muestra la percepción de la enfermedad es que no se sienten diferentes a los demás y que la enfermedad no les impide trabajar cosa que ratifican los familiares los cuales opinan que los enfermos mentales pueden bastarse así mismos.

Los familiares opinaron que cualquier persona puede llegar a ser enfermo mental ya sea por el estrés en que se vive, ante un sufrimiento o por determinantes de tipo social como son: corajes, sorpresas, problemas fuertes como falta de dinero, emociones, presiones o un golpe. La mayoría de estos datos fueron aportados por familiares del sexo femenino, con edad entre los 50 y los 64 años, casadas, con escolaridad de primaria y dedicadas al hogar. Los pacientes también coinciden con esta opinión principalmente los que tienen escolaridad de secundaria y vocacional

Tanto los familiares como los pacientes opinaron que la enfermedad mental no se transmite, las madres de los pacientes en su mayoría consideraron que no puede ser transmitida porque no es una enfermedad contagiosa ya que se origina por las emociones, por un golpe o porque el cerebro es débil.

Los familiares que creen que la enfermedad mental se hereda argumentaron que se debe a los genes, que hay familias con esa genética, que lo han leído o simplemente creen que así es. Los que dijeron que no, argumentaron que se debía a las emociones de cada uno, a los problemas; que no habían tenido otro familiar igual o simplemente creen que no puede ser así.

Todo esto nos muestra el desconocimiento del origen de la enfermedad de su paciente pues no hay que perder de vista que el diagnóstico de todos los sujetos de la muestra fue el de psicosis orgánica.

Más de la mitad de los pacientes creen que su enfermedad es curable, que los problemas emocionales son la causa de la situación en que se encuentran, que no siempre van a estar así y que volverán a estar como antes de enfermarse. Esto se observó principalmente en los pacientes de menor edad y con menor número de hospitalizaciones, a medida que aumenta la edad y el enfermo va teniendo mayor número de recaídas se observa un aumento en la

conciencia y aceptación de que su enfermedad es incurable y de que no volverán a estar como antes de enfermarse.

Se advierte que los familiares tienen más conciencia de enfermedad que el paciente, ya que ellos piensan que la enfermedad de su paciente es incurable y sólo puede ser controlada, un porcentaje mayor (90%) saben que a pesar de estar controlada la enfermedad, ésta presentará recaídas.

Los familiares opinan, que lo único que puede hacer el paciente para controlar su comportamiento es tomar siempre sus medicamentos, que no abandone el tratamiento farmacológico ya que el problema se repetirá porque es una enfermedad que no tiene cura; además, consideran que la enfermedad mental no es como cualquier otra, es terrible porque va deteriorando al paciente, el cual no reacciona como todos, no puede ver la realidad, les da por matar o suicidarse, causa muchos trastornos al enfermo y a sus familiares, desquicia a todos los integrantes de una familia.

Tanto familiares como pacientes en su mayoría desconocen el nombre de la enfermedad que el paciente padece a pesar de que más de la mitad de los familiares manifestaron conocer las características de la enfermedad.

Se pone de manifiesto que el familiar no se siente responsable de la enfermedad de su paciente porque aseguran que no le hicieron ni le dijeron nada, se enfermó de la noche a la mañana; otros no saben por qué se enfermó pero no se sienten culpables de la enfermedad de su paciente. Algunos familiares que contestaron afirmativamente a este cuestionamiento se advierte que entendieron la pregunta en cuanto a la responsabilidad de hacerse cargo del enfermo y no de haberla causado.

Relación Médico-paciente.

La institución juega un papel muy importante en el tratamiento y recuperación del paciente ya que es en ella donde recibe la atención médica, es el lugar donde se encuentran y se relacionan el médico y el paciente con el objeto de atender y controlar la enfermedad. De la actitud del médico dependerá la adherencia terapéutica al tratamiento y la concepción de enfermedad que logre tener el paciente, como se observó en los resultados obtenidos.

Los pacientes que formaron la muestra en su mayoría asisten a consulta externa del Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No.10 del Instituto Mexicano del Seguro Social desde los 2 años y hasta los 13 con 11 meses, la frecuencia con que les dan su cita es cada mes y el tiempo que el psiquiatra les dedica en esa consulta oscila entre cinco minutos hasta tres cuartos de hora, tiempo que el paciente considera suficiente.

Aunque cada paciente tiene asignado a su médico tratante, no siempre es éste el que le proporciona la consulta ya que por necesidades del servicio (cursos, congresos, etc.) o por vacaciones en varias ocasiones los pacientes son atendidos por otros psiquiatras. En el caso de los integrantes de la muestra la mayoría han sido atendidos hasta por tres psiquiatras, considerando que la atención que les brindaron fue satisfactoria, sin embargo la mayoría opinó que el tratamiento para su enfermedad sería mejor si lo atendiera siempre el mismo psiquiatra.

Por lo que respecta al trato que el psiquiatra proporciona, un gran porcentaje de pacientes contestaron que fue bueno y regular, que el psiquiatra si se preocupa por su enfermedad, y que les inspira confianza, sólo un paciente dijo que el trato recibido fue malo. La percepción que tiene el paciente del psiquiatra en general es positiva ya que la mayoría contestó que son eficientes y preparados; así como atentos y amables. Una minoría opinó que el psiquiatra fue déspota, indiferente y que no se preocupa por su enfermedad.

En la práctica diaria se ha observado que uno de los motivos más frecuentes de recaídas se debe a que el paciente deja de tomar los medicamentos cuando se siente bien, esto quiere decir que no tienen el conocimiento necesario acerca de la necesidad y efectos de los mismos y que les falta una adherencia al tratamiento farmacológico a pesar de que un gran número de los integrantes de la muestra manifestó que el psiquiatra si les comunicó la importancia de los medicamentos. El 51.5% de la muestra cree que tomando los medicamentos se curará totalmente, el 21.2% no saben nada, de tal manera que si sumamos estos dos porcentajes resulta que el 72.7% ignoran que los medicamentos únicamente los deben tomar para controlar su padecimiento. Otros pacientes piensan que los medicamentos no los tomarán de por vida; con estas aseveraciones nos percatamos que aunque el psiquiatra les comunicó la importancia de los medicamentos, esta comunicación no fue lo suficientemente explícita para que el paciente tomara conciencia de su enfermedad y le diera a los medicamentos la importancia que tienen para el control de su enfermedad.

Por otro lado un gran número de pacientes se enteraron de los efectos secundarios que algunos medicamentos producen no porque se los explicó el psiquiatra, sino porque los vivió, opinión que coincide con la del familiar. Así mismo, a más de la mitad de los sujetos, el psiquiatra no les informó las características de su enfermedad; incluso tanto familiares como pacientes no tienen claro el nombre de la enfermedad que el paciente padece. Por lo tanto la comunicación del psiquiatra y su relación con el paciente no logran hacer conciencia de enfermedad en el paciente ni adherencia terapéutica al tratamiento.

7. CONCLUSIONES.

Después de un laborioso y arduo trabajo que se realizó para llevar a feliz término este trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- La literatura sobre enfermedades mentales ha demostrado que en los trastornos suficientemente severos como para ser hospitalizados, la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres como lo demostró (Padilla y cols. 1980), en un estudio realizado en la ciudad de México en un hospital privado. Este hallazgo se ratifica en esta investigación ya que los sujetos de la muestra que se eligieron tomando en consideración los criterios de inclusión, en su mayoría fueron hombres (69.6%) que mujeres (30.3%).

- A pesar de que los sujetos de la muestra presentan una escolaridad superior a la de los familiares y se encuentran en la edad productiva de la vida con edad promedio de 34.5 años, la mayoría no trabaja y son dependientes de sus familiares.

- El enfermo mental mueve los afectos de toda la familia en forma polarizada, en algunas ocasiones obtiene el rechazo total y en otras la sobreprotección o sobreinvolucramiento emocional, actitudes que de alguna manera ambas influyen en las frecuentes recaídas del paciente.

- Todos los miembros de la familia se ven involucrados por la enfermedad que padece el paciente pero en la mayoría de los casos, la madre es la única persona que se hace cargo de él.

- El hecho de que el paciente conviva todo el día con un familiar que presenta alta emoción expresada, representa un factor de estrés que invariablemente influye en los frecuentes reingresos a hospitalización de pacientes con psicosis orgánica.

- Los resultados obtenidos con respecto a la percepción que el paciente tiene del trato que le brinda su familiar no son congruentes con los resultados obtenidos en las entrevistas grabadas. Estas manifiestan un alto nivel de emoción expresada en el familiar más cercano con alto sobreinvolucramiento emocional y críticas que producen conductas y sentimientos negativos hacia el paciente los cuales pueden considerarse factores de riesgo para recaídas. Para los familiares el enfermo mental representa principalmente una carga de tipo emocional que no saben como manejar.

La mayoría de los pacientes no aceptan que padecen una enfermedad mental, no se sienten diferentes a los demás y consideran que la enfermedad no les impide trabajar; por lo tanto, la percepción que tiene el paciente de su enfermedad no es adecuada.

-La mayoría de los pacientes consideran que su enfermedad es curable, que con los medicamentos se curará totalmente, que no siempre va a estar así y que volverá a estar como antes de enfermarse; por lo tanto, los medicamentos no los va a tomar de por vida. En contraste, el familiar cercano sí sabe que la enfermedad de su paciente es incurable, que sólo podrá ser controlada con los medicamentos y que a pesar de estar controlada presentará recaídas. Estos conocimientos en su mayoría se deben a la experiencia que han vivido con su paciente y no a la explicación del psiquiatra, por lo anterior existe más conciencia de enfermedad en el familiar que en el paciente.

-La falta de conciencia de enfermedad en el paciente origina que éste no le de importancia a los medicamentos y abandone el tratamiento cuando se siente bien.

- A pesar de que la consulta psiquiátrica es cada mes con una duración entre cinco minutos y tres cuartos de hora, el tiempo estrictamente necesario para elaborar la receta del medicamento y ver en forma somera la evolución de la enfermedad, el paciente considera buena la atención y se siente satisfecho con el trato que se le brinda.

-La relación médico-paciente se realiza en forma satisfactoria, la percepción que tiene el paciente del psiquiatra es buena pero al parecer la comunicación no es lo suficientemente explícita para que se forme en el paciente conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico.

-Con base a la experiencia que he vivido en el hospital y a los resultados obtenidos referentes al trato que el paciente recibe de la institución y por propios comentarios que de forma verbal me han hecho los pacientes, opino que en la mayoría de los casos el paciente se siente más contento en el hospital porque tiene comodidades y atenciones que en algunos casos no tienen en su domicilio y que, lo único que extrañan de su casa es la libertad.

-Tomando en consideración que el cuestionario OPAFA ((Opinión afectiva del familiar) en alguna de las áreas que lo conforman, su confiabilidad salió baja, por lo que queda sujeto a una reestructuración, sin embargo sus resultados lograron cumplir los objetivos propuestos en la investigación por lo tanto son válidos para el Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No.10 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Para evaluar la E.E. se utilizó el Manual de Codificación que es un instrumento cuya validez se ha demostrado, sin embargo actualmente está en proceso de validación en el I.M.P. con pacientes mexicanos, los resultados han sido favorables .

Por ser este un método cualitativo, sigue un diseño de investigación flexible, donde las personas no están reducidas a variables sino que son consideradas como un todo, los datos que proporcionan son descriptivos como se aprecia en la tabla 2 de este trabajo, la cual fue revisada en dos ocasiones por diferentes investigadoras por lo que los resultados se consideran con validez. Hay que tomar en cuenta que mientras los métodos cuantitativos hacen hincapié en la confiabilidad y reproducibilidad de la investigación, los métodos cualitativos subrayan la validez.

Para terminar se concluye:

-La Emoción Expresada del familiar responsable puede estar asociada con los frecuentes reingresos a hospitalización de pacientes con psicosis orgánica.

-La mayoría de los pacientes de la muestra no tienen conciencia de enfermedad, por lo cual abandonan el tratamiento después de un tiempo en el que se sienten bien y creen que ya no es necesario tomarlos. Ante esta situación los familiares no intervienen debido a que al igual que los pacientes, la concepción de enfermedad es inapropiada.

-La relación médico-paciente en el Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No.10 se lleva a cabo en forma positiva, la mayoría de los psiquiatras brindan una atención satisfactoria para los usuarios pero al parecer la comunicación no es lo suficientemente propicia para hacer conciencia de enfermedad en sus pacientes y propiciar la adherencia terapéutica al tratamiento.

SUGERENCIAS.

-Con los resultados obtenidos en esta investigación se esta en posibilidad de elaborar un Programa de Intervención (motivo de otra investigación) para disminuir hasta donde sea posible el índice de reingresos, alargar más los periodos entre recaídas que por la propia evolución de la enfermedad se presentarán; así mismo, influir para que el paciente mejore su calidad de vida.

- Realizar cursos de información para pacientes y familiares con el objeto de crear una concepción de enfermedad que le permita hacer conciencia de la importancia que tienen los medicamentos para el control de la enfermedad.

- Llevar a cabo sesiones de terapia de apoyo dirigidas al familiar para reducir hasta donde sea posible el alto nivel de Emoción Expresada que tanto perjudica al paciente generandole estrés.

- Hacer campaña para que los psiquiatras no sólo se dediquen a prescribir medicamentos sino que se preocupen por dar terapia de apoyo a los pacientes o en su defecto canalizarlos al servicio de psicología para que aunado al tratamiento farmacológico se les de terapia para alargar los periodos entre recaídas y reducir los reingresos.

8. ANEXOS

ANEXO No. 1 Cuestionario del paciente para explorar OPINIÓN AFECTIVA (OPAF)

Instrucciones: Anote en la casilla de la derecha el número que coincida o más se acerque a su respuesta.

DATOS GENERALES.

1.- No. de folio _____ []

2.- Sexo _____ []
(1) Masculino (2) Femenino.

3.- Edad. _____ [T]

4.- Estado Civil _____ []
(1) Soltero (3) Unión Libre (5) Viudo
(2) Casado (4) Separado (6) Divorciado

5.- Escolaridad _____ []
(1) Primaria
(2) Secundaria
(3) Carrera técnica o comercial
(4) Preparatoria o Vocacional
(5) Profesional
(6) Otros estudios (especifique) _____

6.- Años de Estudio _____ [T]

7.- Ocupación _____ []
(1) Desempleado (3) Obrero
(2) Hogar (4) Estudiante
(5) Jubilado o pensionado
(6) Otro (especifique) _____

8.- Número de hospitalizaciones que ha tenido _____ []
(1) Dos veces
(2) Tres veces
(3) Cuatro veces
(4) Cinco veces
(5) Más de 6 veces (especifique) _____

Nombre del familiar responsable _____

9.- Parentezco _____

10.- Edad _____ [T]

Instrucciones: Para cada pregunta, seleccionar el número adecuado del recuadro de respuestas que a continuación se presenta y colocarlo en la casilla de la derecha.

SIEMPRE (1)	DE VEZ EN CUANDO (2)	NUNCA (3)	NO SE (9)
------------------	---------------------------	----------------	----------------

11.- ¿Cuánto tiempo conviven juntos usted y su familiar?

- Todo el día _____
- Media mañana _____
- Por la tarde _____
- Solamente por la noche _____
- De una a dos horas diarias _____
- Trata de no verme _____
- Otro, (especifique) _____

12.- ¿Qué hacen juntos a menudo? _____

13.- ¿Le gusta lo que hacen? _____

14.- ¿Cómo lo trata su familiar?

- Con cariño y respeto _____
- Con tolerancia y comprensión _____
- Con irritabilidad y enojo _____
- Con indiferencia _____
- Lo rechaza _____
- Lo sobreproteje _____
- Es autoritario _____
- Le demuestra interés y afecto _____
- Otro (especifique) _____

15.- ¿Qué es lo que le hace sentir a usted su familiar?

- Cariño y afecto _____
- Irritabilidad y enojo _____
- Desconfianza _____
- Indiferencia _____
- Confianza y tranquilidad _____
- Seguridad y paz _____
- Rebeldía _____
- Otro (especifique) _____

16.- Cuando su familiar se dirige a usted, ¿cómo lo hace?

- Con regaños y gritos _____
- Le da consejos _____
- Con reproches y ofensas _____
- Platican calmadamente _____
- Casi no le habla _____
- Otro (especifique) _____

17.- ¿En qué forma su familiar lo trata ?

- Lo golpea _____
- Lo cuida y lo protege _____
- Es indiferente _____
- Se burla _____
- Es cariñoso y lo complace en todo _____
- Lo desprecia y lo rechaza _____
- Otro (especifique) _____

18.- Usted considera que su familiar.....

- Lo limita en todo lo que usted quiere hacer _____
 - No confía en que usted pueda hacer bien las cosas _____
 - Lo apoya en las actividades que usted emprende _____
 - No lo deja salir ni tener amigos _____
 - Le pide que estudie, trabaje o realice alguna actividad _____
 - Lo estimula para seguir adelante _____
 - Otro (especifique) _____
-

19.- Su ambiente familiar es.....

- Alegre y armonioso _____
- Frio y rechazante _____
- Hostil, conflictivo, con muchos pleitos _____
- Desagradable y tenso _____
- De cooperación y ayuda _____
- De unión y de cariño _____
- Otro (especifique) _____

20.- Entre quienes hay más conflicto dentro de su hogar

- Entre usted y sus hermanos _____
- Entre sus hermanos y sus padres _____
- Entre usted y otros familiar _____
- Especifique _____

21.- Dentro de su ambiente familiar, usted se siente.

- Rechazado _____
- Humillado _____
- Aceptado _____
- Comprendido _____
- Ignorado _____
- Mimado _____
- Otro (especifique) _____

22.- Usted considera que su enfermedad se agrava debido a

- Que hay muchos problemas entre la familia _____
- Que sus familiares no le hacen caso _____
- Que sus familiares lo agreden _____
- Causas ajenas a la familia _____
- Causas que usted origina _____
- Otras (especifique) _____

23.- Me podría decir, que siente por su familiar _____

ANEXO No.2

Cuestionario del paciente para explorar
CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD
(CONENFPA)

Instrucciones: En la casilla de la derecha anote el número que contiene la respuesta que usted considere correcta.

1.- ¿Cuál ha sido el motivo por el cual lo han tenido que hospitalizar?

2.- ¿Usted que cree que fue lo que lo puso así? _____

3.- ¿Usted cree que eso se volverá a repetir? _____ []

(1) Si

(2) No

Por qué _____

4.- ¿Usted cree que padece una enfermedad mental? _____ []

(1) Si

(2) No

Por qué _____

5.- Considera que la enfermedad mental puede ser transmitida _____ []

(1) Si

(2) No

(9) No se

6.- Considera que la enfermedad mental puede ser heredada _____ []

(1) Si

(2) No

(9) No se

7.- ¿Usted cree que siempre va a estar así? _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

8.- ¿Usted cree que cualquier persona puede llegar a ser enfermo mental? _____ []

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

9.- ¿Usted cree que su enfermedad es incurable? _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

10.- ¿Usted cree que tomando el medicamento se curara totalmente? _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

11.- ¿Usted cree que volverá a ser como era antes de enfermarse? _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

12.- ¿Considera que su enfermedad le impide trabajar? _____ []

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

13.- ¿Su familiar le permite tener amigos? _____ []

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

14.- ¿Usted que opina al respecto? _____

15.-¿Usted se siente diferente a los demás? _____ []

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

16.- ¿Usted cree que los medicamentos harán que se vuelva adicto a ellos__ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

17.- ¿Usted cree que los medicamentos los debe tomar de por vida _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

18.- ¿Qué piensan sus familiares de su enfermedad ? _____ []

- (1) Están muy confundidos y no saben como manejarla
- (2) Dicen que no tengo nada y sólo quiero llamar la atención.
- (3) Ya están hartos y quieren encerrarme
- (4) Se preocupan y me dan ánimos
- (9) No se, nunca les he preguntado, ni me lo han dicho.

Otro (especifique) _____

ANEXO No. 3

Cuestionario del paciente para explorar RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Instrucciones: En la casilla de la derecha, anote el número que contiene la respuesta que usted considere correcta.

1.- ¿Cuánto tiempo tiene asistiendo a consulta externa? _____ []

- (1) De dos a 7 años, 11 meses.
- (2) De 8 años a 13 años 11 meses
- (3) De 14 años a 19 años 11 meses
- (4) De 20 años a 25 años 11 meses
- (5) De 26 años a 31 años 11 meses
- (6) De 32 años en adelante (especifique)_____

2.- Durante los años de 1993 a la fecha, diga ¿cuántos psiquiatras lo han atendido? _____ []

3.- Está usted de acuerdo con los cambios de psiquiatra que ha tenido? _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (3) Me da lo mismo
- (9) No se

4.- ¿Considera que el tratamiento para su enfermedad sería mejor si lo atendiera siempre el mismo psiquiatra? _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (3) Me da lo mismo
- (9) No se

5.- ¿Con qué frecuencia le dan sus citas? _____ []

- (1) Cada semana
- (2) Cada 15 días
- (3) Cada mes
- (4) Cada mes y medio
- (5) Cada dos meses
- (6) Cada dos meses y medio
- (7) Cada tres mese
- (8) Más de cuatro meses. (especifique)_____

6.- ¿Cuánto tiempo le dedica su psiquiatra en cada consulta? _____

- (1) 5 minutos
- (2) 10 minutos
- (3) 15 minutos
- (4) 20 minutos
- (5) Media hora
- (6) Tres cuartos de hora
- (7) Una hora
- (8) Una hora y media
- (9) Dos horas

7.- ¿Considera que ese tiempo es suficiente para atenderlo? _____

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

8.- Escriba el nombre de la enfermedad que padece _____

9.- ¿Su psiquiatra le ha explicado en qué consiste su enfermedad? _____

- (1) Si
- (2) No

10.- ¿Su psiquiatra le ha explicado la importancia que tienen los medicamentos? _____

- (1) Si
- (2) No

11.- ¿Cómo se enteró de que algunos medicamentos producen efectos colaterales como son: resequead de boca, rigidez, temblor, etc. _____

- (1) Los ha vivido en carne propia
- (2) Su psiquiatra se lo explicó
- (3) La enfermera se lo explicó
- (4) Lo leyó en alguna parte, o se lo dijeron en otro lado
- (9) No sabía

12.- Considera que la comunicación entre su psiquiatra es buena _____

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

13.- ¿Usted le tiene confianza a su psiquiatra? _____

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

14.- ¿Cómo siente que lo trata su psiquiatra? _____

- (1) Bien
- (2) Regular
- (3) Mal

15.- ¿Alguna vez lo ha regañado su psiquiatra? _____

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

16.- ¿Se siente satisfecho con el servicio que se le brinda? _____

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

17.- ¿Considera que el psiquiatra se preocupa por su enfermedad? _____

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

18.- Me podría decir, ¿qué opinión tiene de su psiquiatra? _____

ANEXO No. 4

Cuestionario del Familiar para investigar
CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD
(CONENFA)

Instrucciones: Anote en la casilla de la derecha el número que coincida o más se acerque a su respuesta.

Datos Generales

1.- Folio _____

2.- Nombre del familiar responsable. _____

3.- Parentesco _____

4.- Edad. _____

5.- Sexo _____
(1) Masculino (2) Femenino

6.- Estado Civil _____
(1) Soltero (3) Unión Libre (5) Viudo
(2) Casado (4) Separado (6) Divorciado

7.-Escolaridad _____ T

- (1) Primaria 1 2 3 4 5 6 T
- (2) Secundaria 1 2 3 T
- (3) Carreta técnica o comercial 1 2 3 T
- (4) Preparatoria o Vocacional 1 2 3 T
- (5) Profesional 1 2 3 4 5 T
- (6) Otros estudios, (especifique) _____

8.- Ocupación _____
(1) Desempleado (3) Obrero (5) Jubilado o Pensionado
(2) Hogar (4) Estudiante

(6) Otro, (especifique) _____

Concepción de Enfermedad (CONENFA)

Instrucciones: Para cada pregunta, seleccionar el número adecuado del recuadro de respuestas que a continuación se presenta y colocarlo en la casilla de la derecha.

SIEMPRE (1)	DE VEZ EN CUANDO (2)	NUNCA (3)	NO SE (9)
----------------	-------------------------	--------------	--------------

9.- ¿Cómo se encontraba el paciente las veces que han tenido que hospitalizarlo

- Inquieto, irritable y agresivo
- Con ansiedad, angustia y miedo
- Deprimido y con ganas de llorar
- Oía voces y veía cosas
- Con ideas o intento suicida
- Se salió de la casa por varios días
- Otro (especifique) _____

10.- ¿Qué cosa cree usted que lo ponía así?

- Sentimientos de culpa
- Sentimientos de soledad
- Presiones económicas
- Desesperación a causa de las voces que oía
- Suspedió el tratamiento porque se sentía bien.
- Le cambiaron los medicamentos
- En la clínica no le surtieron el medicamento
- No se
- Otro (especifique) _____

11.- ¿Usted cree que se repetirá el problema del paciente?

- Si abandona el tratamiento si
- Es una enfermedad que no tiene cura
- No, si cambia la situación en que se encuentra
- No, si saca a flote lo que tiene y le lastima
- No se
- Otro (especifique) _____

12.- ¿Piensa usted que su paciente volverá a ser como era antes de que se enfermara?

- Eso quisiera, pero lo dudo mucho _____
 - No, porque va a tener muchas conductas modificadas _____
 - No, años y años han pasado y está igual _____
 - Tal vez en unas cosas si y en otras no _____
 - No se _____
 - Otras (especifique) _____
-

13.- ¿Qué opinión tienen sus familiares de lo que le sucede a su paciente?

- Nadie lo quiere por su comportamiento _____
 - No les importa, quieren que se interne _____
 - Estan preocupados y tratan de ayudarlo _____
 - Consideran que es un experiencia horrible y dolorosa _____
 - Que no tiene nada que no está enfermo _____
 - No se _____
 - Otro (especifique) _____
-

14.- ¿Usted cree que su paciente podrá hacer algo para mejorar o controlar su comportamiento?

- Siempre y cuando haya una motivación y tenga una actividad _____
 - Que no deje de tomar los medicamentos _____
 - Que aprenda a manejar solo sus medicamentos _____
 - No se _____
 - Otro (especifique) _____
-

15.- ¿Usted, podrá hacer algo para que su paciente mejore?

- Siempre y cuando reciba indicaciones del psiquiatra _____
 - Solamente darle los medicamentos _____
 - Ayudarlo e impulsarlo en todo _____
 - Comprenderlo y sobrellevarlo en todo _____
 - No se _____
 - Otro (especifique) _____
-

16.- ¿Qué aconsejaría hacer por una persona así?

- Que a parte del tratamiento psiquiátrico (medicamentos) se le diera también psicoterapia _____
- Que a los familiares se les de apoyo para saber que hacer _____
- Debería haber un internado de por vida _____
- Apoyarlo y tenerle toda la paciencia del mundo _____
- No se _____
- Otro (especifique) _____

17.- Usted considera que, las personas que padecen una enfermedad mental pueden estar o ser.....

- Libres _____
- Solos _____
- Controlados _____
- Vigilados _____
- Sometidos _____
- Otro (especifique) _____

18.- Según usted, ¿Cómo cree que puedan ser tratadas las personas que padecen una enfermedad mental?

- Con afecto y paciencia _____
- Con lástima y desprecio _____
- Con indiferencia _____
- Con cariño y comprensión _____
- Con cierta dependencia _____
- Con amor, atención y comunicación _____
- Internándolos en forma permanente _____
- Tomándolos en cuenta y teniéndolos ocupados _____
- Otro (especifique) _____

19.- Usted piensa que, tener un paciente con alguna enfermedad mental es una carga para la familia, ¿De qué tipo es la carga principal en orden de importancia ?

- Económica _____
Especifique _____

- Emocional _____
Especifique _____

- Física _____
Especifique _____

- Social _____
Especifique _____

No es carga si se atiende al enfermo _____

20.- ¿A los enfermos mentales, se les debe tratar con el mismo control que a los niños pequeños?

- En algunos casos si _____

- Si, hay que darles seguridad y apoyo _____

- Debe ser de acuerdo a la edad de la persona _____

- No, porque el niño obedece y el enfermo no, hay que motivarlo _____

- Otro (especifique) _____

21.- ¿Usted piensa que los enfermos mentales pueden llevar una vida normal?

- Si están atendidos, si _____

- Depende de la enfermedad _____

- Hasta donde su capacidad les permita, si _____

- No _____

- No se _____

- Otro (especifique) _____

22.- ¿Cómo se enteró de que, algunos medicamentos producen efectos secundarios como son: resequedad de boca, temblor, rigidez, etc?

- Usted se dió cuenta viendo a su paciente _____
- El psiquiatra se lo explicó _____
- Se lo informó otra persona _____
- No sabía _____
- Otro (especifique) _____

23.- Ante los efectos colaterales que presenta su paciente, usted ¿Que actitud toma?

- Le suspende el medicamento _____
- Deja que pase el tiempo hasta que el medicamento haga el efecto deseado _____
- Lleva inmediatamente a su paciente con el médico _____
- Nunca ha presentado efectos colaterales _____
- Otro (especifique) _____

Instrucciones: A continuación escriba en la casilla de la derecha el número que -- contenga la respuesta que usted elija, y en los renglones escriba- el por qué eligió esa respuesta.

24.- Después de algún tiempo en que su paciente ha estado tomando los medicamentos y se siente bien, ¿usted permite que deje de tomarlos? _

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

25.- ¿Usted cree que cualquier persona puede llegar a ser enfermo mental _

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

26.- ¿Usted cree que su paciente siempre va a estar así? _____

- (1) Si
(2) No

Por qué _____

27.- ¿Usted se siente responsable de la enfermedad de su paciente? _____

- (1) Si
(2) No

Por qué _____

28.- ¿Usted confiaría en los enfermos mentales? _____

- (1) Si
(2) No

Por qué _____

29.- ¿Los enfermos mentales pueden bastarse así mismos? _____

- (1) Si
(2) No

Por qué _____

30.- ¿La enfermedad mental es terrible? _____

- (1) Si
(2) No

Por qué _____

31.- ¿La enfermedad mental es como cualquier otra? _____

- (1) Si
(2) No

Por qué _____

32.- ¿Usted cree que la enfermedad mental puede ser transmitida? _____ []

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

33.- ¿Usted cree que la enfermedad mental puede ser heredada? _____ []

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

34.- ¿A los enfermos mentales se les debe tratar como parte de la comunidad? _____ []

- (1) Si
- (2) No

Por qué _____

35.- ¿Conoce las características de la enfermedad de su paciente? _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

36.- ¿Usted cree que la enfermedad de su paciente es incurable y sólo podrá ser controlada? _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

37.- ¿Sabía usted que, a pesar de estar controlada la enfermedad de su paciente puede presentar recaídas? _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

38.- Considera que tomando el medicamento su paciente se curará totalmente _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

39.- Sabe usted, y acepta que su paciente debe tomar los medicamentos de por vida _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

40.- ¿Usted considera que los medicamentos producen adicción? _____ []

- (1) Si
- (2) No
- (9) No se

41.- Diga el nombre de la enfermedad de su paciente.

ANEXO No. 5
EJEMPLO DE TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTA GRABADA
FORMA DE CODIFICACIÓN DE EMOCIÓN EXPRESADA.

Familiar, Folio No. 19

Tengo una paciente hermana mía que sufrimos terriblemente con ella toda la familia, ya 17 años hemos batallado mis cuatro hijas conmigo, muchas sin querer no queriendo, yo siento que no queriendo, ha sido causa de muchos de muchos cambios también en mis hijas, dos son drogadictas, entonces muchos comportamientos como la de ella son parecidos como del mismo corte, entonces ya ahora su hijo también no terminó la secundaria, es un muchacho rebelde, grosero, le pega a ella, pero ella a pesar de todo, es un amor extraordinario el que le tiene al hijo a comparación del que le tiene a la hija y dice que sufre inmensamente por los hijos, pero los hijos la rechazan totalmente y sufren porque al verle las muecas, las caras, no dormir, el no, todo lo que ella sufre, el hacerse pipí, se hace pipí, se hace popo, este, ensucia las toallas de sangre, entra usted al baño y es un regadero de agua (el tono de voz es molesto), hay veces que se baña con agua fría hay veces que se baña con agua caliente, se sale a las cuatro de la mañana, se sale a las cinco, si tiene cigarros bueno, si no tiene cigarros pide a todo mundo, todo mundo ya le niega el dinero porque su vicio son el café, nescafé, nescafé, nescafé, al mes son como 8 nescafé, (continúa su voz de enojo), entonces la situación económica no estamos para estarle comprando los nescafé, pelea porque su pensión la mete a la casa, pero su pensión es mísera para mantener a la hija, una hija sin (no se entendió la palabra), pero está pagando médico particular hace dos años, en estos dos años que la tengo yo le he estado dando los medicamentos a veces se me sale a la calle, el año pasado le deje de darle los medicamentos se puso muy pedante conmigo, esta vez estaba contando las pastillas y todo se cayó aquí, entonces cuando se pone rebelde y empieza agresiva a mi ya me da miedo cada vez es más grande su cuadro, lo que si la he visto que guarda más ha sabido controlar más lo que ella oye, lo que ella escucha, lo que ella ve, apaga la

televisión, apaga el radio, le quita al niño las cosas, al niño a mi nieto que tiene 4 años a veces lo adora y a veces lo rechaza, lo bueno es que mi nieto es muy lindo, igual a la niña, a la niña nomás le pega, la niña dice, por favor no me pises y lo hace a propósito, la niña le hace lo mismo y ella a propósito le pisa, entonces hay pique entre las dos, entonces cada rato la cachetea, ese es su gran ser mamá, pero por ejemplo nomás que si ella no la va a esperar como yo la espero a las dos, tres, de la mañana, a la una a la hora que llegue, hay alguien con mis papás o con la persona que me la va a traer, ella no le interesa se duerme es muy exigente con la comida le exige un horario de hospital en eso no hay problema no ha comprendido que esta viviendo en la casa y los horarios de nosotros son tan diferentes señorita, si encuentra un bote de siliúm, el bote de siliúm es para evacuar, se lo toma, se toma el montonal de pastillas para el dolor de cabeza, continuamente trae en la bolsa baliúm, aspirinas ocho o diez pastillas y últimamente ya no quiere vivir con nosotros, o sea, la llevamos, desayuna, su manera de comer ha cambiado, come como puerco, se ensucia toda, ya no quiere y se regresa, o si no va y toma taxi y regresa todos los taxistas (no se entendió la palabra), una conducta tan diferente a la gente normal porque realmente es anormal lo que hace, no puede hacer su cama, se pone a lavar los trastes y es un atascadero, en vez de que levante señorita y arregle, un botadero ha! le dio por tirar la ropa, toda la ropa lavada; qué dónde esta el abrigo, quien sabe, qué dónde esta la gabardina, quien sabe, oye dónde pusiste el suéter, quien sabe, dónde pusiste la pijama, me choca me trae recuerdos malos, hasta que nos dimos cuenta que la tira a la basura y tiene problemas auditivos y también visuales, entonces no lo dice, no lo exterioriza pero cuando yo la he acompañado con la doctora me dice tiene ideas sexuales muy fuertes, morbosas y eso no la hacen vivir y luego dice que tiene novio y que nosotros no la dejamos tener novio, que no la dejamos salir, que la tenemos encerrada, ninguna de esas cosas, ¡ojalá! tuviera novio, ¡ojalá! le hicieran el favor a ver si se le quitaba lo loco, así francamente es la realidad, le diera gracias a Dios que tuviera alguien con quien, entretenerse y le hicieran el favor, pero no es posible.

ANEXO No. 6

Resumen de Codificación de
Emoción Expresada

Paciente con número de folio 1.

E.E. ALTA

Concepto Inicial Negativo de descripción.

Relaciones Neutrales

- 1.- Siempre le he servido en charola de plata, entonces hoy lo reciente mucho, pero yo comprendo que es para su bien
- 2.- Lo quiero mucho pero dispénseme se me pone demasiado agresivo.

Relaciones Negativas.

- 1.- Se me porta muy agresivo
- 2.- Yo ya no se ni en que forma tratarlo.

Crítica.

- 1.- Ya no he podido ver la mía hace como dos años.
- 2.- El no quiere hacer nada de la casa, no levanta un popote.

Sobreinvolucramiento Emocional

-Demostración de emociones.

- 1.- Yo pido auxilio
- 2.- Yo pido que me ayuden

-Concepto de actitud

- 1.- Si yo tuviera medios, hay! pues ya estuviera en el mejor hospital.

Paciente con número de folio 2**E.E. ALTA**

Concepto Inicial Neutral.- de descripción.

Relaciones Negativas

- 1.- Lo agarramos y lo internamos.

Sobreinvolucramiento Emocional**-Autosacrificio**

- 1.- Mi hijo me duele.
- 2.- Yo me pongo muy mal cuando le vienen sus crisis.
- 3.- Usted cree que yo voy a llamar a la patrulla que sabrá Dios como me lo traten, entonces mejor yo trato de consolarlo y me lo traigo y lo interno acá.

-Demostración de emociones

- 1.-Solamente diciéndole ándate hijo me haces sufrir, mira como lloro, mira como estoy.
- 2.- No está muy malo, solamente que a veces dice que le duele machismo la cabeza y que siente que le va a dar la crisis.

Paciente con número de folio 3**E.E. ALTA**

Concepto Inicial Neutral.- de descripción.

Relaciones Neutrales.

- 1.- Por la misma agresión que él ha tenido con todos ya se reservan, se reservan y ya no es como antes.
- 2.- No viene porque se siente apenado de que nos ha agredido y bueno cuando nos agrede, ¡nos agrede!
- 3.- Cuando lo llevamos lo tuvimos que tirar, lo tiran entre los sobrinos grandes y lo amarramos, usted cree, así lo tuvimos que llevar.

Relaciones Negativas.

- 1.- Nos ha agredido bastante, a mi hermana le ha pegado, a mi señor esta vez me lo arañó y a los sobrinos.

Critica

- 1.- Yo creo que si tiene un arma nos mata.

Sobreinvolucramiento Emocional

-Autosacrificio.

- 1.- Agarra y nos pega, sólo Dios sabe la verdad.

-Detalles excesivos.

- 1.- Si vivió conmigo yo aquí le puse una recámara, se la adapte, le daba la medicina, lo alimentaba y todo.

Paciente con número de folio 7

E.E. ALTA

Concepto Inicial Neutral .- de descripción

Relaciones Neutrales. (de tiempo pasado)

- 1.- Yo no lo quería ya en la casa, ya no quería estar con él.
- 2.- Me andaba buscando y yo me escondía
- 3.- Le hicimos más mucho más daño.

Relaciones Negativas.

- 1.- Nos chantageaba mucho, nos chantagea siempre, siempre con todo.

Sobreinvolucramiento emocional.

-Autosacrificio (comportamiento sobreprotector)

- 1.- Sufrió mucho abandono, entonces mi esposo fue por él y ya no lo pudimos tener ahí, se lo trajo para la casa.

-Detalles excesivos.

- 1.- Estaba ahí encerrado arriba y él no sabía de nada, callado completamente y su papá y yo sufríamos mucho.
- 2.- Era un infierno ahí con él en casa entraba y salía, se llevaba cosas.

Paciente con número de folio 8**E.E. ALTA**

Concepto Inicial Neutral.- de descripción.

Relaciones Neutrales.

- 1.- Aquí en la casa sigue igual, de que lo invitamos a una cosa familiar y no quiere ir.
- 2.- Para mi y para mi esposo fue una desesperación terrible.
- 3.- Una rebeldía terrible con este muchacho con nosotros siempre nos estaba juzgando mal.
- 4.- Pero si, ha sido muy problemático la, la vida para llevarla con Carlos.

Relaciones Negativas.

- 1.- Nadamás quiere andar conmigo, atrás de mi, atrás de mi, atrás de mi.
- 2.- No comparte con nosotros nada, siempre todo lo parece mal.

Crítica.

- 1.- Como él no ha trabajado nunca.
- 2.- Él es una persona encerrada en sí mismo, no sale a ningún lado, no se queda con nadie, no tiene amistades, amigos.
- 3.-Ha sido muy problemático porque ha sido una persona muy rebelde, muy inadaptable para la vida, no quiere vivir.
- 4.- Muy amargado que está el pobre.

Paciente con número de folio 9**E.E. ALTA**

Concepto Inicial Neutral.- de relación

Relaciones negativas.

- 1.- Hablé con él y me dijo que fue por mi culpa. Crítica.

Relaciones neutrales.

- 1.- Lo que a mi me toca pues nos llevamos bien, lo que pasa es que él invita a sus amigos.
- 2.- Faltaba mucho a su trabajo, entonces me irritaba, me irritaba que faltara a su trabajo.
- 3.- Me fui a la casa de mi mamá porque si nos gritamos y nos dijimos bueno, fue un desastre ese día.

Relaciones negativas.

- 1.- Vine y hable con él y me dijo que fue por mi culpa

Crítica

- 1.- El es alcohólico

Paciente con número de folio 10.

E.E. BAJA.

Concepto Inicial Neutral.- de relación.

Relaciones neutrales.

- 1.- Sigue siendo el niño aplicado pero a su vez retraído.

Sobreinvolucramiento Emocional

-Detalles excesivos.

- 1.- Nació a los ocho meses, ni siquiera a los nueve meses.
- 2.- Lo expulsaron, lo expulsaron del kinder porque, este, escupió a la maestra y escupió a la maestra porque no le gusto como le llamó la atención.

Paciente con número de folio 12.

E.E. BAJA

Concepto Inicial Neutral.- de relación.

Relaciones Neutrales.

- 1.- La he sentido pesada, muy pesada, pero aún así cuando ella ya se compone ella recuerda las cosas.

Sobreinvolucramiento Emocional.

-Observaciones positivas.

- 1.- Ella platicando es agradable no es así pesada ni nada, es agradable.

-Conceptos de actitud

- 1.- Yo siempre he estado cerca de ella, siempre le he ayudado en sus cosas en lo que yo puedo

Paciente con número de folio 13.**E.E.ALTA.**

Concepto Inicial Neutral.- de relación

Relaciones Neutrales.

- 1.- No se ha adaptado muy bien a mi familia porque como nos creamos separados.
- 2.- Tratábamos de ayudarle pero como que no, no no aceptaba.
- 3.- Ya platica más ya, este, pues convive más con uno porque antes no.
- 4.- Él solo hace todas las medicinas, no quiere que uno intervenga.

Crítica.

- 1.- Su forma de comer no nos gusta, porque, este, él, él se levanta a media noche y mete las manos a la comida.

Sobreinvolucramiento Emocional

-Demostración de Emociones.

- 1.- No se crea, para mi ha sido una pena moral.
- 2.- Yo estoy aquí con el alma en un hilo que no se ni que hacer doctora.

-Concepto de actitud.

- 1.- Cuando estuvo internado al principio quería, este, matarse ya no quería vivir porque se contaba realmente solo.

Paciente con número de folio 14.**E.E. BAJA**

Concepto Inicial Positivo.- de relación

Relaciones Positivas.

- 1.- Viví el proceso muy cerca y le tome mucho cariño.
- 2.- Yo nunca lo vi agresivo, siempre ha sido muy amoroso.

Relaciones Neutrales.

- 1.-Tenía muchos deseos de trabajar él tenía una gran fuerza pero cuando estuvo casado tuvo muchas recaídas.
- 2.- Desde que se divorció su vida ha mejorado exitosamente

- 3.- La imaginación es una de las cosas que lo vuelven loco y que de alguna manera, bueno loco es un decir, porque es enfermo de los nervios.

Sobreinvolucramiento Emocional.

-Observaciones positivas.

- 1.- Tiene muchas ganas de trabajar, ya no está tan angustiado, ni tan aferrado, da lo mejor de si, ahorita le esta echando muchas ganas.

Paciente con número de folio 15.

E.E. ALTA.

Concepto Inicial Negativo.- de relación.

Relaciones Negativas.

- 1.- Esta última también a sus hermanos les pego.
- 2.- Entonces los agarro y les pego tuve que llamar a la patrulla.

Crítica.

- 1.- A mi me pegó de patadas (de contenido)

Sobreinvolucramiento Emocional

-Autosacrificio/ sobreprotección.

- 1.- Luis qué estas tomando, esto, Luis qué estas tomando aquello pero se desquicia, luego se desquicia, desconoce.

Paciente con número de folio 18

E.E. ALTA

Concepto Inicial Neutral.- de descripción.

Relaciones Neutrales.

- 1.- Aquí si estoy al pendiente de que se tome sus medicinas a su hora y eso, pero en el trabajo quién la ve señorita.

Crítica.

- 1.- A mi me quería pegar, me corre, corre a sus sobrinos, me pega, me insulta, vamos, luego se pone terca.

Sobreinvolucramiento Emocional.

-Autosacrificio/sobreprotección.

- 1.- Le dije, ándale te tomas la medicina, obedeces a las doctoras y a los doctores para que ya no estés allá encerrada.

-Demostración de emociones.

- 1.- Al poco tiempo vuelve a recaer señorita, vuelve a recaer, la vuelvo a internar. (lo dice con lamentaciones y tristeza)

Paciente con número de folio 19. E.E. BAJA

Concepto Inicial Neutral .- de descripción.

Paciente con número de folio 20 E.E. ALTA

Concepto Inicial Neutral.- de descripción.

Relaciones Negativas.

- 1.- Cuando no le quiere pegar al papá me pega a mi, a los hermanos buscando problemas.
- 2.- El otro día se puso muy agresivo ya cuando vimos venía el trancazo para mi, mi esposo lo atrancó, entonces ya, este, yo agarre mire la verdad doctora agarre un palo y le dije ora si Víctor, lárgate no nos vas a venir a hacer mal, ora si hasta aquí le digo.

Crítica.

- 1.- Su más defecto que tiene es ser agresivo
- 2.- Yo lo veo que esta muy intranquilo, la verdad muy intranquilo.

Sobreinvolucramiento Emocional.

-Autosacrificio/sobreprotección

- 1.- Yo lo andaba buscando todos esos días allá en Chinahuapan y al cerro por las barrancas por que se yo.
- 2.- Yo estoy muy contenta porque lo tratamos bien, no tengo preocupación más que él ande bien.

-Demostración de Emociones.

- 1.- Ahí comenzó todo, ahora si que todo mi dolor doctora.
- 2.- De ahí para acá doctora es mi pena tan grande que yo sigo cargando porque no he visto pues que él este bien.

Paciente con número de folio 24. **E.E. ALTA**

Concepto Inicial Neutral .- de relación.

Crítica.

- 1.- Me cayo de peso verlo así, me cayó de peso, estaba bastante mal.

Sobreinvolucramiento Emocional.

-Demostración de Emociones.

- 1.- Y para mi es un gran tormento verlo.

Paciente con número de folio 25 **E.E. BAJA.**

Concepto Inicial Neutral .- de descripción.

Sobreinvolucramiento Emocional

-Demostración de Emociones.

- 1.- Para mi fue una cosa muy fea (lo dice queriendo llorar).

Paciente con número de folio 27. **E.E. BAJA**

Concepto Inicial Neutral.- de descripción

Relaciones Positivas.

- 1.- Entre todos tratamos de distraerlo de oye que vamos a tal lado, vente vamos.

- 2.- Casi siempre lo andamos jalando, que vamos a una fiesta, vente vamonos, no lo dejamos solo.
- 3.- Oye, no te gustaría vender algo o poner algo, le digo, mira yo pongo dinero, tu échale ganas, tu dime que quieres.

Relaciones Neutrales.

- 1.- El en la casa con libros a estudiar, entonces después dio un cambio así todo lo contrario.
- 2.- Pues mientras él está bien y está controlado, todos estamos bien porque él cae en crisis y toda la familia sufre.

Sobreinvolucramiento Emocional.

-Observaciones positivas.

- 1.- El desde chiquito ha sido muy trabajador, era el primer lugar en la escuela y todo trabajaba y estudiaba, inclusive llegó a lavar carros.

Paciente con número de folio 28

E.E. BAJA.

Concepto Inicial Neutral.- de descripción

Relaciones Neutrales.

- 1.-Dormía todo el día, dormido en la cama y entonces nos empezó a preocupar
- 2.- Eso nos está ayudando mucho porque se nos hace menos, porque ya nos sentíamos muy mal con ese problema de la droga.

Sobreinvolucramiento Emocional

-Demostración de emociones.

- 1.- Ya me estaba volviendo loca de la pena de la impotencia de no poder hacer nada.

Paciente con número de folio 29.

E.E. ALTA.

Concepto Inicial Negativo.- relaciones negativas.

Relaciones Neutrales.

- 1.- A mi nieto que tiene 4 años a veces lo adora y a veces lo rechaza

- 2.- Su hijo también no terminó la secundaria es un muchacho rebelde, grosero, le pega a ella, pero ella a pesar de todo es un amor extraordinario el que le tiene al hijo.

Relaciones Negativas.

- 1.- Pero los hijos la rechazan totalmente y sufren.
- 2.- Hay pique entre las dos.
- 3.- Pelea porque su pensión la mete a la casa, pero su pensión es misera.

Crítica.

- 1.- Se hace pipí, se hace popo.
- 2.- Ensucia las toallas de sangre.
- 3.- Entra usted al baño y es un regadero de agua.
- 4.- Tiene problemas auditivos y también visuales.
- 5.- Si no tiene cigarro pide a todo mundo.
- 6.- Su vicio son el café; nescafé, nescafé, nescafé, al mes son como ocho nescafé.
- 7.- Si encuentra un bote de siliúm, el bote de siliúm es para evacuar, se lo toma.
- 8.- Se pone a lavar los trastes y es un atascadero.
- 9.- Tiene ideas sexuales muy fuertes, morbosas.
- 10.- ¡ojalá! tuviera novio, ¡ojalá! le hicieran el favor a ver si se le quitaba lo loco.

Paciente con número de folio 30.

E.E. BAJA.

Concepto Inicial Positivo. - de relación.

Relaciones Positivas.

- 1.- Me case con un hombre pobre igual que yo, ayudarlo siempre ha sido mi deseo ayudarlo, echarle ganas.
- 2.- El no es grosero, no es grosero, ni nunca en su vida les pegó a sus hijos

Relaciones Neutrales.

- 1.- Sin probar alcohol tiene quince años, entonces en ese tiempo nosotros estuvimos acompañándolo.
- 2.- Yo le empece a decir de buena manera y de mala manera.

- 3.- Yo nunca le he conocido un amorío o algo así, o que llegue insultándonos no, pero es que simple y sencillamente el verlo en ese estado no, no me parece.

Relaciones Negativas.

- 1.- Mira a mi no me quiera ver la cara por favor mira, sabes que, te me vas, te me vas, porque yo aquí, no, sería lo último que admitiera que hasta me vinieras a pegar una enfermedad que yo no la tengo.

Paciente con número de folio 31.

E.E. ALTA.

Concepto Inicial Neutral.- de descripción.

Relaciones Negativas.

- 1.- La relación con su esposa básicamente desde que se casaron siempre ha sido mala.
- 2.- La actitud de mi cuñada, ella trata de hacerse de adeptos de aparecer siempre como la víctima.
- 3.- ¿te parece más importante lavar que ir a llevarle sus cosas a Martín que esta en el hospital?, dice pues francamente si.
- 4.- Oye pero es que es tu esposo y tu tienes alguna obligación con él como tu esposo y me dijo que no, que por ella se podía morir.

Crítica.

- 1.- El esta evidentemente obsesionado con su mujer.
- 2.- Su conducta es muy inmadura, muy irreflexiva.
- 3.- Es muy fácil tener un bote de basura a la mano y ese bote de basura es Martín.

Sobreinvolucramiento Emocional.

-Demostración de Emociones.

- 1.- Mi hermano tiene este problema, usa cocaína, tiene cuatro hijos, estamos desesperados.
- 2.- Nos tiene siempre angustiados.
- 3.- Ya estuvo en Monte Fénix, nos costó 25 millones de pesos cuando estuvo, en ese momento los tuvimos ahora no los tenemos.
- 4.- Realmente estamos muy desesperados.

Paciente con número de folio 32. E.E. BAJA.

Concepto Inicial Neutral .- de descripción.

Relaciones Positivas.

- 1.- A darle a ella ayuda, conmigo más o menos se apoyó.
- 2.- Esta vez que volvió a recaer ora si que yo lo tome más tranquilo ya sabía que era su enfermedad ya no era algo nuevo para mi, ora si que ya fue el apoyo total que yo le di hacia ella.

Paciente con número de folio 33. E.E. ALTA.

Concepto Inicial Neutral.- de relación.

Crítica.

- 1.- Él a mi no me da dinero he!, se acabó su pensión porque la tiene y este, en puro cigarro, en puro cigarro y refresco.

Sobreinvolucramiento Emocional.

-Demostración de Emociones.

- 1.- Yo quisiera ser como otras, de veras que yo quisiera ser como otras gentes que me lo han dicho ¿por qué no lo corre?, cómo lo corro, a dónde se va, a la calle, eso es lo que me detiene doctora.
- 2.- A su hermano no le interesa, eso es lo que más siento bien feo.
- 3.- Voy y le digo a su hermano y me regreso llorando porque yo soy muy chillona, me regreso llorando de lo que él me contesta.

9. REFERENCIAS.

1. BEBBINGTON y KUIPERS: *Social Influences on the course of Schizophrenia*. In *Schizophrenia: The Major Issues* (ed. P.E. Bebbington and P. Mc Guffin), 201-225, Heinemann Medical: London, 1988.
2. BROWN GW, CARSTAIRS GM y TOPPING GC: *The post hospital adjustment of chronic mental patients*. *The Lancet* ii 685-689, 1958.
3. DE LA FUENTE R: *La Salud Mental en México*, *Salud Mental*, 1 (1): 4-13, 1977.
4. DE LA FUENTE R: *Acerca de la Salud Mental en México*, *Salud Mental* 5 (3): 22-31, 1982.
5. DOHRENWEND B.P. y CHIN SHONG F.C: *Social Status and attitudes toward Psychological disorder: the problem of tolerance of deviance*. *Amer. Social Rev.*, 32 (3) 417., 1967.
6. ENDICOTT J, SPITZER R, FLEISS JL, COHEN J: *The Global Assessment scale: a Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbade*. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 766-771, 1976.
7. FREEDMAN AM, KAPLAN HI, SADOCK BJ, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Williams and Wilkins Co. E.U.A., 1975.
8. GARCIA SIBERNA S y ANDRADE P: *El Significado Psicológico y Social de la Salud y la Enfermedad Mentales*, *Salud Mental* V. 17 No. 1 32-44 marzo 1/0. de 1994.
9. GARRETON-SILVA A, HORWITZ A, LAVAL E, MARDONES J y MATTE-BLANCO I: *El Concepto Clínico de la Enfermedad, en el volumen El Concepto de la Enfermedad*, Universidad de Chile, Santiago, 1959.
10. GOLDMAN HOWARD H: *Psiquiatria General* Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V. México, D.F., 1989.
11. GUTIERREZ JH y BARILAR E: *Morbilidad Psiquiátrica en el Primer Nivel de Atención de la Ciudad de México*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 101 (6): 648-658, 1986.

12. HAYNES R.B., SACKETT, D.C: *With Therapeutic Regimens*. Johns Hopkins University Press. 163-179, 1976.
13. HERE M.I. y Editores: *Psychosocial Treatment of Schizophrenia* H.A. Nosrallah vol. 4, 1990.
14. HOGARTY GE: *Expressed Emotion and Schizophrenia Relapse: Implications from the Pittsburg Study*. In *controversies in Schizophrenia*, (Ed. M. Alpert), 354-365 Guilford Press: New York, 1985.
15. HOLEY JILL M: *Expressed Emotion: a Review of the Critical Literature*. *Clinical Psychology Review* Vol. 5, 119-139 Printed in the U.S.A. all rights reserved.
16. HOLLINGSHEAD A.G. y REDLICH, F.C: *Social Class and Mental Illness*, New York, Wiley, 1958.
17. ÍMAZ E, ALATORRE A y ALAMINOS L: Traduc. *Diccionario de Psicología* Ed.Fondo de Cultura Económica México, D.F., 1981.
18. KARNO M, JENKINS JH, DE LA SELVA A, SANTANA F, TELLES C, LOPEZ S y MINTZ J: *Expressed Emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families*. *Journal of Nervous and Mental Disease* 175, 143-151, 1987.
19. KOLB, LAWRENCE: *Psiquiatría Clínica Moderna*. 5/a Edición en español, Capítulo 16 Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. México, 1982.
20. KUIPERS L y BEBBIGTON P: *Expressed Emotion Research in Schizophrenia: Theoretical and Clinical Implications*, *Psychological Medicine*, 18, 893-909,1988.
21. LAIN ENTRALGO P: *La Relación Médico-enfermo*, Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1983.
22. LARTIGUE MT: *Una aproximación al Diagnóstico del Estado Actual de la Salud Mental en México*, *Revista Mexicana de Psicología*, México 1 (1): 27-41,1985.
23. LEFF JP, KUIPERS L, BERKOWITZ R, EBERLEIN R, FRIES R STURGEON D: *A Controlled Trial of Social Intervention in Schizophrenia Families*. *British Journal of Psychiatry*, 141, 12-34.

24. LEFF JP, KUIPERS L, BERKOWITZ R, VAUGHN CE y STURGEON D: *Life Events, Relatives, Expressed Emotion and Maintenance Neuroleptics in Schizophrenia Relapse*. Psychological Medicine 13, 799-806, 1983.
25. LING JACK y BASAFELD PAUL: *Tender Puentes entre Médicos y Enfermos* Foro Mundial de la Salud Vol. 10: 29-30, 1989.
26. LOPEZ JIMENEZ JL Y COLS: *Percepción de la Enfermedad Mental en Pacientes de Consulta Médica General*, Salud Mental V 18 No. 2, junio, 1995.
27. MAGAÑA AB, GOLDSTEIN MJ, KARMO M: *A Brief Method for Assessing Expresses Emotion in Relatives of Psychiatric Patients*. Psychiatric Research, 17, 203. - 212, 1986.
28. MALLA AK, KAZARIAN S, BARNES SUSAN y COLE JD: Manuscrito en Diciembre de 1989 y revisado en marzo de 1990. *Validation of the Five Minute Speech Sample in Measurin Expresses Emotion*. Can J. Psychiatry Vol. 36 297-299 May 1991.
29. MEDINA-MORA ME, RASCON GASCA ML, TAPIA CR, MARIÑO MC, JUAREZ F, CARAVEO AJ: *Trastornos Emocionales en Población Urbana Resultados de un Estudio Nacional*. Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1992.
30. MELTON RK: *Social Theory and Social Structure*. New York the Free Press of Glencoe. 1957.
31. MICHENRAUN y TURK: *Some Aspects of Family Interventions in Schizophrenia I Adherence to Intervention Programes*. British Journal of Psychiatry, 159: 475 - 480, 1991.
32. MOLINE RA y OTROS: *Family Expressed Emotion and Relapse in Schizophrenia in 24 Urban American Patients*, Am. J Psychiatry 142: 1078-1081, 1985.
33. NADELSTICHER MITRANI ABRAHAM: *Técnicas para la Construcción de Cuestionarios de Actitudes y Opción Múltiple*, Instituto Nacional de Ciencias Penales, Talleres Gráficos de la Nación, Canal del Norte No. 80 Delegación Cuauhtémoc, México, 1983.
34. NATERA G Y COLS: *Percepción de la Enfermedad Mental a través de Historietas*, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 98 (4) 327-338, 1985.

35. O.M.S. CIE 9 Clasificación Internacional de las Enfermedades. 1975.
36. O.M.S. CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Ginebra, 1992.
37. PADILLA PAULA, MEDINA-MORA Y Cols: Prevalencia de Trastornos Mentales en la Práctica Médica General. Trabajo presentado en el III Congreso Mexicano de Psicología Clínica. Guadalajara, Jal., Nov. 20-23, 1980.
38. PAREDES HERBERT: *Mental Illness Awareness and Self Awareness: Advocacy an Action*. The American Journal of Psychiatry Am. J. Psychiatry 150: 10 October, 1993.
39. PARRA F: *Perception of Mental Illness in México: A Descriptive Study in the City of Chihuahua*. *International Journal of Social Psychiatry*, 33 (4): 270-276, 1987
40. PUENTE SILVA F: *Adherencia Terapéutica Implicaciones para México*. Simposium Adherencia Terapéutica XIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, Gro. México 7 de septiembre, 1984.
41. QUILLET. *Diccionario Enciclopédico*. Editorial Cumbre S.A. Edo. de México. 1979.
42. RASCON G. ML: *Funcionamiento Familiar y Esquizofrenia*. Proyecto en proceso. Instituto Mexicano de Psiquiatría (1994)
43. RASCON G. ML, DIAZ M. LR, LOPEZ JL, REYES RC: *Necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos*. Suplemento de la Revista Salud Mental, Vol. 20 año 20 Supl. 2 julio 1997.
44. SOPENA. *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de la Lengua Española*. Editorial Ramón Sopena S.A. Barcelona. 1954.
45. ROJAS SORIANO R: *Guía Para Realizar Investigaciones Sociales Textos Universitarios*, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México, 1982.
46. RUTTER M y BROWN GW: *The Reability and Validity of Measures of Family life and Relationships in families containing a psychiatric patient*. *Social Psychiatry* 1: 38, 1966.

47. SARBIN TR Y MARCUSO J: *Fracture of a Moral Enterprise: Attitudes of the Public Two and Mental Illness*, *J. Consult clin psychol.* 35: 159-173, 1970.
48. SHAFFER D, GOULD MS, BRASIC J, AMBROSINI P, FICHER P, BIRD H: *Arch Gen Psychiatry*, 40: 1228-1231, 1983.
49. SIEGEL SIDNEY: *Estadística No Paramétrica. Aplicada a las Ciencias de la Conducta*. Ed. Trilla México, 1976.
50. S.S.A. Primera Investigación Nacional de Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas. Dirección General Bioestadística, México, 1960.
51. STEFANI DORINA: *Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental*. *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.* 23: 202, 1977.
52. STEFANI DORINA: *Actitud Hacia la Enfermedad Mental y Nivel Socioeconómico*. *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.*, 25: 282, 1979.
53. TARRIER NICHOLAS: *Some Aspects of Family Intervention in Schizophrenia. I Adherence to Intervention Programmes*. *British Journal of Psychiatry*, 159: 475-480, 1991.
54. TAYLOR SJ y BOGDAN R: *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Ed. Paidós Studio Básica, México, Buenos Aires, Barcelona.
55. WARREN, H: *Diccionario de Psicología*. Editorial Fondo de Cultura Económica. Sevilla. 1981.
56. WELLS CHARLES: *Tratado de Psiquiatría* Tomo I, Capítulo 19 Transtornos Mentales Orgánicos, 827-875, 1975