

15
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

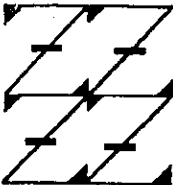
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA SU PACIENTE
PSIQUIATRICO DENTRO DE UN PROGRAMA DE
REHABILITACION PSICOSOCIAL EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
IRMA HERNANDEZ BERBER

UNAM
FES
ZARAGOZA



LO HUMANO EJE
DE NUESTRA REFLEXIÓN

DIRECTOR: DR. HECTOR LARA TAPIA

DIRECTOR INTERNO: LIC. VICENTE CRUZ SILVA

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998

260049



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al programa de Beca Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" por facilitar la realización de esta investigación.

A Dios gracias.

A mi familia por su apoyo y cariño en todo momento.

Al BIG TEAM, Gaby, Pablo y compañeros del INNN.

Al Dr. Lara gracias por compartir su conocimiento, amistad, su buen humor y hacer más divertida mi patología histriónica.

A mi afectuoso y obsesivo asesor de estilo, puntos y comas, gracias por el interés en mejorar esta investigación. Ulises

A Fabián, Gerardo y Angelito por toda su ayuda.

Y a los protagonistas de esta investigación gracias.

INDICE

Introducción	1
Capítulo I. Rehabilitación Psicosocial	
Antecedentes de la Rehabilitación	5
Rehabilitación Psicosocial en México	9
Definiciones y conceptos de rehabilitación	10
Capítulo II. Adherencia Terapéutica	
Relación terapeuta-paciente	18
Factores sociológicos, psicológicos y fisiológicos que influyen en la adherencia terapéutica	19
Factores predictivos de la adherencia terapéutica	22
Factores que favorecen e influyen la adherencia terapéutica..	23
Expectativas del paciente y adherencia.....	32
Capítulo III. Actitudes de la Familia	
Conceptos y definiciones de actitud	34
Concepto de actitud en psicología	36
Actitud y enfermedad mental	38
Capítulo IV. Familia y enfermedad mental	
Familia y enfermedad mental	40
Capítulo VI. Diferencial Semántico	
Medición de actitudes	47
Método	51
Resultados	58
Discusión	66
Conclusiones	71
Sugerencias y limitaciones	74
Referencias	76

Anexo 1	83
Anexo 2	84
Anexo 3	85
Anexo 4	86

INTRODUCCION

El interés por investigar la rehabilitación psicosocial de los pacientes que sufren desórdenes mentales ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años.

Desde el desencadenamiento a los enfermos mentales que Pinel a finales del siglo XVIII llevó a cabo se consideró al enfermo mental como un ser que piensa y siente.

En México desde la década de los 50's esta inquietud se manifestó en cambios pequeños dentro de programas institucionales y en las actitudes del personal; hubo intentos de vincular el desarrollo de estos programas con la investigación y de este modo adquirir conocimientos que fueran útiles en programas futuros. La presente investigación esta dedicada a este tipo particular de esfuerzos.

Se consideran planteamientos que se han hecho acerca de la rehabilitación psicosocial y aspectos en las actitudes de la familia que favorecen dicho programa.

Se busca establecer una serie de reglas para trabajar en la rehabilitación de los enfermos mentales ya que los esfuerzos realizados hasta el momento en la rehabilitación y manejo de pacientes psiquiátricos ha contribuido a mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, el principal interés es contribuir con un factor más en la optimización de estos programas.

Es así como la rehabilitación aparece cada vez con más ímpetu en la investigación, pero para lograr resultados óptimos será preciso proseguir y expandir este trabajo.

La rehabilitación psicosocial ha demostrado efectos positivos, contribuyendo a la salud de los enfermos con mayores índices de mejoría y menos recaídas comparativamente con lo que ocurre en pacientes tratados en forma más convencional.

Tanto en Latinoamérica como en nuestro país existen pocas investigaciones al respecto, aunque han sido muchos los intentos de rehabilitación por ejemplo crear hospitales granja para los enfermos que ameritaban tratamiento prolongado.

El objetivo del presente fue conocer las actitudes de la familia hacia su paciente psiquiátrico y cuales favorecen la rehabilitación del mismo dentro del programa de rehabilitación psicosocial en la división de psiquiatría en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Se buscó obtener indicadores que favorezcan la adherencia terapéutica ya que se ha observado que es un factor primordial para el funcionamiento exitoso de un programa de rehabilitación, así mismo servirá este informe contribuirá con la orientación e información a familiares que son parte fundamental del equipo de salud.

Esperamos que el presente contribuya a que los futuros esfuerzos diversas de disciplinas adquieran perspectiva y encuentren nuevas soluciones; así mismo que este análisis demuestre ser útil, por derecho propio, a los científicos interesados en el proceso de los cambios sociales.

CAPITULO I

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Antecedentes de la Rehabilitación

La Rehabilitación psicosocial puede definirse como una aproximación terapéutica para el cuidado de los enfermos mentales que anima a cada paciente a desarrollar sus capacidades plenamente, a través de procedimientos de aprendizaje y soporte ambiental (Ordaz, 1988).

Los antecedentes históricos de la Rehabilitación psiquiátrica se remontan al siglo XV. En 1409, los médicos de Valencia (España), fueron los primeros en eliminar las cadenas con que se humillaba la dignidad del paciente y diseñaron un tratamiento ético basado en ejercicios libres, juegos, entretenimientos, higiene, etc.

En el siglo XVI, recién consumada la Conquista fundando la Nueva España y cuando apenas estaba surgiendo la nueva raza, México es primero en América, uno de los primeros del mundo, en que se fundara un establecimiento para alojar enfermos mentales.

Adelantándose muchos años a su tiempo, Bernardino Alvarez, regresa a la Nueva España y siente el llamado humanitario de atender a sus semejantes, dejando fortuna y posición para dedicarse durante algunos años a cuidar enfermos en el Hospital de Nuestra Señora de la Concepción, hoy de Jesús Nazareno (Calderón, 1970).

Poco tiempo después, el 2 de noviembre de 1566, funda el Hospital de San Hipólito en unos terrenos cercanos a la ermita del mismo nombre, en donde recibe y atiende caritativamente a enfermos, ancianos y enfermos mentales.

Años más tarde, varios eclesiásticos se unen al ilustre fundador, constituyendo una congregación que se llamó Hermanos de la Caridad y posteriormente de los Hipólitos, que por muchos años se encargó de la atención de los enfermos mentales que el Hospital alojaba.

Poco más de un siglo tiene que transcurrir antes de que un personaje de humilde cuna marcara otro acontecimiento solenne en la historia de los hospitales psiquiátricos de México. José Sáyo, resuelve junto con su esposa, con gran espíritu caritativo, digno de ser emulado, alojar en su propio hogar a algunas enfermas mentales que deambulaban por las calles en busca de un mendrugo de pan para comer y de un rincón en algún portal para dormir.

Enterado Francisco de Aguilar y Seijas de la humanitaria obra de Sáyo, decide ayudarlo y los instala provisionalmente en una casona vieja frente a la Iglesia de San Pedro y San Pablo en el año de 1690, alojando en el pequeño

manicomio a 60 mujeres dementes. En este lugar permanecen hasta que la congregación del Divino Salvador compra una casa en la calle de la Canoa, erigiendo un hospital para enfermas mentales en el año de 1700.

No obstante esta proyección, en el resto de Europa la liberación de los enfermos mentales no pudo tener lugar hasta finales del siglo XVIII con la obra de Pinel, en el hospital Bicêtre, en París en plena Revolución Francesa decidió quitarles las cadenas a los pacientes allí recluidos devolviéndoles su libertad corporal, ya que sostenía el punto de vista de que "los enfermos mentales, lejos de ser delincuentes dignos de castigo son personas enfermas, cuyo estado miserable merece toda la consideración que se le debe a la humanidad" (Ordaz, 1988).

De esta forma se introduce el concepto de que el paciente mental era un enfermo y no un "endemoniado" como se pensaba, lo que dio lugar al nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica y a que se universalizaran los principios humanitarios esbozados por los médicos españoles y defendidos por el célebre alienista francés.

Posterior al Pinel, Fermus continuó, en el hospital Salpêtrière París el trabajo comenzado por el primero.

Fermus y Rivel, implementaron lo que más tarde se llegó a conocer con el nombre de terapia por el trabajo, ya que con la labor realizada por los pacientes se construyó una granja en el sitio en que hoy se levanta el hospital Santa Aura de París (Ordaz, 1988).

La reforma introducida por los doctores Pinel y Fermus en el campo de la terapéutica psiquiátrica se extendió a Inglaterra y Norteamérica mediante la incorporación de nuevos métodos y técnicas en el tratamiento de los enfermos mentales para contribuir a su rehabilitación.

El siglo XVIII transcurre sin mayores cambios. México se ha adelantado a todos los países de América que apenas en la segunda mitad de este siglo, comienzan a fundar sus establecimientos psiquiátricos; así es uno de los primeros en este continente que al finalizar dicho siglo cuentan con hospitales psiquiátricos.

El siglo XVIII y las primeras décadas del XIX señalaron el camino para mejorar la suerte de los pacientes psiquiátricos mal tratados y poco comprendidos. Desafortunadamente el equilibrio que permitía que el tratamiento mejorara se veía obstaculizado más adelante cuando un gran

número de enfermos mentales empobrecidos llegó e invadió los hospitales. El tratamiento sucumbió ante el número de enfermos que acudió a los hospitales y el entusiasmo que produjo jamás se ha repetido.

El culto a la incurabilidad fue apareciendo gradualmente, se creía que una vez que las puertas del asilo se cerraban detrás de un paciente éste ya nunca volvería a salir de ahí. No se tomaba en cuenta que la enfermedad del paciente era crónica cuando se decidía intentarlo.

A principios del siglo XIX, Simon, psiquiatra alemán, sistematizó el tratamiento por el trabajo en los enfermos mentales y lo dotó además de un gran contenido científico lo que le permitió desarrollar un método que aún hoy sirve de directriz para la organización del trabajo en los hospitales psiquiátricos con las modificaciones lógicas impuestas por las circunstancias locales.

En la Rusia pre-revolucionaria, Korsakov, Gamushkin, y Protopopov intentaron realizar algunos trabajos en esta dirección, pero no los pudieron llevar a más debido a las condiciones sociales existentes en ese país, y no fue hasta después de la gran Revolución Socialista de Octubre que se pudo establecer sobre bases sólidas el desarrollo de un sistema de ubicación socio laboral de los enfermos mentales.

En el siglo XX, y como una de las obras realizadas para conmemorar el Primer Centenario de la Independencia, se inaugura el 1o. de septiembre de 1910, el Manicomio General "La Castañeda". Sin embargo, al correr los años, el Manicomio de la Castañeda va resultando anacrónico e insuficiente, los conceptos de asistencia psiquiátrica se han ido modificando en el año de 1944 su funda la Granja de Recuperación para enfermos mentales en Guanajuato. Este concepto de Hospital Granja viene a modificar el sistema manicomial de tipo carcelario que durante muchos años había sido característico de los hospitales psiquiátricos. Rejas, candados y control coercitivo son abandonados; el nuevo establecimiento tiene puertas abiertas el enfermo mental encuentra una remotivación para su vida en el propio ambiente.

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

Los hospitales psiquiátricos de México no han sido construidos siguiendo patrones americanos o europeos, sino de acuerdo con nuestra propia experiencia y necesidades.

Si desde el punto de vista genético, neurofisiológico, bioquímico, etc., la psiquiatría es igual en todo el mundo, desde el punto de vista sociocultural es totalmente diferente por lo que el planeamiento asistencial tiene que hacerse de acuerdo con las características de cada país en particular.

Considerando que sale más costoso arreglar una casa vieja que construir una nueva desde sus cimientos; en psiquiatría se ha derrumbado todo lo viejo y se están poniendo las bases para el futuro.

La rehabilitación del enfermo mental y su reincorporación a un mayor nivel de funcionamiento personal, social y ocupacional se remonta al pasado. Se intentaron varios métodos; la historia de los tratamientos y de la rehabilitación del enfermo mental es al mismo tiempo la historia de la actitud y de los prejuicios de la sociedad hacia la enfermedad mental. Debido a lo impredecible de su conducta el enfermo mental fue visto con horror por su supuesta vinculación con los demonios y por consiguiente se le destruyó por medio de la purificación del fuego; se le ha visto con desprecio y como prototipo de la degeneración por lo cual se le ha obligado a vagar y a vivir de la limosna. Visto como peligro para la sociedad se le ha aislado de ella y encadenado, de preferencia en lugares alejados de las ciudades. Sujeto también de compasión y caridad dio origen al tratamiento moral que esencialmente consistía en la rehabilitación, consideraban al enfermo mental como miembro de la familia humana e intentaban lograr que las facultades del paciente que se mantenían intactas predominaran por encima de las que estaban afectadas. El tratamiento moral enfatizaba el valor de la ocupación, la educación y las influencias sociales y obraba dentro de una atmósfera de grandes expectativas. En un principio, los terapeutas morales reportaron excelentes resultados en casos de enfermedades recientes y aunque menos optimistas en lo relativo a anunciar que alguien había recuperado la salud (Pucheu, 1981).

Rehabilitación Psicosocial en México

En México, como en otros países que tienen una política articulada para atender pacientes psiquiátricos, la suma de esta filosofía ha propiciado la creación de instituciones cuya objetivo principal se puede entender como de custodia y almacenaje. Esto se observa especialmente en aquellos enfermos que no responden rápidamente a esfuerzos de tratamiento (Ayala, Cárdenas, Rodríguez, Cervantes y Caballero, 1982). El resultado de que los hospitales se circunscriban principalmente a custodia tiene por consecuencia que el índice más alto de ocupación de camas corresponda a enfermos mentales crónicos.

Los estudios sobre esta alternativa de acción realizados a la fecha han arrojado resultados de sorprendente ineficacia. Por ejemplo, no sólo existe una bajísima probabilidad (6%) de que un paciente que ingresa a un hospital psiquiátrico sea dado de alta, sino que el índice de reinstitucionalización de aquellos pocos que logran salir es aproximadamente de 72% (Ayala, 1982).

En países como el nuestro, donde los recursos humanos y materiales son escasos resulta particularmente oneroso un sistema de atención al paciente crónico hospitalizado que esté basado exclusivamente en un modelo tradicional de atención. Ante esta disyuntiva, en el año de 1978, las entonces autoridades de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, organismo responsable de proveer atención al enfermo mental crónico en México, iniciaron un programa demostrativo con la implementación de otro modelo de tratamiento y rehabilitación para pacientes crónicos hospitalizados. Con el apoyo del Instituto Mexicano de Psiquiatría, un grupo de investigadores establecieron en un hospital campestre, un programa de tratamiento y rehabilitación basado en una aproximación analítico-conductual (Ayala, 1982). Aún cuando existen antecedentes del empleo de modelos conductuales en hospitales psiquiátricos en México, este programa de tratamiento y rehabilitación es el primero auspiciado formalmente por las autoridades de Salud Mental y financiado internamente por una institución de investigación psiquiátrica. El programa se realiza en un hospital psiquiátrico de la SSA y su objetivo principal es establecer en los pacientes las habilidades funcionales necesarias para su reintegración a la comunidad.

Definiciones y conceptos de Rehabilitación

El objetivo de la rehabilitación es reincorporar al individuo a la comunidad ya sea a su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible. Se inicia dentro del hospital y debe continuar extramuros por medio de programas de supervisión preventiva o de seguimiento del estado de salud a fin de favorecer el desarrollo de las potencialidades del paciente en las áreas vocacional, educativa, laboral, recreativa y ocupacional que implican distintas modalidades de resocialización del enfermo mental (Pucheu, 1981). Sin embargo, este intento por definir a la rehabilitación tiene el defecto de situar al hospital psiquiátrico como eje de los actos rehabilitatorios y supone que todo enfermo mental deberá llegar inexorablemente al hospital. En la actualidad esto no es indispensable si se sigue la tendencia de la psiquiatría preventiva en el sentido de desarrollar una serie de medidas oportunas que eviten la hospitalización del mayor número posible de enfermos.

Freeman y Simmons (en Pucheu, 1981) señalan que el paciente rehabilitado con éxito es aquel que puede vivir en un ambiente no médico, a un nivel de rendimiento ocupacional y social comparable al de otros adultos de la comunidad, entendiéndose por rehabilitación el intento de proporcionar al paciente los medios para su mejor desempeño en la comunidad, que le permitan llevar a cabo el mayor número de actividades compatibles con su personalidad y con los intereses para los cuales está capacitado. Bellak (1964) citado en (Pucheu, 1981) afirma que el objetivo principal de la rehabilitación es reconstruir la fuerza del ego del paciente capacitado y listo para trabajar y enfrentarse a los factores emocionales de las relaciones interpersonales.

Es difícil diferenciar entre el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales. El tratamiento tiende a corregir las manifestaciones de la enfermedad en tanto que la rehabilitación intenta devolver al paciente a sus originales roles afectivos y sociales. Pucheu (1981) considera a la rehabilitación desde el punto de vista del tratamiento integral del paciente, e incluye dentro de la rehabilitación psicológica a las medidas que atenúan la angustia, no existe un límite definido entre el tratamiento y la rehabilitación, puesto que ambos

proceden simultáneamente desde el principio; aunque hace la distinción de que el tratamiento se orienta hacia los problemas primarios, en tanto que la rehabilitación enfatiza el empleo de capacidades vocacionales que disminuyan las deficiencias y superen el impedimento.

En las últimas décadas, se ha percibido a las enfermedades mentales como una enfermedad más incapacitante que las enfermedades físicas (Anthony, 1993); por lo que existen diversas alternativas de tratamiento cada vez con mejores fármacos. Sin embargo esto no garantiza una adecuada reintegración del paciente a su medio ni la disminución del número de recaídas por lo que es necesario un tratamiento integral que garantice el bienestar y mejoría del paciente.

La Rehabilitación Psicosocial es el conjunto de todas las actividades tendientes a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad (Saraceno, 1992).

Durante las últimas décadas la Rehabilitación Psicosocial ha obtenido prominencia como una modalidad terapéutica muy importante en la atención de pacientes con enfermedades mentales que tienden a la cronicidad (Bacharach 1992; Anthony, 1993) definen esto como una aproximación terapéutica para el cuidado integral de los enfermos mentales que anima a cada paciente a desarrollar sus capacidades a través de procedimientos terapéuticos médicos, psicológicos, de aprendizaje y de soporte ambiental. En países desarrollados esta intervención ha mostrado sus efectos positivos con una mejor evaluación de las enfermedades mentales, mayores índices de mejoría y menos recaídas en comparación con lo que ocurre en pacientes tratados con estrategias más convencionales.

Respecto a la rehabilitación psicosocial los antecedentes en nuestro país son limitados al igual que en otros países latinoamericanos respecto a esta forma de terapéutica como en la investigación, y por ende a las condiciones de evolución y tratamiento de enfermos internados en instituciones psiquiátricas.

Monteverde en 1967 propone las consideraciones realizadas para estos programas:

1. La Rehabilitación física en enfermos que presentan incapacidades o invalidez a consecuencia de alteraciones específicas del sistema nervioso central, tanto funcionales, como ocurre en las psicosis, o estructurales, como es el caso de la epilepsia, la enfermedad vascular cerebral, degenerativa, etc.

2. Respecto a la rehabilitación psicológica, se considera el medio ambiente, familiar y comunitario, ponen en desventaja al paciente.

La falta de este enfoque integral para el tratamiento de los enfermos mentales o neuropsiquiátricos hace que en muchas de nuestras instituciones hospitalarias, anacrónicas ya por muchos años han "almacenado", enfermos pobremente evaluados y tratados por falta de recursos técnicos o humanos.

Con frecuencia se comete el error de iniciar la "rehabilitación" del enfermo cuando aún no ha sido exhaustivamente evaluado y menos tratado satisfactoriamente en forma integral, y en a veces parece existir una apremiante necesidad de deshacerse lo más pronto posible de ellas. Por otra parte como menciona Saraceno (1992) se confunde la terapia ocupacional con la rehabilitación psicosocial, o bien se considera esta dentro de otras áreas de la psiquiatría comunitaria o psiquiatría social.

Al respecto Lewis (en Córdova, 1976) dice que el tratamiento de un paciente depende más de su familia, sus empleadores y la actitud de la comunidad hacia él, que de las drogas y la psicoterapia que reciba. Como confirmación de esto, se puede exponer la lista de la Organización Mundial de la salud sobre las consideradas áreas de prioridad en las investigaciones de la salud mental, que sitúa el estudio social del ambiente hospitalario y los estudios ecológicos de las enfermedades mentales.

Córdova (1976) señala que entre los estudios preventivos sobre cronicidad de enfermos mentales deben considerarse tres grupos:

- a) primarios, cuando se trata de evitar directamente el desarrollo de una condición crónica.
- b) secundarios cuando se desea impedir que una enfermedad incipiente aumente.
- c) terciarios, cuando se aspira a reducir la cantidad de dificultades o la incapacidad de enfermedades crónicas y persistentes. La prevención terciaria es llamada también rehabilitación.

Se ha demostrado que mientras mayor es el tiempo que un paciente psiquiátrico está en el hospital, menor será su deseo de abandonarlo, y sus planes para vivir y trabajar fuera de este se harán más escasos cada vez. Por el contrario, si estos pacientes son empleados por unidades industriales para su rehabilitación, sus actitudes hacia el trabajo y sus planes pueden mejorar considerablemente.

Hasta el momento, existen escasas publicaciones en Latinoamérica sobre investigaciones respecto a la rehabilitación psicosocial y sobre las condiciones de evolución y tratamiento de enfermos para tal efecto (Bond, Whiterdige, Stze, y Dincin, 1985) aún cuando se ha planteado la necesidad de este enfoque frecuentemente (Monteverde, 1967; Córdova, 1976; Valencia, 1988).

Con esta gran necesidad, se ha demostrado que el impacto de un programa de rehabilitación psicosocial puede reducir el nivel de pobreza clínica; como la apatía el aislamiento social, etc. En los pacientes psiquiátricos Wing y Brown (1970) citados en Pucheu (1981) obtuvieron con este tipo de programa un incremento en el funcionamiento social. Sin olvidar que para obtener resultados óptimos el tratamiento debe ser integral considerando el aspecto farmacológico primordialmente y a la par llevando un programa de tratamiento de Rehabilitación Psicosocial, el cual sirve para reforzar, mantener y apoyar las ganancias obtenidas del aspecto farmacológico.

Con el propósito de realizar un programa para obtener factores que favorezcan la rehabilitación Psicosocial y el tratamiento integral de los pacientes psiquiátricos que son atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, fundamentando en características específicas como la evolución de su enfermedad, situación socioeconómica, entorno social, etc. Explorando estas características por último enfocar la actividad principal del equipo multidisciplinario hacia los factores de riesgo puestos de manifiesto por estas investigaciones.

El objetivo de esta línea de investigación, ha sido obtener indicadores específicos para el programa mencionado, y se desarrolla en tres áreas: médica, psicológica y social.

Dentro de los resultados obtenidos, se ha encontrado que existen problemas respecto a adherencia terapéutica en pacientes psiquiátricos (Pacheco y Lara, 1995), facilitados y que por la estructura y dinámica familiar, existe una evidente psicopatología en la familia que interactúa con la del propio paciente (Morfin, 1995).

Se encontró que aunque el nivel de escolaridad de los enfermos es más alta que el promedio de la población del mismo nivel socioeconómico, la de los padres es sumamente baja, siendo analfabetas o con escolaridad de primaria incompleta (Ocampo, 1995) lo que facilita el abandono del tratamiento por la falta de comprensión del problema (Lara, 1995).

Como parte de la solución de estos problemas, se ha diseñado un programa integral de Rehabilitación Psicosocial, que incluye la educación para la salud, formando grupos con los familiares de los enfermos hospitalizados; y con la intervención del personal de salud mental (Coronado, Cortés, y Aguirre, 1995).

La historia de los tratamientos y de la rehabilitación del enfermo mental es al mismo tiempo la historia de la actitud y de los prejuicios de la sociedad hacia la enfermedad mental debido a lo impredecible de la conducta. Por tal motivo, existe la necesidad de evaluar las actitudes de los familiares de pacientes psiquiátricos con adherencia terapéutica y de los familiares de pacientes psiquiátricos sin adherencia terapéutica que han sido hospitalizados en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

CAPITULO II

ADHERENCIA TERAPEUTICA

La adherencia terapéutica se al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas. Por el contrario, la falta de adherencia terapéutica describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento (Puente, 1984).

La medicina institucional distingue tres factores que intervienen en cumplir con un tratamiento médico:

- a) Los fármacos y el mantenimiento de las mismas.
- b) Existen para padecimientos crónicos medicamentos que solamente los controlan.
- c) Intervención del conocimiento de la patogénesis que permite la prevención, o bien el adecuado control de la enfermedad de etapas tempranas.

Respecto al paciente hay que reconocer que se requiere cada vez más de su activa participación que constituye un proceso cada vez más complejo ya que el número de posibles recomendaciones que mejoran el estado de salud aumentan constantemente. Ejemplo de esto, serían las modificaciones al estilo de vida moderno y urbano con el objeto de frenar el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos. Por supuesto, una vez que el paciente reconoce la presencia de una enfermedad tiene el privilegio de decidir si lleva o no a cabo las prescripciones del terapeuta. También se podría mencionar en los médicos frecuentemente existe resistencia de llevar a cabo actividades de educar al paciente sobre su trastorno, el tratamiento y supervisión sobre el implemento de las prescripciones.

En todo sistema de salud es importante distinguir a la población que asiste, de la que no lo hace ya que se pueden encontrar, como ocurre en algunos servicios de salud mental, grandes diferencias entre éstas. También es importante reconocer las características de la población desertora; los intentos de establecer un tipo o perfil del paciente desertor, han fracasado. Esto no quiere decir que algunas variables en el cumplimiento de un tratamiento carezcan de valor predictivo (Puente, 1984).

Entre los aspectos importantes a considerar en el incumplimiento terapéutico, hay que diferenciar entre los pacientes que asisten a consulta, a los que cumplen y los que no. El cumplimiento de un tratamiento es por definición

un proceso dinámico y continuo por lo que en ningún momento deberá considerarse como un hecho concreto.

Puente (1984) menciona que existen dos grandes problemas en la práctica médica que dificultan la evaluación del cumplimiento terapéutico. El primero se refiere a la especificidad del tratamiento y el segundo a la forma en que se dan las indicaciones al mismo. Frecuentemente, los beneficios de un tratamiento son inespecíficos hasta en un 50%.

La falta de adherencia terapéutica comprende diferentes tipos de conducta; por ejemplo:

- a) fallas o dificultades para iniciar un tratamiento;
- b) fallas por suspensión prematura de la terapia; y
- c) implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta.

Puente (1984) menciona que hay factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, entre los que destaca:

1. *Errores de omisión.* El paciente no se toma el medicamento prescrito, independientemente de la razón. Las razones pueden ser: olvido, falta de disciplina, negación de su enfermedad, miedo a los efectos colaterales, etc.
2. *Errores de dosis.* El paciente no se toma la dosis indicada, ya sea por información inadecuada o porque decida que requiere una dosis mayor o menor.
3. *Errores en el tiempo.* El paciente no se toma los medicamentos a las horas indicadas. En ocasiones corre el riesgo de una sobredosis al tomar en una sola ocasión varias dosis acumuladas.
4. *Errores de propósito.* El paciente se equivoca en la toma de los diferentes medicamentos prescritos, ya sea por confusión propia o porque la información recibida de su médico resulte inadecuada.
5. *Autodeterminación.* El paciente se administra medicamentos no prescritos. Esta situación es de gran importancia ya que algunos autores reportan que hasta un 50% de los medicamentos que las personas ingieren sin prescripción médica son potencialmente peligrosos.

Relación terapeuta-paciente

Una de las áreas con mayor relevancia en la evaluación de la estructura del sistema de salud, es la que se refiere a la relación terapeuta-paciente. Existen reportes donde se confirma, que:

- a) A mayor satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta, habrá un mayor y mejor cumplimiento a los programas de tratamiento.
- b) A mayor satisfacción en el paciente, habrá menor probabilidad de deserción.
- c) A una mayor duración, continuidad en la relación, mejor será el cumplimiento.

Asimismo, se ha encontrado que la actitud del terapeuta hacia el tipo de tratamiento y hacia el paciente, constituye una importante variable en el cumplimiento terapéutico y en el desarrollo de efectos colaterales. Para algunos, la relación terapeuta-paciente es de importancia tal que consideran que la causa principal del incumplimiento, es una comunicación deficiente entre el terapeuta y el paciente (Cicero, 1984).

Importancia de la relación paciente-terapeuta en la adherencia terapéutica es la actitud y la conducta del terapeuta en este aspecto puede contribuir a generar una mayor o menor adherencia. En este punto conviene comentar los efectos que genera una "actitud autoritaria" dentro de una relación terapéutica, definida primordialmente por el establecimiento de dos papeles diferentes: "el que sabe" y "el que ignora". En estas condiciones, el especialista confía en que al dar una indicación ésta será realizada por el paciente.

Al revisar la adherencia a los tratamientos médicos Dunbard y Stunkard (1979) citado en Domínguez (1984) concluyeron que se crea una mejor adherencia cuando los clínicos se muestran cálidos, empáticos y se involucran en una conversación social y en intercambios específicos proporcionando instrucciones individualizadas y específicas". Blackwell (1976) citado en Domínguez (1984) habla de la clínica infantil en Inglaterra en la que los problemas de los pacientes que permanecían en terapia eran similares a los de aquellos que la abandonaban prematuramente. Los pacientes que permanecían en terapia eran quienes tenían terapeutas que constantemente daban más respuestas afectivas. Otros hallazgos indican que el paciente deja de tomar los medicamentos cuando se percata de que su médico no tiene confianza en lo que le receta.

Factores sociológicos, psicológicos y fisiológicos que influyen en la adherencia terapéutica

Dentro de los factores relevantes para fortalecer la adherencia terapéutica se encuentran los psicológicos, sociológicos y fisiológicos; bajo el criterio de un equipo multidisciplinario de salud.

Las recomendaciones o indicaciones terapéuticas pueden diferir en forma considerable con el estilo de vida y con las normas y valores que el paciente mantiene. Cuando esto ocurre se presenta una “disonancia cognoscitiva”. El paciente entonces tratará de tomar una decisión que restablezca su armonía interna, desarrollando una consistencia y congruencia entre sus acciones y sus actitudes y valores. Se considera importante señalar los siguientes factores psicosociales que se relacionan con la adherencia terapéutica.

1. Tipo de interacción entre el terapeuta y el paciente. Ya se mencionó la importancia que reviste el proceso de relación terapeuta-paciente para un adecuado cumplimiento terapéutico. En este proceso es importante mencionar los *modelos preexistentes establecidos en una sociedad sobre las expectativas de las personas*, en relación al otorgamiento y a la calidad de los servicios de salud.

2. Otro aspecto sociológico importante es *la influencia de las personas significativas para el paciente*. Si las personas significativas se comportan, ya sea en forma autoritaria, inconsistente o irracional, influirá en los modelos de autoridad que el paciente maneja.

3. El *modelo cognoscitivo de enfermedad* juega un papel trascendente, ya que determinará el grado de aceptación y el impacto en su tratamiento. Por ejemplo:

Sánchez-Sosa (1984) plantea que si un sujeto considera que no trabajar constituye una desviación y deja de trabajar por enfermedad, entonces sentirá que ha caído dentro de esta desviación; si el sujeto tiene la idea de que estar enfermo constituye una forma de obtención de afecto, mostrará resistencia a abandonar dicho rol.

4. El *nivel de escolaridad*. Por ejemplo si el nivel de escolaridad aumenta la disposición a modificar su estilo de vida será probable.

5. La *clase social*, juega un papel importante en los procesos de reconocimiento de la enfermedad y de cumplimiento terapéutico. En la actualidad son conocidos los estudios que muestran importantes diferencias en la percepción y el manejo del dolor entre diversos grupos socioculturales.

6. La *edad* y *genero*.

Estas variables establecen diferencias en los modelos cognoscitivos de enfermedad y de manejo del padecimiento en el paciente.

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

- 1) Educación para la salud
- 2) Técnicas de relajación y desensibilización
- 3) Técnicas de autorregistro y autocontrol
- 4) Técnicas de dinámica de grupo
- 5) Técnicas de reestructuración cognoscitiva
- 6) Intervención psicoterapéutica

Entre otros factores, además de los ya mencionados tenemos el de la magnitud relativa de la disonancia, y que de ésta resultará la toma de decisión del paciente, de cumplir o no el tratamiento. La existencia de disonancia en el paciente, siendo un proceso psicológicamente incómodo, motivará la búsqueda de alternativas que propicien la disminución o la resolución de la disonancia.

Los factores fisiológicos que se relacionan con la adherencia terapéutica se describen como:

1. Grado de severidad de los síntomas de la enfermedad. La severidad de los síntomas juega un papel importante en los procesos cognoscitivos ya que si los síntomas son leves y el sujeto muestra disonancia a la presencia de enfermedad, no tendrá dificultad en negarla. Si los síntomas son severos, ocurrirá todo lo contrario no podrá negar su enfermedad.
2. Duración de los síntomas. Si el paciente presenta síntomas que no se manifiestan en forma continua, sino periódica y la presencia de éstos le producen disonancia, el paciente podría entonces descuidar el proceso de enfermedad.
3. Grado de limitación de los síntomas. El grado de limitación que un padecimiento le impone al paciente juega un papel de importancia en el reconocimiento de la enfermedad y en el manejo de la misma.
4. El grado de afectación y daño. La gravedad del padecimiento es determinante para que el paciente se adhiera o no a un tratamiento. Los padecimientos graves pueden motivar fuertemente al paciente a implementar

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

Factores predictivos de la adherencia terapéutica

Cuevas (1984) considera que dentro de los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento se encuentran:

1. La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento, las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.
2. El grado de estabilidad familiar. Se ha visto, sobre todo en niños y ancianos, así como en pacientes esquizofrénicos, que la estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.
3. El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida. Aquellas personas que cuenten con habilidades relacionadas con disciplina y planeación tendrán más posibilidades de mantener adecuadamente sus tratamientos.
4. Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos con el tratamiento. Aquellos pacientes que pueden percibir clara y precisamente de los beneficios obtenidos con el tratamiento mostrarán un mayor interés en continuar y mantener sus tratamientos. Lo opuesto ocurre en aquellas personas que han tenido resultados insatisfactorios y por lo mismo una gran frustración.
5. Supervisión cercana del médico o terapeuta. Aquellos pacientes que pueden asistir a consulta con su terapeuta con una buena periodicidad, sobre todo en la fase inicial muestran más posibilidades de adherirse a su tratamiento. Por supuesto que la calidad en la relación terapeuta-paciente es importante, además por la frecuencia de las consultas.

Por el contrario, existen factores que tienden a disminuir la adherencia al tratamiento. Entre éstos se encuentran:

- 1.- Complejidad del tratamiento. Aquellos pacientes deben tomar un gran número de medicamentos en dosis frecuentes muestran más posibilidades de no cumplir con el tratamiento.
- 2.- Grado de cambio de conducta requerido. Aquellos pacientes que necesitan llevar a cabo grandes cambios en su estilo de vida y actividades, muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento.
- 3.- Tiempo de espera para la consulta. Se ha encontrado que aquellos pacientes que tienen que esperar tiempos prolongados para ser atendidos o que se les cancela su cita, muestran menos posibilidades de adhesión a sus medicamentos.

Factores que favorecen e influyen la adherencia terapéutica

Dentro de los factores importantes para favorecer la adherencia terapéutica, se considera el libre albedrío y autocontrol. Cuando se habla de autocontrol, se interpreta como sinónimo de restricción y/o de limitación, cuando en la práctica es todo lo contrario, ya que el autocontrol le permite al sujeto desarrollar su libertad personal. Sánchez-Sosa (1984) plantea que el individuo "libre" es el que sabe "a donde va", en el sentido de que conoce los factores que influyen sobre su ambiente y sus acciones. Aún más, es el sujeto que ha adquirido habilidades y técnicas que le permiten tener un rol activo en su propio crecimiento y ajuste. No es un autómatas mecánico que responda pasivamente a influencia ambientales. Es decir, el sujeto es su científico personal, un hábil ingeniero, capaz de investigar y modificar los factores que determinan sus acciones.

La presencia del modelo comprensivo-racional de "toma de decisiones" donde frecuentemente se plantea que los sujetos toman sus decisiones consciente y tácitamente, después de haber revisado el rango completo de alternativas y sus implicaciones, tanto a corto como a largo plazo. De acuerdo a Isley citado en Puente (1984), este proceso no se presenta frecuentemente en personas a las que se les informa tener un padecimiento y que por lo mismo, requieren de un tratamiento.

López (1984) propone un modelo alternativo al que llama como comparaciones limitadas sucesivas. Los factores esenciales de este modelo son: cuando el individuo se encuentra colocado en su propio espacio personal y en una relación única con su ambiente percibido, las decisiones no son o no pueden ser tomadas entre el rango adecuado de alternativas. Las perspectivas de elección se encuentran limitadas por el proceso de experiencias de socialización, por expectativas y aspiraciones existentes y por restricciones biológicas, económicas y sociales; así como por las normas culturales que se perciben y prevalecen. De acuerdo con este modelo las decisiones se relacionan con posibilidades entre alternativas limitadas.

El patrón de conducta será resultado de series sucesivas de decisiones, cada una de las cuales tendrá una característica única por los factores que intervengan y las decisiones anteriores. Es por ello que encontramos deficiencias y limitaciones en aquellos modelos que proyectan la actividad futura basándose en la conducta pasada o en modelos racionales, ya que sólo

funcionarán en algunos casos, donde se presenten circunstancias estables y una buena estructuración. Un buen ejemplo, es la aplicación de este modelo al problema del cumplimiento terapéutico donde encontraremos que la simple prescripción del medicamento no garantiza que el paciente lo tome adecuadamente, ya que esto depende de que el paciente cuente con el repertorio de habilidades y cogniciones que se requiere para llevar a cabo adecuadamente la implementación del programa terapéutico.

La incidencia y prevalencia de las enfermedades no contagiosas se ha convertido en un factor inquietante, lo que ha provocado una serie de cuestionamientos sobre la manera de abordar los problemas de la salud, el grado de eficacia y efectividad que se obtiene con los métodos o técnicas empleados para su resolución. Dentro del campo de la investigación en servicios de salud se ofrece la posibilidad de conocer bien lo que se hace, si vale la pena hacerlo y como mejorar los recursos comparándolos con alternativas disponibles.

En los años recientes han aparecido de manera creciente en la biografía médica internacional, una serie de publicaciones que son una combinación de investigaciones clínicas y en servicios de salud relacionadas con diversas enfermedades, en las que el incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes acarrea consecuencias indeseables, que son fuente de conflicto y de repercusiones de diversa índole para el mismo paciente, la familia, la comunidad, el médico, las instituciones del Sector Salud y para la psicología.

Distintos autores (Puente, Pucheu y Domínguez, 1984) han acuñado el término cuya traducción literal es el de **adherencia terapéutica**, queriendo significar con ello el grado de permanencia por parte del paciente en el tratamiento o la manera con que se logra su anuencia o grado de compromiso en el cumplimiento de las prescripciones médicas.

Esta tendencia manifiesta el interés creciente en los aspectos preventivos de la medicina y la psicología, así como en la prevención de un problema mayor. Hoy en día se habla de un modelo de supervisión preventiva del estado de salud que se preocupa no sólo de la resolución de un episodio de la enfermedad sino también de la evolución del padecimiento.

La investigación científica ha puesto en manos de los médicos un sinnúmero de fármacos capaces de modificar la fisiología alterada de los padecimientos, incrementándose con ello el logro de curaciones antes insospechadas, pero también se ha hecho evidente que para muchas enfermedades, dichos fármacos

produzcan una serie de efectos colaterales, a veces hasta peligrosos, que en ocasiones sólo modifican algunos síntomas del padecimiento a condición de mantenerse casi permanentemente con una dosis "de sostén", con lo que el paciente tiene que conformarse con permanecer en un seguimiento de su estado de salud y sujeto a una serie de controles periódicos que le resultan molestos, y por lo mismo le invitan a desertar del tratamiento ante la creencia de que la mejoría alcanzada habrá de mantenerse con o sin fármacos. Puente (1984) menciona que la rebelión a las medidas prescritas por el médico trae como consecuencia recaídas y en ocasiones complicaciones de difícil resolución generando un círculo vicioso. Sin embargo, existen factores que hacen que no se cumplan los anunciados pronósticos desfavorables por lo tanto la suspensión del medicamento. Una de las enfermedades características de este problema es la enfermedad psiquiátrica.

Aún frente a la evidencia de la reducida efectividad de los fármacos antipsicóticos para actuar satisfactoriamente en un buen número de casos sería arbitrario recomendar la suspensión de estos. Se han realizado innumerables ostentaciones, alrededor de ellos y no se duda de la mejoría para este tipo de pacientes, el destino de los enfermos psiquiátrico ha mejorado.

Pucheu (1984) manifiesta su escepticismo con respecto a mantener con psicofármacos a enfermos crónicos hospitalizados. A 21 pacientes a los que se involucró en un programa de terapia medioambiental y psicoterapéutico, se les suspendió totalmente la medicación antipsicótica; 18 meses después 17 de ellos no habían tenido recaídas.

Caffey (1964) citado por Pucheu (1984) en un estudio de 348 pacientes a los que se les sustituyó el neuroléptico por placebo, observó que 16 semanas después sólo el 25% había recaído.

López (1984) menciona un estudio realizado a dos grupos de pacientes que fueron dados de alta en el hospital. Al primer grupo se le administraron psicofármacos en dosis de mantenimiento y después de 6 a 18 meses el 82% permanecía con sus familias. Al segundo grupo se le dio placebo en el mismo lapso; el 37% de ellos no tuvieron que ser rehospitalizados.

Stimson (en Pucheu, 1984), evidenció la fuerza de creencias tales como que los medicamentos sólo deben ser tomados cuando se está enfermo y deben ser suspendidos cuando se alcanza la mejoría, o que el cuerpo requiere períodos de descanso de la ingestión de psicofármacos para evitar que se acostumbre o que se haga inmune a la droga.

Renton (en Pucheu, 1984) observó que el grado de deserción al tratamiento aumenta cuando los pacientes viven solos, reportó que los pacientes esquizofrénicos que viven con sus familias siguen mejor las prescripciones indicadas. Encontró que la probabilidad de deserción es más alta para los pacientes con formas clínicas más graves que la esquizofrenia, lo que implica un factor que favorece su deterioro. En cambio los pacientes con cuadros leves son más fieles en mantener las indicaciones del médico. Los pacientes con formas paranoides de la enfermedad tienden frecuentemente a asociar la idea de que la medicación se les administra para perjudicarles; comenta que la sobredosificación está entre los efectos colaterales que más influyen para que se interrumpa el tratamiento. Blackwell (en Pucheu, 1984), afirma que en los esquizofrénicos dado el grado de permanencia en el tratamiento disminuye a medida que aumenta el período de remisión, y que la deserción aumenta cuando las consecuencias por disminuir la medicación no ocasionan consecuencias inmediatas: en otro estudio; Blackwell concluyó que la administración de varios medicamentos favorece el incumplimiento; en cambio los pacientes cooperan mejor si se les prescribe una sola dosis y de preferencia nocturna.

Por todos los resultados e investigaciones llevadas a cabo se puede observar una sobrevaloración de la capacidad del psicofármaco para resolver por sí mismo el padecimiento olvidando los factores psicológicos, sociales, ambientales, etc. del proceso salud-enfermedad, (Puente, Cicero, Karchmer, López, Pucheu, Domínguez, Sánchez, Ruíz, Cuevas, García, 1984).

En el mundo occidental la investigación biomédica es el modelo dominante para la comprensión de la enfermedad. Los méritos de este modelo y los avances que ha propiciado no necesitan discutirse. Sin embargo, muchos especialistas en salud cuestionan el modelo biomédico, no por su excelencia científica, sino porque a pesar de ser lineal, restrictivo y sobresimplificado, se le ha convertido en un imperativo cultural que transmite su propia ideología. En consecuencia, se han derivado los modelos medicopsiquiátricos que han avanzado de la teoría de la unicausalidad a la multicausalidad aceptando la intervención de factores biológicos, psicológicos y sociales, y por extrapolación analógica llevada demasiado lejos, el modelo se emplea para la explicación de todas las enfermedades mentales, a pesar de que se trata a los factores psicosociales como si fueran de la misma naturaleza que los factores biológicos, físicos y clínicos. Por tanto se favorece una limitación para comprender la interacción entre lo psicosocial y lo biológico; así, cuando las

conclusiones de los hallazgos de laboratorio se aplican a la realidad psicosocial, existe una diferencia básica de perspectiva, pues la experimentación toma como punto de partida aquello que en el ambiente físico, psicológico, social, económico, político y cultural es un punto de llegada.

Así es como el modelo médico tradicional, es el que realiza el diagnóstico de la enfermedad, Kety (1984), lo ha definido como un proceso que avanza desde el reconocimiento y la valoración de los síntomas a la caracterización de una enfermedad específica, en la cual, la etiología y la patogenia son conocidas, en cuanto al tratamiento es accional y específico. Sin embargo, esta situación ideal no ocurre en la mayoría de las enfermedades y mucho menos en las enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia. Además, el tratamiento exitoso de la enfermedad no tiene que depender necesariamente del conocimiento de su etiología, como lo demuestra la existencia de otro modelo médico psiquiátrico de empleo cotidiano, que es el curativo. En este modelo se emplean una serie de medias terapéuticas que empírica o experimentalmente han mostrado algún grado de eficacia; se acepta que la mayoría de las enfermedades mentales no pueden ser curadas; cuando más, lo que el psiquiatra puede hacer es aliviar el sufrimiento, controlar los síntomas, emplear su personalidad como un poderoso agente psicoterapéutico y evitar hacer daño al paciente.

La crisis de la medicina así como la de la psiquiatría, ha propuesto ante este problema la reducción en extremo, esto consiste en adherirse de manera estricta al modelo médico-biológico. Por lo que la enfermedad se define en términos de parámetros somáticos, los médicos no necesitan ocuparse de los factores psicosociales ya que quedan fuera de la responsabilidad médica.

Una alternativa viable consiste en el desarrollo de investigación multicéntricos y si es posible multinacionales, en los que los investigadores abordan un mismo problema, empleando definiciones operativas, métodos e instrumentos iguales, así como intercomunicación en el análisis de los datos.

En la praxis de la psiquiatría, la experiencia indica que respecto al pronóstico del paciente psiquiátrico resulta conveniente insistir en la necesidad de la organización de los servicios por niveles de atención, que ofrezcan continuidad en la supervisión preventiva del estado de salud; desvincular al paciente de su familia y que se involucre a ésta en el desarrollo del plan terapéutico; que se fomente en el paciente la autorresponsabilización y en la familia el compromiso

para con su enfermo; que en el tratamiento psicofarmacológico de sostén sea administrado al paciente la menor dosis y durante el menor tiempo, siempre y cuando esto sea compatible con el buen progreso clínico que participen en el tratamiento de múltiple impacto que se fundamenta en lograr, no solo la superación de la sintomatología, también favorece el desarrollo de la personalidad del paciente y su interacción con el medio.

El hecho de que un paciente no cumpla con las prescripciones del médico es un problema de importancia para los encargados de la etapa primaria de los servicios de salud mental. El no seguir el programa de tratamiento, como olvidar tomar el medicamento puede reducir considerablemente los beneficios terapéuticos. La falta de adherencia en el paciente puede impedir su recuperación de una enfermedad y puede alterar seriamente su salud. La falta de adherencia a las instrucciones del médico puede manifestarse como un problema para:

- 1.- Iniciar o continuar en un programa terapéutico.
- 2.- Acudir a las citas de seguimiento y supervisión.
- 3.- Tomar los medicamentos prescritos.
- 4.- Modificar, restringir o cambiar actividades en la persona como son el ejercicio físico, el consumo de tabaco y dieta.

El grado en el que el paciente cumpla o se adhiera a las prescripciones terapéuticas, sean de naturaleza médica o psicológico conductual, es un punto muy importante en la investigación contemporánea, particularmente en el área de la medicina conductual.

La falta de adherencia se refiere a la terminación (abandono, separación, distanciamiento) prematuro por parte del paciente de la terapia, al igual que la implantación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas. El papel de la adherencia es vital, ya que muchos procedimientos psicológico-conductuales incluyen pedirle al paciente que cumpla y ejecute tareas e instrucciones específicas (Dominguez, 1984).

Limitándose a los problemas de adherencia en el caso de las prescripciones médicas, Sitnson (en Dominguez, 1984) comenta que en la práctica médica los tratamientos que se proporcionan a los pacientes acaban convirtiéndose en autoadministración de drogas o medicamentos. Cuando esto ocurre, el paciente es el responsable del consumo de sus medicamentos, de la manera que le han sido prescritos, teniendo así autonomía en el manejo de su propio tratamiento.

El médico es responsable de los medicamentos y la cantidad que prescriba, pero no puede estar presente para controlar cómo son utilizados.

El éxito definitivo de cualquier tratamiento depende de la cooperación y cumplimiento del paciente con todos los aspectos del programa, el no cumplir representa un problema particularmente difícil cuando las intervenciones terapéuticas son conducidas en una modalidad ambulatoria.

En tales condiciones es imposible supervisar al paciente porque o sus familiares, deben asumir la responsabilidad para manejar la enfermedad o incapacidad.

Hasta hace poco tiempo el hecho de que el paciente cumpliera o no las instrucciones terapéuticas se conceptualizaba como otro "factor no específico", o como una variable fuera del control de la relación terapéutica; la única estrategia conductual específica utilizada en estos casos ha sido el "contrato de contingencias o conductual", en el que al cliente se le castiga o se le premia de acuerdo a la manera como cumpla o realice las conductas acordadas dentro de la relación terapéutica.

Debido a las dificultades que se tienen para lograr que los pacientes cumplan con los medicamentos, dietas y regímenes, se ha debido explorar cómo se conceptualiza la enfermedad y cual es la relación entre los síntomas o la ausencia de éstos con la conducta del paciente. Cuando una persona está enferma los síntomas determinan que reaccione y busque ayuda médica. Sin embargo no todas las enfermedades se presentan con síntomas. Si el paciente se adhiere a un programa de tratamiento depende en gran parte de que el alivio de los síntomas acompañe las conductas complejas asociadas con el cumplimiento. De acuerdo con Domínguez (1984) conceptualiza la enfermedad en 3 categorías:

1. Enfermedades en las cuales una exacerbación de los síntomas físicos va acompañada de un deterioro de la perturbación, la cual se reduce efectivamente por el cumplimiento o la adherencia a un régimen terapéutico (como tomar un antibiótico para aliviar la temperatura y el malestar de una infección).
2. Las enfermedades crónicas, cuyos síntomas son regularmente estables a pesar del régimen terapéutico.
3. Enfermedades que aparecen sin síntomas a pesar de su cronicidad y consecuencias futuras muy serias.

Se ubica la conducta de un individuo en el marco de las propiedades de "control de estímulos" de los síntomas es evidente que en la concepción

anterior del proceso de enfermedad no hay un reforzamiento semejante para mantener las conductas relacionadas con el cuidado o promoción de la salud. El retraso en el alivio de los síntomas puede animar al paciente a buscar una gratificación inmediata, tal como evitar los efectos colaterales desagradables de la medicación. La señal de los síntomas se afecta al igual que otras conductas sesadaptativas, por las consecuencias que le siguen.

La interpretación que el paciente haga de sus síntomas es importante también para comprender cómo influye éstos al reaccionar hacia los problemas relacionados con su salud. Las creencias acerca de la naturaleza de una enfermedad pueden influir en las acciones específicas que inicie el individuo. Kirscht y Rosenstock (en Domínguez, 1984) y sugieren que “ante la presencia de una amenaza, la acción preventiva es vista como eficaz y posible en relación al costo tolerable”. Esto quiere decir que los pacientes buscarán vacunas preventivas o tolerarán los efectos debilitantes de las radiaciones y la quimioterapia del cáncer si consideran la enfermedad como una amenaza personal real y sienten que obtendrán un beneficio del tratamiento.

Tomando en consideración numerosos estudios (Karchmer, 1984) que indica el bajo porcentaje de adherencia y cumplimiento a los programas médicos terapéuticos, un gran número de investigadores ha intentado identificar una variedad de factores sociales, psicológicos y físicos que pueden contribuir a/o predecir el incumplimiento de las indicaciones del médico. Haynes y Sackett (en Domínguez, 1984) hicieron una lista de aproximadamente 200 factores relacionados con el incumplimiento de los regímenes médicos mencionados en la literatura. De la complejidad de los tratamientos, la larga duración de los programas de tratamiento y las creencias del paciente acerca de la eficacia de la terapia, tienen una correlación positiva con la adherencia a las estrategias de tratamiento prescritas. Las características específicas del paciente como variables de la personalidad y un número considerable de factores demográficos (el estatus socioeconómico) no han mostrado una consistencia predictiva en la adherencia a los regímenes médicos.

Domínguez (1984) considera como factores que influyen a la adherencia los siguientes:

a) Complejidad de un programa. Los tratamientos que requieren alterar considerablemente los patrones establecidos en el comportamiento del paciente son probablemente los más difíciles de cumplir.

b) Efectos colaterales y aversivos (temblor, insomnio, rechazo al medicamento, etc.) Las prescripciones médicas pueden no cumplirse si las drogas o medicamentos prescritos producen efectos colaterales aversivos. Es más fácil seguir las indicaciones del médico cuando el medicamento proporciona algún "alivio".

c) Conocimiento o información acerca de la enfermedad. El conocimiento que se tenga acerca de una perturbación y de su tratamiento no asegura el cumplimiento o adherencia a un régimen médico. Las investigaciones mencionadas hasta aquí concluyen que el éxito de la terapia cognitivo-conductual radica en que se enfoca directamente al cambio de conductas relacionadas con la ingestión de medicamentos, más que a intentarlo indirectamente, proporcionando información y promoviendo cambios de actitud.

d) La relación terapeuta-paciente. Hasta hace algunos años, las formaciones de la relación terapéutica derivadas del condicionamiento operante (que tiene gran aceptación todavía entre muchos psicólogos) sugerían que el papel del terapeuta era "moldear automáticamente" la conducta deseable en el paciente empleando el "reforzamiento social diferencial". Estas definiciones reflejaban una metáfora poco afortunada basada en un estereotipo de terapeuta que lo concebía como una "máquina de reforzamiento social" o como un "ingeniero conductual". Sin embargo contra el modelo de causalidad que caracteriza al conductismo radical skinneriano, el control deliberado y público del terapeuta sobre el paciente es considerado en la actualidad como un mito. Las conductas interpersonales están recíprocamente determinadas y un paciente puede resistirse o neutralizar los intentos que haga el terapeuta para influir en él. En consecuencia, para que la terapia conductual sea exitosa se necesita asegurar la cooperación y participación del paciente en el proceso de cambio conductual.

La complejidad, la perdurabilidad o los posibles aspectos aversivos de un tratamiento pueden contribuir a la falta de adherencia a un régimen terapéutico. Para evitar el incumplimiento del paciente en estas condiciones, Zifferblatt (en Domínguez, 1984) propone que el incumplimiento a los regímenes médicos se aborde como un problema conductual.

Las expectativas del paciente y la adherencia

También las expectativas que abrigue el cliente-paciente contribuyen a determinar si se establece o no una adecuada adherencia terapéutica. Las expectativas del paciente juegan un papel importante al principio de una relación terapéutica ya que mantienen y generan conductas de enfrentamiento que moderan las expectativas de un paciente. La conducta humana se puede regular por las consecuencias inmediatas que por las diferidas. Sin embargo, el éxito de numerosos tratamientos depende de que se produzca un cambio en la regulación del comportamiento de consecuencias a corto plazo.

El paciente ingresa a un tratamiento terapéutico no sólo con expectativas sobre los posibles resultados sino también con la idea de lo que englobará el proceso terapéutico; las incongruencias entre lo que ellos esperan y reciben así, pueden impedir el progreso o disminuir la adherencia. Dunbard y Stunkard (en Domínguez, 1984) observaron que la adherencia era menor en los pacientes que tenían expectativas incongruentes entre su experiencia personal y el programa médico ofreciendo una serie de recomendaciones prácticas y específicas paara fomentar la adherencia en estos casos. En principio es deseable una estructuración adecuada del tratamiento.

La aplicación conjunta de métodos conductuales y procedimientos médicos ha resultado fructífera para reducir o eliminar los factores que exacerban las conductas sintomáticas y para aliviar los malestares que con frecuencia se derivan de las enfermedades corporales. Las respuestas que un individuo genera por estar enfermo, con frecuencia refuerzan su conducta. Esto produce una considerable dependencia del paciente hacia el personal que proporciona servicios de salud mientras más acepta estar enfermo o incapacitado, es más probable que su comportamiento se incline hacia la incapacidad, buscan oportunidades para retirarse de las actividades normales y de las responsabilidades de la vida cotidiana.

CAPITULO III

ACTITUDES DE LA FAMILIA

Conceptos y definiciones de actitud

El concepto de actitud constituye, sin duda, una de las nociones más características e importantes de la psicología. Su desarrollo y auge se debió a los estudiosos norteamericanos y, de acuerdo con la orientación predominante en ellos durante cierta etapa, mantiene un carácter “psicologista”. Sin embargo no quedó limitada a ese enfoque. El contacto con la antropología cultural y su creciente empleo en la investigación le hizo adquirir nuevas connotaciones.

Frente a la variedad de las acciones sociales siempre pareció necesario crear categorías que permitieran reducir la inagotable diversidad de la experiencia a tipos comunes, ¿al por qué hallan sus causas más generales? Dejando a un lado las explicaciones fundadas sobre factores biológicos, geográficos o físicos, interesan aquí las categorías de naturaleza mental, ya sean colectivas o bien individuales.

El estudio de la “actitud” es una de las áreas más importantes en la Psicología contemporánea. Al respecto de la “actitud” existen varias definiciones, sin embargo, sociólogos y psicólogos definen la actitud en términos de la posibilidad de la ocurrencia de una conducta específica en una situación específica. Como primer punto se expondrán definiciones de actitud para distintos autores.

Para Kimball (1970), una actitud es una forma de respuesta anticipada, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa. Una actitud permite predecir más fácilmente la tendencia del comportamiento que una mera opinión. Se considera una actitud como “un aspecto de la personalidad que implica estimar la conducta persistente y consecuente hacia un conjunto de situaciones u objetos relacionados, una clase hacia un conjunto de situaciones u objetos relacionados, puede haber un variado tipo de actitudes respecto a un mismo evento u objeto, debido a que las percepciones personalizadas del sujeto, en relación al objeto en cuestión son diferentes de sujeto a sujeto pues sus personalidades también difieren.

Según Dorsh (1985), el término actitud “indica una disposición compleja, adquirida, de relativa duración, a comportarse de un modo determinado. Designa un modo de ser enraizado en las capas profundas de la persona, que influyen decisivamente en las relaciones con ciertos objetos. Convicciones sentimentales, prejuicios y opiniones son expresión de esta modalidad anímica”.

La definición que proporciona este autor, de alguna manera, da elementos importantes acerca de la definición de actitud, a saber, nos habla de que es una forma de comportarse de un modo determinado que influye en las relaciones con los objetos y/o personas. Sin embargo, obviamente, no es suficiente el conformarse con lo que plantea.

Otra descripción de actitud es proporcionada por Bruno (1986), una actitud es una predisposición más o menos estable a reaccionar, sea de manera positiva o negativa, frente a determinadas categorías de personas o de objetos.

Triandis (1971) señaló que las actitudes representan “una consistencia en la respuesta a objetos sociales”.

English (1977), por su parte, considera a la actitud como un aspecto de la personalidad que implica estimar la conducta persistente y consecuente hacia un conjunto de situaciones u objetos relacionados; o sea, una clase determinada de objetos. Además hacen una aportación a la definición de actitud al considerar que es un estado de reacción persistente ante dicha clase de objetos no necesariamente como son, sino como el sujeto piensa o concibe que son. Esto es relevante ya que nos hace ver que puede haber un variado tipo de actitudes con respecto a un mismo evento u objeto debido a que las percepciones personalizadas del sujeto en relación al objeto en cuestión son diferentes de sujeto a sujeto pues sus personalidades también difieren.

El concepto de actitud en psicología

Concepciones introspectivas y conductismo junto con otras influencias que se encuentran de un concepto de excepcional importancia en la psicología de hoy: "actitud".

Antes de hablar de su desarrollo en el campo de las ciencias sociales cabe recordar que la psicología experimental hacia fines del siglo pasado creó y utilizó en la investigación conceptos semejantes. Todos ellos se referían en general a la "preparación de organismo para la acción". Fue así como se puso de relieve el significado de la preparación del sujeto para la acción voluntaria.

Por lo tanto lo que configura la acción subsiguiente al estímulo, encontramos un equivalente de la "actitud" y de otros términos análogos, tendencias determinantes, disposiciones mentales que después se generalizaron en psicología social.

Kimball (1970) menciona que las actitudes son los tipos de conducta que se dan en la realidad: son los fenómenos observables. Las actitudes de una persona en un determinado momento, son el resultado de su temperamento originario, de las definiciones de la situación proporcionadas por la sociedad durante el curso de su vida y sus personales definiciones de situación derivadas de la experiencia y la reflexión. El carácter del individuo depende de estos factores. Las actitudes son esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa. En este sentido, resulta mucho más dinámica y permite predecir más fácilmente las tendencias del comportamiento que una mera opinión o idea.

Es preciso señalar tres rasgos importantes propios de una actitud en primer lugar, si bien no deben ser confundidas con imágenes o ideas verbalizadas (palabras), las actitudes están generalmente asociadas a imágenes, ideas u objetos externos de la atención. En segundo lugar las actitudes expresan una dirección. Es importante decir, que no sólo señalan el comienzo de la respuesta manifiesta a una situación, sino que también imprimen dirección a esa actividad. Se caracterizan por implicar acercamiento o alejamiento, gusto o disgusto, reacciones favorables o desfavorables, amores u odios, y están dirigidas a situaciones específicas o generalizadas. En tercer lugar, las actitudes, están vinculadas con sentimientos y emociones. Asociaciones de agrado o desagrado respecto de un objeto o situación (miedo, enojo, amor, etc.) intervienen en las actitudes.

De acuerdo a Kimball (1970) las actitudes son hábitos internos en su mayor parte inconscientes, e indican las tendencias reales de la conducta manifiesta mejor que las expresiones verbalizadas que llamamos opiniones. Entonces, si se trata de predecir el comportamiento de un individuo es más importante conocer sus actitudes que conocer sus ideas u opiniones. Según Emerson “Lo que tú eres resuena con tanta fuerza en mis oídos que no puedo escuchar lo que dices”, en esta frase podemos darnos cuenta de la influencia de las actitudes antes que los meros verbalismos, en nuestros juicio sobre los demás.

Para Díaz Guerrero (1996) define a la actitud como un conjunto de premisas socioculturales que afectan el pensar, el sentir y la conducta del individuo. Por tal motivo, propone descubrir cuáles son dichas premisas (abnegación, obediencia, sacrificio, sumisión, dependencia, educación, cortesía, etc.) que influyen en el comportamiento de la familia.

Las actitudes ofrecen un indicio para desenredar la maraña de las motivaciones humanas. Con frecuencia así es como podemos definir una actitud como la tendencia disposición aprendida más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, positiva o negativamente, con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupos de personas.

Actitud y enfermedad mental

La enfermedad mental, la definiremos como un desequilibrio en las funciones mentales o psíquicas del individuo ocasionadas por un trastorno funcional; entonces se refiere a la historia personal del individuo que lo padece es decir a la educación que tuvo, el trato que recibió de su familia, las situaciones estresantes que haya vivido, etc.

La actitud hacia la enfermedad mental puede ser entendida en el contexto que previamente explicamos como el conjunto de ideas, afectos y acciones que una persona tiene para con un individuo que padece un trastorno mental, el cual ha alterado su propio pensamiento, afecto y conducta.

Es decir, se trata de una predisposición a comportarse hacia alguien que padece una psicopatología ya sea de manera condescendiente y de aceptación o de un modo rechazante y/o restrictivo.

Como antecedentes señalaremos la definición de “actitud hacia la enfermedad mental” que da Stefani (1977) la actitud hacia la enfermedad mental es una predisposición del individuo adquirida directa o indirectamente, que lo conduce a evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental. Esta predisposición en interacción con características, disposiciones y situaciones, lleva al individuo a actuar frente al trastorno psiquiátrico dentro de un continuo que varía desde una respuesta desfavorable hasta una netamente favorable.

Cabe mencionar que la actitud hacia la enfermedad mental, si bien ha sido estudiada en México, sólo se ha hecho en forma superficial por esto las investigaciones llevadas a cabo en torno a este tema no son suficientes.

Las pruebas que existen para medir la actitud hacia la enfermedad mental son pocas si las comparamos con las pruebas que miden inteligencia o personalidad.

El interés por estudiar las actitudes de la familia hacia su paciente psiquiátrico radica en conocer que relación existe entre las actitudes “deseables” que favorecen la rehabilitación del enfermo mental y las no “deseables” que favorecen la cronicidad del paciente psiquiátrico, conocer las actitudes de las familias que conviven cotidianamente con un enfermo mental, proporcionará datos que nos aproximen a una rehabilitación exitosa del enfermo mental.

CAPITULO IV

FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

Familia y enfermedad mental

Es imposible negar la influencia que la familia tiene sobre cada uno de sus miembros, a saber, los integrantes de la familia generalmente actúan y conviven entre sí alineados a normas establecidas en y desde el seno familiar ya sean implícitas o explícitas. Así pues, la familia se convierte en una especie de catalizador entre el individuo, su comportamiento y su rol social. Al decir rol social se refiere a los atributos que se le adjudican al individuo para desempeñar un trabajo o una actividad que le otorgue una posición social, cualquiera que ésta sea, y lo defina como ser humano productivo o improductivo, como sano o como enfermo.

Existen varias teorías acerca de la familia que la postulan como factor motivante y/o contribuyente de la enfermedad mental. Haciendo un recuento de estas teorías Mahler (1986) postula las etapas simbiótica y de separación-individuación como pasos normales en el desarrollo de todo niño; y que una deficiencia en alguna de estas etapas será la causa de la enfermedad mental. Menciona que el niño, establece una simbiosis, con la madre, que trasciende en intensidad y tiempo a lo que se espera, deviene en patología un modo de conducirse del niño en cuanto a su percepción del mundo exterior, de sí mismo y de sus relaciones interpersonales. De igual modo, si no se logra siquiera en un momento de la vida del infante un adecuado apego y lazo afectivo (simbiosis) con la madre, el efecto resultará en la incapacidad para relacionarse con los demás perpetuando los rasgos de una enfermedad mental.

Por lo mismo Mahler (1986) menciona que una individuación defectuosa o ausente se encuentra en el centro de una psicosis infantil así mismo que los diferentes tipos de psicosis en niños pueden ser entendidos como distorsiones psicopatológicas de las fases normales del desarrollo del yo y de sus funciones dentro de una relación primaria madre-hijo.

Jackson (1974), se manifiesta en favor de concebir a la familia como un factor que permite el origen y/o desarrollo de la enfermedad mental. Caparrós (1981), quien plantea lo que llama un "problema de vital importancia": la presencia de la familia en la formación del ser humano como instancia a la vez modeladora y deformante.

Retomando aspectos sociales y culturales, Ackerman (1969) toma en cuenta a la familia en el curso de una psicopatología y dice que la familia sirve a la

continuidad biológica al proporcionar un patrón grupal socialmente sustentado para que el hombre y la mujer se unan y puedan cuidar a sus hijos.

La familia es un plano universal de vida. Es la unidad del crecimiento y la experiencia, de realización y de fracaso, es también la unidad de la salud y de la enfermedad. Cumple dos funciones asegura la supervivencia y plasma la humanidad esencial del hombre. Más allá del fin primario de proteger la integridad biológica del individuo, la principal responsabilidad de la familia es la socialización de sus miembros. Allí donde fracasa la socialización, también fracasa la calidad humana de los miembros, como lo muestran clara y dramáticamente aquellas familias en las que el fracaso de la función socializadora se manifiesta en los hijos como víctimas de la enfermedad mental. Así el dar y recibir emociones en las relaciones familiares constituye el punto central de fuerzas que consolidan o destruyen la salud mental. La familia determina el destino emocional del hijo, afecta también el desarrollo emocional de los miembros adolescentes y adultos.

La estabilidad de la familia depende del complicado y sensible patrón del equilibrio e intercambio de emociones. La conducta de cada miembro se ve afectada por la conducta de los demás miembros.

De acuerdo a Ackerman (1986) podría pensarse que en familias donde hay un enfermo mental existe una tendencia hacia la morbilidad en los demás miembros del núcleo familiar, es decir, se pueden observar rasgos psicopatológicos en estos miembros que sin embargo no son tan agudos como en la psicopatología del paciente identificado.

Lara y Morfin (1995) en un estudio llevado a cabo con familias de pacientes psiquiátricos encontraron una asociación entre la dinámica familiar conflictiva, el trastorno de ansiedad, depresión grave en las familias de pacientes con dicho diagnóstico (en comparación de las familias de controles sanos) por lo que concluyen que existe una estrecha relación entre la psicopatología del paciente identificado y el tipo de interacción familiar y la hipótesis del por qué un paciente que es dado de alta, frecuentemente regresa al hospital después de haber estado en el seno familiar.

Lara (1995) señala que existe una real necesidad de que la familia del paciente se incluya en el proceso del tratamiento y rehabilitación del mismo para originar en estos familiares una actitud responsable para la atención del paciente una vez que haya sucedido la alta, de igual modo que se promueva una adecuada reinscripción al núcleo familiar y social al que pertenece.

Así es que la familia afecta considerablemente al miembro con enfermedad mental de manera que no sólo se puede producirla, sino que además parece en algunos casos, esforzarse para perpetuarla; este punto es crucial en la presente investigación ya que debido a esto, los reingresos al hospital o las recaídas pueden ser prevenidas si se trabaja con los familiares y las actitudes que éstos toman ante su paciente.

Hay autores que van más allá y señalan incluso que “el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia” (Minuchin, 1993).

Además de esto, es importante destacar que la afectación de la psicopatología sobre las relaciones interfamiliares, es decir, no sólo la familia afecta al paciente, sino que también el paciente con enfermedad mental afecta a los miembros de la familia.

Salleh (1994), realizó un estudio sobre la “carga” en familias malayas que cuidaban a un familiar con esquizofrenia; encontró una determinación en la prevalencia de afecciones neuróticas entre 210 sujetos quienes eran principalmente cuidadores de esquizofrénicos. En este trabajo 23% de los sujetos desarrollaron desórdenes neuróticos resultantes por estrés y cerca de la mitad de ellos tuvo depresión neurótica. Por su parte Escalante (1993) también reporta que existen afectos recíprocos de la enfermedad mental en un estudio donde hizo énfasis de estos efectos de la enfermedad mental sobre la familia. Esto da pauta para suponer un “círculo vicioso” en las relaciones de pacientes psiquiátricos y sus familiares.

Cabe destacar tres factores importantes en los que coinciden los autores previamente citados:

- 1) La familia contribuye y/o participa en la enfermedad mental de uno de sus miembros mediante sus procesos particulares y patológicos de interacción.
- 2) La enfermedad mental en un miembro de la familia al parecer contribuye al desarrollo de caracteres neuróticos y, por ende, patológicos de interacción.
- 3) La intervención con familiares puede ayudar a establecer relaciones interpersonales e intrafamiliares más sanas, de manera que los familiares no se vean tan afectados por la patología de uno de sus miembros y a su vez dicha intervención, puede servir para que este miembro enfermo encuentre un efectivo soporte en su familia.

Biagini (1994) en un estudio que hace sobre el paciente psiquiátrico y la relación de la dinámica familiar con éste, identifica tres causas etiológicas de la enfermedad mental generada en el medio familiar conforme lo postulan los primeros desarrollos teóricos sobre el tema de este modo:

1. La enfermedad mental se considera como producto de una alteración de la comunicación en el medio familiar.
2. La enfermedad mental se considera como resultante de una alteración en la estructura del pensamiento.
3. La enfermedad mental se considera como producto de las relaciones que se establecen en ciertas familias.

Los tres puntos anteriormente señalados podrían englobar las propuestas de Ackerman (1986), Minuchin (1977), además de que también se puede incluir la aproximación que hacen, al postular el término “madre esquizofrenizante” para tratar de comprender la etiología funcional de la esquizofrenia en función de las relaciones que el individuo tiene con su núcleo familiar donde se tomó únicamente a la madre como miembro importante de la familia que influye determinantemente sobre la salud mental de sus hijos, sin embargo, Davison (1983), en muchos estudios realizados sobre la familia de esquizofrénicos aporta dos conclusiones importantes:

1. Hay más conflictos entre los padres de esquizofrénicos (enfermos mentales) que entre los padres de los sujetos del grupo control.
2. Existe menos comunicación afectiva entre los padres de esquizofrénicos que entre los padres de los sujetos del grupo control.

Otro aspecto muy importante que se discrimina en estas conclusiones es que no sólo se trata del padre y/o de la madre, sino de la relación que existe entre ellos y, por ende, del clima afectivo familiar en el que el niño se desenvuelve.

Biagini (1994) concluye que hasta la fecha no se ha identificado ninguna variable singular del medio familiar como el factor necesario y suficiente en la etiología de la enfermedad mental. Se acepta, sin embargo, que se ha establecido una fuerte asociación entre variables descriptivas de características familiares y un brote en un miembro de la familia.

Esto nos muestra la existencia de la diversidad de teorías que tratan de explicar el origen de la enfermedad mental, por ejemplo, Grinspdon, (1972) citado en García (1996), menciona brevemente las explicaciones que dan cuenta de la enfermedad mental como un desorden del cerebro, como un

desorden metabólico y como un desorden funcional, sección donde habla sobre la interacción madre-infante.

Biagini (1994), existe una posibilidad de que el núcleo familiar desempeñe un papel preventivo en sus miembros de alto riesgo y/o un papel positivo en su rehabilitación.

Así pues, la variedad de tendencias epistemológicas sobre la génesis de la enfermedad mental, donde podemos ubicar dos grandes grupos el de etiología orgánica y el de etiología psicológica y su estudio, nos ayudan a comprender mucho mejor, y de manera más amplia esta enfermedad de características tan complejas. No podemos, por ende, tomar en cuenta un solo factor determinante ya que es innegable la alteración cerebral que presentan los enfermos mentales la tendencia hereditaria igualmente que el tipo de relaciones intrafamiliares que se asocian a la enfermedad mental; la línea de esta investigación se centra en la intervención con la familia del paciente psiquiátrico valiéndose del previo conocimiento de esas aproximaciones teóricas y empíricas con la finalidad de averiguar que influencia tiene la intervención psicológica sobre los familiares de pacientes psiquiátricos ya que, a su vez, la influencia de la familia sobre la enfermedad mental es un hecho observado ampliamente y aceptado tanto por los psicólogos como por los psiquiatras de la etiología de ésta última.

Respecto a esta influencia de la familia sobre la enfermedad mental, Eiguer (1989) señaló que las familias con un paciente psiquiátrico o psicótico son colectivamente psicóticas y propone, tratar a los miembros de dichas familias como grupos, por que sus modos patológicos de pensar, comunicarse afectos y fantasías solamente pueden ser revelados y diagnosticados en interacción, no individualmente, así este tipo de familias en su carácter regresivo expresa parcialmente las psicopatologías del paciente identificado.

Debido a esto Pacheco (1995) menciona que generalmente en familias donde hay un enfermo mental existe una tendencia hacia la morbilidad en los demás miembros del grupo familiar, es decir, que pueden observar rasgos psicopatológicos en estos miembros que sin embargo no son tan agudos como en la psicopatología del paciente identificado; por lo que nuevamente encontramos una estrecha relación entre la psicopatología del paciente identificado y el tipo de interacción familiar, por lo que resulta importante trabajar con los familiares de los enfermos mentales que acuden a los servicios que ofrece el centro de salud mental, mencionado también que un ambiente

familiar conflictivo favorece la enfermedad mental ocasionando cronicidad en el paciente psiquiátrico.

Es así como se ha planteado que la familia ciertamente, constituye un factor, ya sea contribuyente, causante o desencadenante de la psicopatología en el paciente identificado.

Así como la familia afecta considerablemente al miembro con enfermedad mental de manera que no sólo se la puede producir, sino que además parece esforzarse para perpetuarla.

Investigaciones recientes (Lara, 1995) ha encontrado indicadores que favorecen la rehabilitación de un paciente psiquiátrico a partir de trabajar directamente con la familia del mismo, considerando orientación e información acerca de la enfermedad de su paciente. Este punto es esencial en la presente investigación ya que los reingresos al hospital, las recaídas o la cronicidad del paciente psiquiátrico pueden ser prevenidas si se trabaja con los familiares y la importancia de conocer las actitudes que estos toman ante su paciente, tomando en cuenta el seguimiento o no de las instrucciones del tratamiento.

CAPITULO V

DIFERENCIAL SEMANTICO

Medición de actitudes

Osgood y sus colaboradores, en 1957 publicaron el libro intitulado: “La medición del Significado” y demostraron, que la escala denominada por ellos “el diferencial Semántico” podría servir para medir confiable y válidamente el significado subjetivo, personal y afectivo de los conceptos. Díaz Guerrero y Salas (1975) publican en México el libro “El Diferencial Semántico” (DS) fue fundamental para toda la investigación básica del instrumento, fue necesario que distintos países desarrollaran, el DS de cada uno de los lenguajes. Así es como ahora existen diferenciales semánticos del idioma francés, alemán, chino, yugoslavo, hindú; en total, alrededor de 30 diferenciales semánticos.

Se puede decir que el DS es un método para observar y medir el significado psicológico de los conceptos; aunque cada persona ve las cosas de una manera diferente todos los conceptos tienen algún núcleo de significado. Esto se observa en que la gente tiende a compartir las definiciones verbales y conductuales de las cosas. De esa manera se puede afirmar que todo concepto posee un significado cultural común. También tiene otros significados, algunos de los cuales son comunes a diversos tipos de personas y algunos son más o menos de idiosincrasia.

Anteriormente, el psicólogo se veía limitado en la medición de los significados por carecer de las herramientas adecuadas. Ahora bien, los problemas que surgen al tratar con otras variables como son la emoción y la inteligencia, ya que igualmente pueden ser evaluados.

Osgood (1957) desarrolló el DS, con el propósito de evaluar el significado que tiene un objeto para un sujeto, es decir, el significado connotativo de un concepto; propone la teoría del significado centrada sobre el proceso de mediación representacional donde supone que los signos tienen un carácter representacional, cuya naturaleza se aprende. No hay una conexión directa entre él y el objeto al cual representa, ya que el estímulo se convierte en signo en tanto provoca en el organismo ideas o pensamientos (disposiciones) de naturaleza semejante o igual a las producidas por el objeto significado. Tales pensamientos son estímulos mediadores entre el signo y el objeto representado; es decir, forman el significado del objeto.

Ahora bien, el concepto o signo se encuentra dentro del “Espacio Semántico” que está compuesto por un número determinado pero desconocido de factores o dimensiones del significado.

Después de muchos estudios Osgood llegó a la siguiente conclusión: el DS sería el índice para medir los procesos representativos en la conducta del lenguaje de acuerdo a las teorías de aprendizaje.

Es importante mencionar que el D.S no es un test psicológico en el sentido generalizado; es decir, un instrumento con un número definido de reactivos, clasificaciones y baremos específicos. Constituye pues una técnica ‘muy generalizada’ de medida” (Díaz, 1975). Que exige una adaptación de su forma y contenido según el tipo de problema a investigar.

Ni los conceptos que se evalúan ni las escalas bipolares pueden considerarse típicos ya que éstos dependen del estudio a realizar. Así por ejemplo, se pueden determinar diferencias del significado entre personas, grupos, culturas, etc., y se podrán hacer inferencias respecto de conductas frente a los objetos representados por signos. Así la medida del significado es una forma de medir la actitud.

El DS es esencialmente una combinación de asociaciones controladas y procedimientos en donde se le da al sujeto un concepto y un grupo de escalas de adjetivos bipolares, con los que va a juzgar y el tiene que indicar para cada escala la dirección de su asociación y su intensidad en la escala bipolar.

Así pues, el D. S. consta de varias escalas (cada una de las cuales es un par de adjetivos bipolares) escogidos entre muchos para un determinado propósito de investigación y de los conceptos que deben evaluarse con ellos. Las escalas o adjetivos suelen ser escalas estimativas de siete puntos, cuyo origen fue determinado empíricamente. En otros términos, cada una mide uno y a veces dos de los factores o dimensiones básicas en las que según los hallazgos de Osgood se basan las escalas y éstas son:

- 1) Evaluación
- 2) Potencia
- 3) Actividad

y a estos factores (EPA) se les describe como:

- 1) Evaluación: Está formado por adjetivos de carácter evaluativo, que permiten al sujeto valorar el concepto, tales como: bueno-malo, bonito-feo, agradable-desagradable, etc.

2) Potencia: son aquellos adjetivos que le dan al sujeto una idea de fuerza o poder, como son: fuerte-débil, tosco-delicado, etc.

3) Actividad: son adjetivos que expresan al sujeto una idea de movimiento, como: rápido-lento, agradable-desagradable, etc.

Con algunas medidas de clase pueden obtenerse con gran economía medidas confiables relativas a la persona que responde. Lo común es que un concepto se clasifique en varias escalas asociadas con una sola dimensión y que los resultados se promedien para obtener un porcentaje de factor correspondiente a cada dimensión. Las medidas (EPA) son especialmente adecuadas cuando el interés del investigador se centra en respuestas afectivas.

El DS ha sido usado como medida de actitud en múltiples proyectos. Osgood (1957) publicó estudios exploratorios en los cuales se usó el DS para calcular el cambio de actitud como resultado de un gran número de programas.

El factor evaluativo del DS parece encontrar todos los criterios para una adecuada medida de actitud. La actitud la identificamos como una de las más grandes aportaciones del significado en general y para extender los procedimientos del DS hacia una importante área social, así como en la clínica.

Se ha dicho que las actitudes son aprendidas e implícitas, son estados del organismo, adquiridos de la misma manera que otras actividades internas son adquiridas.

Deben cubrirse ciertos requisitos para trabajar adecuadamente con el DS. Estos son metodológicos, escalares, estadísticos y prácticos, y se pueden sintetizar como:

1) Selección de escalas bipolares.

2) Procedimiento y recolección de datos y presentación del instrumento.

3) Tratamiento y análisis estadístico de los datos.

1. Seleccionar conceptos que guarden relación con el problema a investigar.

Hay dos requisitos que rigen la selección y empleo de los conceptos:

a) Suscitar cierta respuesta en los sujetos para producir una varianza entre ellos.

b) Que abarquen cierto grado de espacio semántico.

En esta investigación se optó por utilizar en su mayoría escalas evaluativas por estar más relacionadas al problema de investigación.

2. El instrumento se presenta con adjetivos bipolares separados entre sí por siete espacios semánticos, cuyo valor es:

$$\frac{+3}{\text{muy}} : \frac{+2}{\text{bastante}} : \frac{+1}{\text{ligero}} : \frac{0}{\text{neutro}} : \frac{1}{\text{ligero}} : \frac{2}{\text{bastante}} : \frac{3}{\text{muy}}$$

La actitud del sujeto se toma como favorable si cae hacia el polo +3 o desfavorable hacia -3; si la puntuación cae en la escala de origen 0, es definida como un índice de neutralidad de la actitud. La intensidad de la actitud es indicada mediante qué tan lejos del punto neutro se encuentra la puntuación.

El significado tiene una localización en el espacio semántico; por lo tanto, es cierto que diferentes actitudes impliquen diferentes conductas hacia los objetos significantes.

3. El tratamiento estadístico depende del tipo de diseño y del nivel de medidas de las variables.

El DS se ha utilizado básicamente en cuatro campos de la Psicología:

- a) Medición de Actitudes
- b) Investigación Transcultural
- c) Area Social
- d) Area Clínica

La Elaboración del Diferencial Semántico en México: Díaz Guerrero ha dirigido varias investigaciones utilizando el DS en México, y después de estandarizar una serie de sustantivos y realizar la construcción de escalas bipolares, obtuvo una lista de 60, donde la estructura (EPA) aparece claramente diferenciada y crea "El Diferencial Semántico del Idioma Español".

Con base en la técnica de Osgood y tomando en cuenta la estandarización de las escalas bipolares de Díaz Guerrero se elaboró el grupo de reactivos para esta investigación (ver anexo)

Osgood dio a conocer los primeros planteamientos sobre la naturaleza multidimensional del significado connotativo en un artículo publicado en 1952, en el que formuló los aspectos teóricos esenciales y presentó los primeros datos de la experimentación (Osgood, 1952), desarrolló un procedimiento estadístico basado en un modelo geométrico apropiado para calcular las relaciones entre variables semánticas, utilizando la similitud de perfiles entre conjuntos de medidas y la diferencia entre medias de puntuaciones. Este procedimiento se conoce como método de la diferencia (Osgood, 1952).

METODO

Justificación

Dentro del programa de rehabilitación psicosocial que se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, surgió la necesidad de trabajar con los familiares de los pacientes que son atendidos por la división de psiquiatría y conocer cuales son las actitudes que tienen hacia sus enfermos tomando en cuenta el tipo de adherencia al tratamiento, hipotetizando que este factor favorece una actitud positiva hacia el paciente.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la relación entre la actitud favorable o desfavorable de los familiares de pacientes psiquiátricos con buena o mala adherencia terapéutica?

Objetivos

Objetivo general: Estudiar la relación entre buena o mala adherencia terapéutica y la actitud de la familia hacia su paciente psiquiátrico.

Objetivo específico: Comparar los resultados obtenidos en la escala de actitudes de los familiares de pacientes psiquiátricos con buena o mala adherencia terapéutica.

Planteamiento de hipótesis

Hipótesis conceptual: Existe relación entre una actitud favorable y la buena adherencia terapéutica, que permite una adecuada rehabilitación del paciente; y actitud desfavorable corresponde una mala adherencia terapéutica que provoca la cronicidad de la enfermedad del paciente.

Ha: Existe una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos de los familiares de pacientes psiquiátricos con buena adherencia terapéutica y con mala adherencia terapéutica.

Clasificación de variables

- Variable independiente: Adherencia terapéutica (buena o mala)
- Variable dependiente: Actitud de los familiares (favorable o desfavorable)

Definición de variables

Variable independiente: Adherencia terapéutica

Definición conceptual: Se le llama al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico y/o equipo de salud (tratamiento farmacológico, asistencia a consultas, realizar todas las indicaciones dadas). Siendo buena cuando un paciente reúne estas características, y mala si no las reúne (Puente, 1990).

Variable dependiente: Actitud de los familiares

Definición conceptual: Una actitud es una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa. Una actitud permite predecir más fácilmente las tendencias del comportamiento que una mera opinión o idea. (Kimball, 1970).

Variable independiente: Adherencia terapéutica

Definición operacional: Se refiere a la definición que del paciente hará el médico encargado del programa de Rehabilitación Psicosocial.

Variable dependiente: Actitud de los familiares

Definición operacional: Será medida a través de la "escala de actitudes".

Para esta investigación se consideraron como variables orgánicas (Zinzer, 1995) los siguientes datos sociodemográficos: Parentesco, edad, género, escolaridad, nivel socioeconómico y ocupación.

Definición conceptual: Los datos sociodemográficos sirven para conocer las características generales de la población con la cual se realizará la investigación.

Definición operacional: Serán registrados por medio de un cuestionario en el que se preguntará: Parentesco, edad, escolaridad, nivel socioeconómico y ocupación. (Ver anexo 4)

Control de variables

Sujetos: se seleccionaron 60 sujetos, 30 en para cada grupo, los cuales tendrán algún parentesco con el paciente, siendo de nivel socioeconómico de medio a bajo, en edades entre 25 y 65 años, nivel de escolaridad mínimo de primaria y cuenten con ocupación y/o trabajo en el momento que se le aplicó la “escala de actitudes”.

Diseño y tipo de investigación

Diseño de investigación: no experimental, ya que se realizó sin manipular deliberadamente la variable independiente. Lo que se hizo fue observar un fenómeno tal y como se dio en su contexto natural, para después analizarlo.

Tipo de investigación: transversal y confirmatorio, ya que el interés fue recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Confirmatorio ya que se verificó si es cierta o no la relación entre las variables ya mencionadas.

Muestra

Para el presente estudio se utilizaron 60 sujetos divididos en dos muestras no probabilísticas de tipo dirigido. Cada muestra estuvo integrada por 30 sujetos con las siguientes características:

- 1) Que a la persona que se le aplicó la escala tuviera un familiar referido por el médico como un paciente con buena o mala adherencia terapéutica.
- 2) Que dicha persona tuviera algún parentesco con el paciente.
- 3) Nivel socioeconómico medio o bajo
- 4) Edad entre 25 y 65 años
- 5) Escolaridad mínima primaria
- 6) Tener alguna ocupación y/o trabajo

Instrumentos

Escala de actitudes de Díaz Guerrero: Dicha escala es tomada del Diferencial Semántico de Osgood (1957) estandarizada para México por Díaz Guerrero (1979).

Confiabilidad. Osgood, para el caso del diferencial semántico, distingue tres aspectos de la confiabilidad: (a) Confiabilidad del ítem, (b) confiabilidad del puntaje de factor, y (c) Confiabilidad del significado del concepto. La técnica más utilizada para obtener el nivel de confiabilidad de una medida ha sido aplicar, con intervalos de tiempo variable, el mismo instrumento a los mismos sujetos, técnica que se conoce como test-retest. Utilizando este procedimiento, Osgood (1957) encontró un nivel de confiabilidad de 0.85.

Validez. En el caso del diferencial semántico se hablaría de validez si los resultados del diferencial se correlacionaran significativamente con un criterio externo de significado. Debido a que en el caso específico del significado es difícil encontrar criterios externos con los cuales se puedan comparar los resultados obtenidos en un diferencial semántico, ha sido necesario aproximarse al problema de la validez aparente que consiste de modo esencial comparar los resultados obtenidos por medio del instrumento con la forma en que la mayoría de las personas analizan este fenómeno. Entre mayor sea la semejanza de las agrupaciones, mayor es la validez del instrumento. Los estudios de validez de sentido de correspondencia entre los resultados logrados con el DS y las agrupaciones de términos realizadas por los sujetos.

Evaluación. La evaluación se realizó para cada una de las escalas (preguntas relacionadas a la relación con su paciente). Este instrumento se presenta con adjetivos bipolares separados entre sí por siete espacios semánticos cuyo valor es:

-3	-2	-1	0	1	2	3
muy	bastante	ligero	neutro	ligero	bastante	muy

La actitud del sujeto se toma como favorable si cae hacia el polo 3 y desfavorable hacia el -3; si la puntuación cae en la escala de origen 0, es definida como un índice de neutralidad de la actitud.

Finalmente se obtuvieron los promedios en cada escala por grupos y estos datos se sometieron a análisis estadístico.

Procedimiento

Se entrevistó a los familiares que asistieron al programa de Rehabilitación Psicosocial y que su paciente haya estado hospitalizado en la división de Psiquiatría en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, tras confirmar que poseía los criterios de selección se le preguntó: parentesco con el paciente, nivel socioeconómico, edad, escolaridad y ocupación.

Después se procedió a aplicar el cuestionario “escala de actitudes”. Se realizó en una sesión por familiar con duración aproximada de 1:00 hr.

Instrucciones

“A continuación se le presentarán una serie de preguntas en relación a su familiar, en las que usted contestará tachando la categoría que le presentamos se acerca más a lo que usted piensa” aclarándole que no existen respuestas buenas ni malas sino la que considere adecuada. Finalmente se le agradeció su participación.

Análisis estadístico

Una vez obtenidas las muestras se procedió a la codificación y calificación de los datos. Estos se procesaron de acuerdo a la prueba estadística U de Mann-Whitney, que propone que cuando se ha logrado por lo menos, una medida ordinal, la prueba U de Mann-Whitney es apropiada para probar si dos grupos independientes han sido tomados de la misma población. Es una de las pruebas no paramétricas más poderosas y constituye la alternativa más útil ante la prueba paramétrica t cuando el investigador desea evitar las suposiciones que ésta exige o si la medición en la investigación es más vaga que la escala de intervalo. El criterio es: si el valor observado de U tiene una probabilidad asociada igual o menor que alfa, se rechaza H_0 (Siegel, 1994).

El análisis de frecuencia se realizó para poder estudiar las características generales de los grupos (parentesco con el paciente, nivel socioeconómico, edad, escolaridad y ocupación), a que porcentaje equivalen de la muestra total y finalmente conocer como se distribuye la muestra.

RESULTADOS

Resultados sociodemográficos

En los resultados respecto al género de los familiares, se encontró 70% mujeres y 30% hombres para el grupo de adherencia terapéutica y 90% mujeres y 10% hombres para el grupo de no adherencia terapéutica (Anexo 1, gráfica 1).

En cuanto al nivel socioeconómico el grupo de adherencia terapéutica 80% con nivel socioeconómico bajo y 20% con nivel medio; el grupo de no adherencia terapéutica con 63% nivel bajo y 36.6% nivel medio (Anexo 1, gráfica 2).

Respecto a la edad de los familiares con adherencia, observamos al 23.3% con edades entre 25-30 años, 30% con edades entre 31-40 años, 26.6% con edades entre 41-50 años, el 16.6% con edades entre 51-60 años y 3.3% con edades entre 61-65 años; el grupo de no adherencia con 6.6% en edades entre 25-30 años; 23.3% con edades entre 31 y 40 años, 30% con edades entre 41-50 años, 23.3% con edades entre 51-60 años y 16.6% con edades entre 61-65 años (Anexo 1, gráfica 3).

Respecto al nivel de escolaridad encontramos para el grupo de adherencia, 16.6% con primaria incompleta, 10% con primaria, 3.3% con secundaria incompleta, 13.3% con secundaria completa, 16.6 con bachillerato o carrera técnica incompleta, 20.0% con bachilletato o carrera técnica, 3.3% con licenciatura incompleta y 16.6% con licenciatura; en el grupo sin adherencia encontramos 30% en primaria incompleta, 26.6% con primaria, 3.3% con secundaria, 3.3% con bachillerato incompleto y 3.3% con bachillerato o carrera técnica completa (Anexo 1, gráfica 4).

Los resultados de ocupación de los familiares fueron: 43.3% hogar, el 13.3% comerciantes, el 6.6% son estudiantes, el 6.6% profesionistas, el 20% son empleados, el 6.6% son pensionados y el 3.3% son campesinos en el grupo de adherencia terapéutica y los de no adherencia el 60% son amas de casa, el 20% son empleados, el 10% son comerciantes, el 3.3% profesionistas, 3.3% obreros, y 3.3% campesinos (Anexo 1, gráfica 5).

Los resultados que se encontraron con respecto al parentesco son los siguientes: para el grupo de adherencia 30% son madres, 26.6% conyuge, 16.6% hermanos, 3.3% tíos, 3.3% primos, 3.3% cuñados y 13.3% padres; para el grupo de no adherencia el 53.3% son madres, 10% conyuge, 20% hermanos, 3.3% tíos, 6.6% cuñados, 3.3% padres y 3.3% hijos (Anexo 1, gráfica 6).

Frecuencia de respuesta por reactivo

“Mi paciente habitualmente es” se encontró la mayor frecuencia de respuesta en las categorías excelente, agradable, afectuoso, trabajador, amable, responsable, activo y educado, así como una alta frecuencia en las respuestas neutrales para ambos grupos (Anexo 2, tabla 1).

“Cuando mi paciente esta enfermo es”, se encontro la mayor frecuencia de respuestas en las categorías pésimo, desagradable, indiferente, perezoso, descortés, irresponsable, pasivo y grosero para ambos grupos (Anexo 2, tabla 2).

“Cuando mi paciente toma el medicamento es”, las familias con adherencia terapéutica tienen frecuencias mas altas en las categorías excelente, agradable, afectuoso, trabajador, amable, responsable, activo y educado; y las familias de no adherencia muestran frecuencias más altas en actitud neutral (Anexo 2, tabla 3).

“La enfermedad es”, se encontraron las frecuencias más altas en las categorías pésimo, desagradable, indiferente, perezoso, descortés, irresponsable, pasivo, y grosero para ambos grupos (Anexo 2, tabla 4).

“El Instituto de Neurología es” se encontraron las frecuencias más altas en las categorías excelente, agradable, afectuoso, trabajador, amable, responsable, activo y educado para ambos grupos (Anexo 2, tabla 5).

“Las enfermeras que atienden son” se encontraron las frecuencias más altas en las categorías excelente, agradable, afectuoso, trabajador, amable, responsable, activo y educado en ambos grupos de familiares (Anexo 2, tabla 6).

“Los doctores que atienden son” se encontraron las frecuencias más altas en las categorías excelente, agradable, afectuoso, trabajador, amable, responsable, activo y educado en ambos grupos de familiares (Anexo 2, tabla 7).

“Las pláticas de orientación son” se encontraron las frecuencias más altas en las categorías excelente, agradable, afectuoso, trabajador, amable, responsable, activo y educado en ambos grupos de familiares (Anexo 2, tabla 8).

“Mi familia es” se encontraron las frecuencias más altas en las categorías excelente, agradable, afectuoso, trabajador, amable, responsable, activo y educado para las familias con adherencia; en las familias de no adherencia terapéutica encontramos la mayor frecuencia en los extremos hacia las categorías favorables y en las respuestas neutrales. (Anexo 2, tabla 9).

“La relación de mi familia con mi paciente es” se encontró que tanto en el grupo de adherencia como en el de no adherencia sus frecuencias más altas se encuentran en las categorías excelente, agradable, afectuoso, trabajador, amable, responsable, activo y educado aunque existe mayor frecuencia de respuesta en el primer grupo (adherencia) que en el segundo (no adherencia) distribuyéndose las frecuencias del segundo en una actitud neutral (Anexo 2, tabla 10).

Análisis estadístico

Se encontraron diferencias entre el grupo de adherencia terapéutica y el de no adherencia terapéutica estadísticamente significativas en las siguientes preguntas:

“Mi paciente habitualmente es” en la escala bipolar Trabajador-Perezoso con un valor de significancia de 0.05 (Anexo 2, tabla 1).

“Mi paciente cuando está enfermo es” no se encontraron diferencias significativas (Anexo 2, tabla 2).

“Cuando mi paciente toma el medicamento es”, se encontraron diferencias en todas las escalas polares con un valor de significancia de 0.05 (Anexo 2, tabla 3).

“La enfermedad es”, no se encontraron diferencias significativas (Anexo 2, tabla 4).

“El Instituto de Neurología es” no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Anexo 2, tabla 5).

“Las enfermeras que atienden son” no se encontraron diferencias significativas (Anexo 2, tabla 6).

“Los doctores que atienden son” en la escala bipolar Excelente-Pésimo con un valor de significancia de 0.05 (Anexo 2, tabla 7).

“Las pláticas de orientación son” no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Anexo 2, tabla 8).

“Mi familia es” se encontraron diferencias en las escalas “Afectuoso-Indiferente”, en la escala “activo-Pasivo” y en “Grosero-Educado” con un valor de significancia de 0.05 (Anexo 2, tabla 9).

“En la relación de mi familia con mi paciente” se encontró diferencia en todas las escalas polares con un valor de significancia de 0.05 (Anexo 2, tabla 10).

Actitudes encontradas por valor de factor

En la pregunta “Mi paciente habitualmente es” encontramos que las familias con adherencia muestran una actitud bastante favorable (de acuerdo a los criterios utilizados por Díaz Guerrero) y las familias sin adherencia terapéutica muestran una actitud ligeramente favorable, excepto en el par bipolar “Desagradable-Agradable” (Anexo 3, gráfica 1).

En la pregunta “Cuando mi paciente está enfermo” muestra que las familias con adherencia tienen una actitud ligeramente desfavorable, excepto en el par polar “Activo-Pasivo”; en las familias sin adherencia terapéutica ligeramente desfavorables y bastante desfavorables (Anexo 3, gráfica 2).

En la pregunta “Cuando mi paciente toma el medicamento” las familias con adherencia muestran actitudes ligeramente favorables, excepto en las escalas polares “Activo-Pasivo” y en “Responsable-Irresponsable” que son bastante favorables; las actitudes de los familiares sin adherencia se muestran ligeramente desfavorables excepto en el par polar “activo-pasivo”, que se muestra ligeramente favorable (Anexo 3, gráfica 3).

En la pregunta “La enfermedad es” las familias con adherencia muestran una actitud muy desfavorable, excepto en el par polar “pésimo-Excelente” que se muestra una actitud bastante desfavorable; y en las familias sin adherencia terapéutica muestran una actitud muy desfavorable (Anexo 3, gráfica 4).

En la pregunta “El Instituto de Neurología es” las familias con adherencia muestran una actitud bastante favorable excepto en el par polar “Responsable-Irresponsable”, que se muestra ligeramente desfavorable; y las familias sin adherencia muestran actitudes bastante favorables (Anexo 3, gráfica 5).

En la pregunta “Las enfermeras que atienden son” se encontró que las familias con adherencia muestran una actitud bastante favorable; y las familias sin adherencia muestran actitudes ligeramente favorables, excepto en las

escalas “Descortes-Amable” y en “Afectuoso-Indiferente” que muestran una actitud bastante favorable (Anexo 3, gráfica 6).

En la pregunta “Los doctores que atienden son” se encontró que las familias con adherencia tienen actitudes bastante favorables; y las familias sin adherencia muestran actitudes iguales (Anexo 3, gráfica 7).

En la pregunta “Las pláticas de orientación son” las familias con adherencia muestran actitudes bastante favorables excepto en la escala “Pésimo-Excelente”; y en las familias de no adherencia observamos actitudes ligeramente favorables (Anexo 3, gráfica 8).

En la pregunta “Mi familia es” las familias con adherencia muestran actitudes bastante favorables; y las de no adherencia muestran actitudes ligeramente desagradables en el par polar “Descortes-Amable”, actitud neutral en el par polar “Irresponsable-Responsable”, y actitudes ligeramente favorables en el resto de los pares polares (Anexo 3, gráfica 9).

En la pregunta “La relación de mi familia con mi paciente es” muestran que las familias con adherencia tienen actitudes bastante favorables; y en las familias sin adherencia actitudes ligeramente favorables, excepto en la escala polar “Responsable-Irresponsable” que muestra una actitud neutral (Anexo 3, gráfica 10).

DISCUSSION

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes preguntas:

“Mi paciente habitualmente es” en la escala bipolar Trabajador-Perezoso.

“Los doctores que atienden son” en la escala Excelente-Pésimo.

“Cuando mi paciente toma el medicamento es”, se encontraron diferencias en todas las escalas polares.

“Mi familia es” se encontraron diferencias en las escalas “Afectuoso-Indiferente”, en la escala “Activo-Pasivo y en “Grosero-Educado”.

“La relación de mi familia con mi paciente” encontramos diferencias en todas las escalas polares.

Por lo tanto solo en estas preguntas podemos decir que existe una diferencia en las actitudes de los familiares de pacientes con adherencia terapéutica (FPA) y los familiares de pacientes sin adherencia terapéutica (FPSA).

Se encontró que el grupo (FPA) tiende a mostrar una actitud bastante positiva hacia su familiar (de acuerdo a los puntajes obtenidos por calificación de factor), los datos muestran una relación más agradable, afectuosa, responsable y activa, a diferencia del (FPSA), que sus actitudes son ligeramente positivas, por lo que podría ser que la adherencia sea un factor que influya directamente en la rehabilitación de un paciente psiquiátrico.

Cabe señalar que existen diferencias cualitativas evidentes en cuanto a la actitud de la familia hacia su paciente “cuando está enfermo” y “cuando toma el medicamento” en donde se observan diferencias en las actitudes que son desfavorables en el primer caso y favorables cuando sigue el tratamiento farmacológico; confirmando la importancia del apego al tratamiento.

Encontramos que dicho apego favorece las actitudes de la familia hacia su enfermo, creando, un soporte familiar favorable permitiendo reincorporar al paciente a su vida cotidiana, no solo familiar, sino social, laboral y cultural.

Se encontró que ambos grupos de familiares se encontró que en la mayoría de las preguntas se muestran de neutral a favorable respecto a la institución, al cuerpo médico, de enfermería y de trabajo social que son los encargados de informar a los familiares el estado de su paciente, cuidarlo y atenderlo.

Podríamos suponer que el familiar de un paciente psiquiátrico deposita expectativas acerca de la curación de su paciente en el lugar que está siendo

atendido, dejando parte de la responsabilidad de la familia en el equipo de salud.

Los resultados encontrados respecto a las actitudes de la familia hacia su paciente psiquiátrico y de la familia misma nos muestra una diferencia tanto cuantitativa como cualitativa respecto a sus actitudes, con lo cual podemos decir que efectivamente las (FPA) tienen una relación más agradable, afectuosa, activa y responsable. Respecto a su paciente favoreciendo así su rehabilitación y una mejor calidad de vida. Que un ambiente con una dinámica familiar favorable contribuye en gran parte a la reintegración del paciente a su medio Pacheco (1995) y Espinosa (1997).

Una situación que no se tenía contemplada dentro de la investigación fue la labilidad emocional de los familiares al preguntar sobre la dinámica de la familia y la relación con el paciente, al preguntar cuál era el motivo de dicha respuesta, comentaron que los grupos de apoyo eran "buenos" pero que sentían la necesidad de atención y de que alguien los "escuchara". Referente a esto se encontró que las actitudes de los familiares hacia las pláticas de información y orientación (trabajo social) son ligeramente favorables, aunque la información parece no llegar con el impacto que debiera a los familiares, que confirma la deserción a estos grupos de apoyo encontrado por Mendizabal (1997). Respecto a las actitudes encontradas con respecto al personal médico y de enfermería fueron favorables por lo que es importante todo el personal que trabaja con el paciente psiquiátrico cuenten con las herramientas para favorecer la rehabilitación del mismo y orientar adecuadamente a la familia, aprovechando que el familiar tiene una actitud positiva hacia el y reforzar las actitudes de los familiares acerca de su apego al tratamiento por medio de estos grupos de apoyo (Lara, 1995) favoreciendo la rehabilitación del paciente, evitando recaídas continuas y la cronicidad de la enfermedad.

Se confirma el resultado de Saraceno (1992) cuando menciona que motivar al paciente a que realice cualquier actividad y/o trabajo le permitirá reintegrarse a su vida cotidiana evitando la sobreprotección o descuido, esto ha funcionado con éxito y los datos encontrados en esta investigación muestran la importancia de una actitud activa del familiar con respecto a la enfermedad mental favorecen la adherencia.

Espinosa (1997) menciona que los familiares con una pobre adherencia terapéutica tienen respuestas pasivas ante una situación de estrés, por lo tanto

el abandono al tratamiento médico, psicológico y de apoyo es común en este tipo de familiares. Por los resultados obtenidos en esta investigación se encontró que las actitudes que favorecen la cronicidad del paciente, pueden ser la pasividad, la irresponsabilidad y la pereza; por lo tanto podría pensarse que modificar dichas respuestas pasivas favorecería la rehabilitación del paciente.

La Rehabilitación psiquiátrica, considera el medio ambiente, la familia y el paciente como un todo, en donde el enfermo mental se desenvuelve generalmente con gran desventaja y desigualdad evidente ante sus familiares "normales" y el entorno social los cuales deben tomarse en cuenta para un tratamiento realmente integral.

Respecto a los datos sociodemográficos se obtuvo con respecto al género que la frecuencia de mujeres es mayor a la de hombres tanto en el grupo de adherencia como en el grupo de no adherencia, coincidiendo con Cardoso y cols, (1995): la mayor asistencia a los servicios de psiquiatría es primordialmente mujeres que realizan el rol de cuidador primario.

Respecto al nivel socioeconómico de la muestra se observa tanto en el grupo de adherencia como en el de no adherencia que el mayor porcentaje lo ocupa el nivel socioeconómico bajo; de acuerdo a la muestra estudiada no es el factor económico una razón que impida o favorezca la rehabilitación del paciente.

Respecto a la escolaridad se encontró que las familias con adherencia terapéutica, la mayor frecuencia se encuentra en nivel Bachillerato o carrera técnica a diferencia de los familiares de no adherencia los cuales su mayor porcentaje se encuentra en educación primaria, con lo cual se confirma la importancia del nivel de escolaridad como un factor para la rehabilitación del paciente y siendo, realizar programas de educación para la salud dirigidos al tipo de la población al cual se dirigirá, adaptándose a las características de la misma.

En los resultados obtenidos con respecto a la ocupación se encontró que la mayoría de la muestra su principal ocupación es el hogar, notando en el grupo de no adherencia una prevalencia mayor a las actividades de casa y como segunda ocupación mas frecuente es cualquier tipo de empleo en donde muestran la misma frecuencia ambos grupos.

Cabe señalar que las características sociodemográficas están directamente ligadas con la variable adherencia terapéutica, que aunque dichas

características no fueron el problema de investigación arrojaron datos que podrían ser útiles para diseñar programas de educación para la salud dirigidos de a familiares tomando en cuenta las características sociodemográficas.

CONCLUSIONES

Después de los resultados obtenidos podemos concluir que existen diferencias estadísticamente significativas en las familias con adherencia y sin adherencia, respecto a sus actitudes hacia su paciente cuando toma el medicamento y en la relación que establece con este.

Concluimos que específicamente existen diferencias en las actitudes hacia su paciente psiquiátrico cuando toma o no el medicamento, confirmando la importancia de reforzar la adherencia terapéutica en el tratamiento de pacientes psiquiátricos.

En cuanto a los resultados obtenidos de acuerdo a las categorías propuestas por Díaz Guerrero, los familiares muestran una actitud negativa hacia su paciente cuando esta enfermo y positiva cuando no lo está, lo cual se confirma cuando se les preguntó cual era su actitud con respecto a la enfermedad sus respuestas son muy negativas las cuales se observan ligeramente y bastante positivas cuando su paciente toma el medicamento lo cual nos confirma nuevamente el reforzar constantemente al familiar y al paciente del no abandono del tratamiento farmacológico y de asistencia.

Podemos suponer que la actitud favorable que muestran hacia el Instituto es un patrón sociocultural de pasividad, de evitar enfrentamiento y en general de respuestas poco activas ante una situación de estrés, propuestas por Díaz Guerrero (1996), con las que juegan un papel importante en el abandono e de su paciente.

Respecto al ambiente familiar concluimos la importancia de la intervención psicológica para favorecer un ambiente familiar adecuado para la reintegración de paciente, haciendo hincapié en el no abandono del tratamiento en, que es la enfermedad mental, que tipo de apoyo puede ofrecer la familia a su paciente cuando se encuentre en una situación problemática, cuales son los indicadores de que su paciente necesita consulta nuevamente, motivar al paciente a realizar cualquier actividad o trabajo, como prevenir recaídas y como evitar la cronicidad; sin olvidar la importancia en la participación del resto del equipo de salud.

Se sugiere que los programas de rehabilitación deben de estar diseñados tomando en cuenta las características sociodemográficas que en el caso de esta muestra fueron bajo nivel socioeconómico, nivel de escolaridad de Primaria y que el cuidador primario es mayoritariamente la madre.

Tomando en cuenta los resultados de esta investigación y lo que reportan los familiares de la falta de atención efectiva en una situación de estrés, se sugiere un programa de orientación e información psicológica a estos familiares, que juegan un papel primordial en la rehabilitación de un paciente psiquiátrico tomando en cuenta que en el Hospital son internados en promedio 1 mes y con la familia el resto del año (Lara, 1995).

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Con el propósito aplicar los resultados obtenidos por esta investigación, se sugiere, que en los programas de apoyo a los familiares de pacientes psiquiátricos debe considerarse un plan de modificación de actitud de la familia hacia su paciente psiquiátrico, ya que en el presente demuestra que una actitud favorable hacia el paciente, mejora la adherencia terapéutica que es uno de los factores que se ha demostrado que influye notoriamente en la Rehabilitación Psicosocial de un paciente psiquiátrico (Díaz, 1997).

Aunque ya se han tomado en cuenta las características sociodemográficas para diseñar programas de apoyo a familiares el personal que los dirige (médicos, enfermeras, etc.) no las conoce; punto que dificulta la llegada de información institución-familiar (Cardoso, 1995).

Una limitante las características sociodemográficas no permitieron obtener una muestra homogénea, esto no permitió que la población estudiada, fuese normal, además de que los sujetos que participaron en la investigación conformaron grupos pequeños impidiendo una generalización de los resultados.

Podemos sugerir realizar investigaciones en torno a este tema con el objetivo de obtener más datos y se pueda entonces contar con información que guíe las intervenciones institucionales posteriores en busca de una mejor atención a los familiares de pacientes psiquiátricos.

Así también instruir al familiar en el cuidado de su paciente como parte del equipo de salud y favorecerá la rehabilitación del paciente, tener en cuenta que las pláticas de orientación cumplen su objetivo en cuanto a informar acerca de la enfermedad, reforzando la adherencia terapéutica, disminuyendo la deserción a este tipo de entrenamientos.

Aunque el problema de investigación central no fue relacionar las características sociodemográficas con la variable adherencia terapéutica, se sugiere para futuras investigaciones si dichas características favorecen o no la adherencia terapéutica; así mismo la intervención primordialmente psicológica en el cambio de actitudes de familiares de pacientes psiquiátricos que aunque se ha llevado a cabo no ha tenido el impacto que debiera como un programa en donde se modificaran el ambiente y las tareas a realizar tanto por el paciente, como por su familia; así como investigar cuales son las actitudes del equipo de salud hacia su actividad diaria e iniciar programas de apoyo y orientación al personal de instituciones que trabajan en beneficio de la Salud.

REFERENCIAS

Ackerman, N (1986). Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires: Hormé.

Akerman, N. (1976). Familia y conflicto mental. Buenos Aires: Hormé.

Ackerman, N. (1969). Psicoterapia de la Familia Neurótica. Buenos Aires: Hormé.

Aguirre, L. Coronado N., Cortez M. C., Lara Tapia H. La Escala de NOSIE en la evaluación de enfermos psiquiátricos crónicos hospitalizados en la División de Psiquiatría del INNN. Memorias de la X Reunión anual de investigaciones del INNN MVS.

Anthony, W.A. (1993) Understanding and advocating for psychosocial rehabilitation. Bull Warp 5(4): 5-6.

Ayala H. (1982). Una alternativa al tratamiento y Rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Salud Mental. V (5) 87-93.

Bachrarch, L.L.: (1992). Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the care of long-term patients. American Journal of Psychiatric. 149 (11) 1444-1463.

Bell, N:D. And Ryan, E.R.: (1984) Integrating psychosocial rehabilitation into hospital psychiatric service. Hosp. Comunity Psychiat. 35: 1017-1023.

Biagnini, M (1994). Estrés y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentess y tendencias actuales. Salud Mental 17 p.p 12-17. México.

Bond, G., Whiterdge, T., Stze, P., Dincin, J.: (1985) Preventing rehospitalization of clients in a psychosocial rehabilitation program. Hosp. Comunity Psychiat. 36.356-362.

-
- Bruno F. (1986) Diccionario de Psicología Términos Fundamentales. Barcelona: Paidós.
- Calderón N., G. (1979) La asistencia Psiquiátrica en México. Neurología y Neurocirugía y Psiquiatría. México Vol (11) No.2
- Caparrós , N. (1981) Crisis de la familia revolución del vivir. Madrid: Fundamentos.
- Cicero, R. (1984) Implicaciones y repercusiones para el paciente neumológico por la falta de cumplimiento a su tratamiento. XXI Congreso Internacional de Psicología.
- Córdova, A. Duarte, D. Rodríguez, M. Puente, G. (1976) Teoría y Práctica de Psiquiatría Social. La Habana: Científica-Técnica.
- Coronado, N., Cortes, C., y Aguirre, L. (1995) La escala NOSIE en la evaluación de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados. Memorias de Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Dávila Alpizar, G y Balmori, J. (1990) Evaluación de un programa para mejorar la relación trabajador de la Salud del derechohabiente en el ISSSTE. Tesis de licenciatura. UNAM.
- Davison, G. (1983). Psicología de la conducta anormal. México: Limusa.
- Díaz Cantú, P.A. Seguimiento telefónico a pacientes psiquiátricos dentro de un programa de Rehabilitación Psicosocial. Tesis de licenciatura. UNAM.
- Díaz Guerrero, R. (1975) Diferencial Semántico del idioma español. México: Trillas.
- Dorsh, F (1985). Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder.

Domínguez, B. (1984) Investigación psicológica, conductual y adherencia terapéutica. XXIII Congreso Internacional de Psicología.

English, H. and English, A. (1977). Diccionario de psicología y psicoanálisis. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Escalante, M. (1993) “Qué es lo que viene a pedir el otro cuando uno de ellos tiene una enfermedad mental”. XIII Congreso Nacional Asociación Psiquiátrica Mexicana.

Espinoza M. (1997). Premisas socioculturales y filosofía de vida en familiares de pacientes psiquiátricos. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

García E. (1996). Importancia de la intervención psicológica sobre las actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes psiquiátricos. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.

García, P. (1984) Creatividad publicitaria y adherencia terapéutica. Senderos paralelos. Posibilidades de congruencia. XXIII Congreso Internacional de Psicología.

Jackson, D. (1978) Psicología contemporánea. Madrid: H. Blume.

Karchmer, S. (1984) Implicaciones y perspectivas para la paciente ginecoobstétrica por la falta de cumplimiento a su tratamiento. XXIII Congreso Internacional de Psicología.

Kimball, Y. (1970) Psicología de las actitudes. México. Trillas.

Lara-Tapia, H. (1995). Características clínicas de evolución de pacientes psiquiátricos crónicos. Arch. Inst. Nal. Neurol. Neuroc. 10:148.

-
- López, R. (1984) Implicaciones y repercusiones para el paciente oncológico por la falta de cumplimiento a su tratamiento. XXIII Congreso Internacional de Psicología.
- Mahler, M. (1977) El nacimiento psicológico del infante humanos. Buenos Aires: Marimar.
- Marín, G. (1975). La Psicología social en Latinoamérica. México: Trillas.
- Mendizabal, L. (1997) Evaluación de un programa de educación para familiares de pacientes psiquiátricos. XII Reunión anual de Investigación INNN.
- Minuchin, S. (1977) Familia y terapia familiar. Barcelona: Garnica.
- Minuchin, S. (1993) Técnicas de Terapia familiar. México: Paidós.
- Monteverde, D. (1967). Rehabilitación de los inválidos por epilepsia. Revista Instituto Nacional de Neurología. 1(2) 15-17.
- Morfin, A. (1995). Psicopatología en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNN "MVS". Memorias del XIV congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Ocampo, M., Cardoso, M., y Lara H. (1995) Variables socioeconómicas y dinámica familiar en pacientes psiquiátricos problema. Memorias del XIV Congreso Nal. de la Asoc. Psiq. Mex.
- Ordaz, E. (1989). La Rehabilitación Psiquiátrica Teoría y Práctica. Habana: MINSAP.
- Osgood, C. (1957) The measurement of meaning. Illinois: Catalog card.

Pacheco, L. y Lara, H. (1995) Dinámica familiar y conflicto en un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNN "MVS". Memorias del XIV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

Pucheu, C. (1981). Conceptos y alternativas para la Rehabilitación del enfermo mental. Salud Mental. V 4 12.

Pucheu C. (1984). Incumplimiento terapéutico en psiquiatría problemas de investigación y la praxis par mejorar el pronóstico del paciente esquizofrénico. XXIII Congreso Internacional de Psicología.

Puente, F. (1984) Adherencia Terapéutica. Implicaciones para México. XXIII Congreso Internacional de Psicología.

Ruíz, Ch.(1984) La falta de cumplimiento terapéutico implicaciones para el sector salud. XXIII Congreso Internacional de Psicología.

Salleh, M. (1984). "The burden of care of schizophrenia in Malaya families. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89(3), p.p. 180-185.

Sánchez, S. (1984) La adherencia al tratamiento: un enfoque preventivo en la Salud Mental. XXIII Congreso Internacional de Psicología.

Saraceno, B. (1992) La Rehabilitación entre modelos y prácticas. Manuales de Salud Mental. 235-243.

Sidney y Seaguel. (1994) Estadística no paramétrica. México Trillas.

Torres A., (1995) La línea de investigación para la Rehabilitación Psicosocial de la división de Pssiquiatría del INNN "MVS". Resúmenes de la X Reunión Anual de Investigación.

Triandis, H. (1971). Attitudes and attitude Change. New York. John Wiley y Sons, Inc.

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

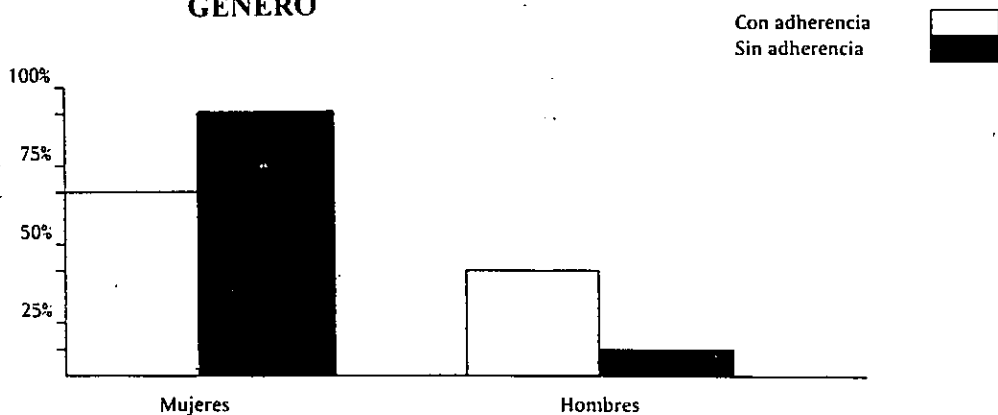
Vásquez, L y González, S. (1986). Actitud hacia la enfermedad mental en una población no comprometida en el área de la Salud Mental. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Woolfgang, M y Lichtemann, R. (1990). La superposición del trastorno por angustia y la depresión evidenciada por estudios de familias de los pacientes. Conferencia Internacional de Trastornos por angustia y ansiedad. Ginebra.

Zinser, O. (1995). Psicología experimental. México: Mc Graw Hill.

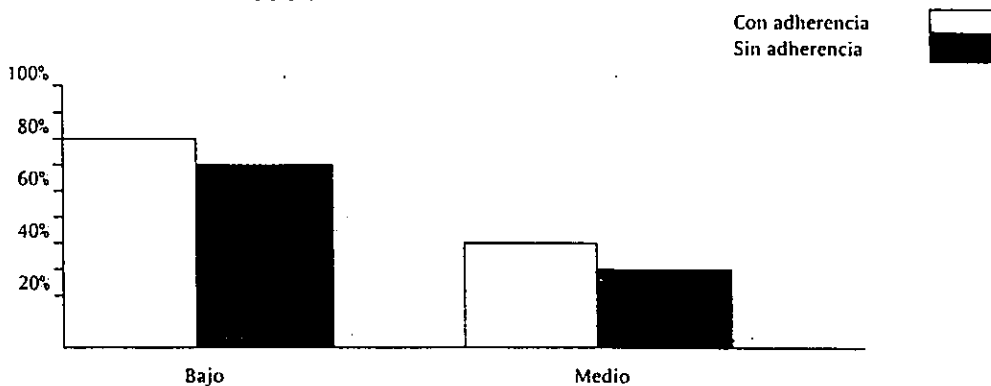
ANEXO 1

GENERO



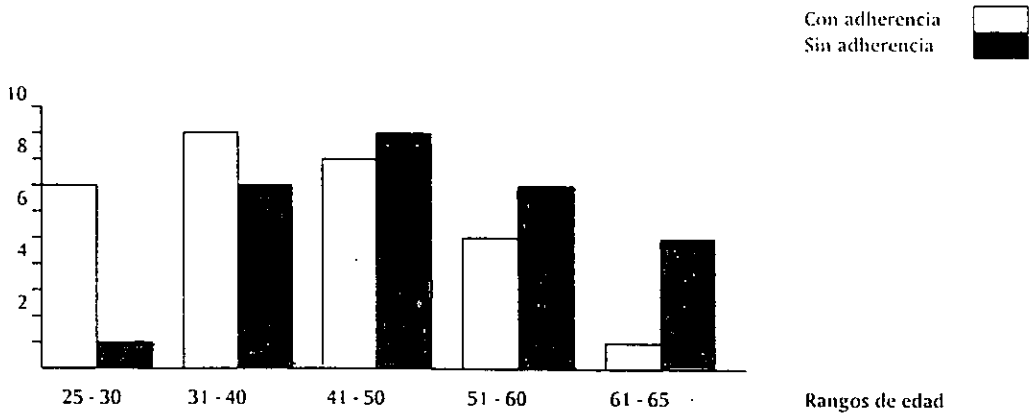
Gráfica 1: se muestran los datos respecto al género de los familiares del grupo con adherencia terapéutica. observando en el primer grupo 70% son mujeres y 30% Hombres; y el segundo grupo 90% mujeres y 10% hombres.

NIVEL SOCIOECONOMICO



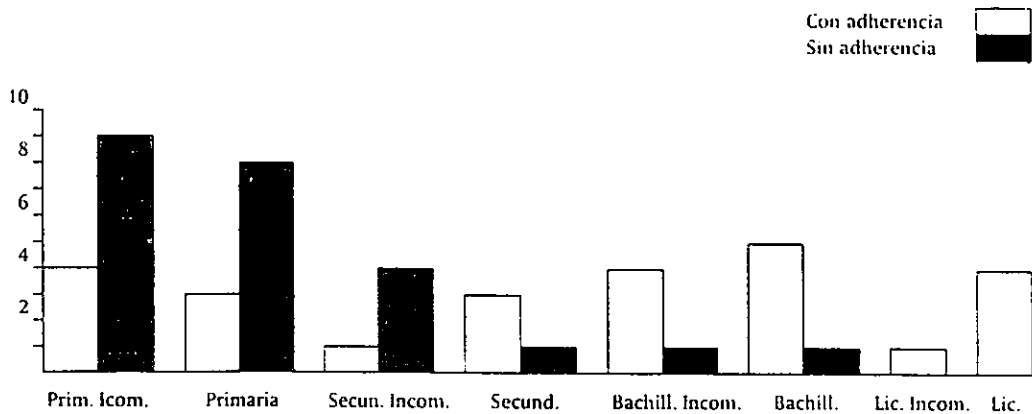
Gráfica 2: se presentan los datos socioeconómicos observando el grupo con adherencia terapéutica 80% con nivel bajo y 20% con nivel medio; el grupo de no adherencia terapéutica con 63% nivel bajo y 36.6% nivel medio.

EDAD



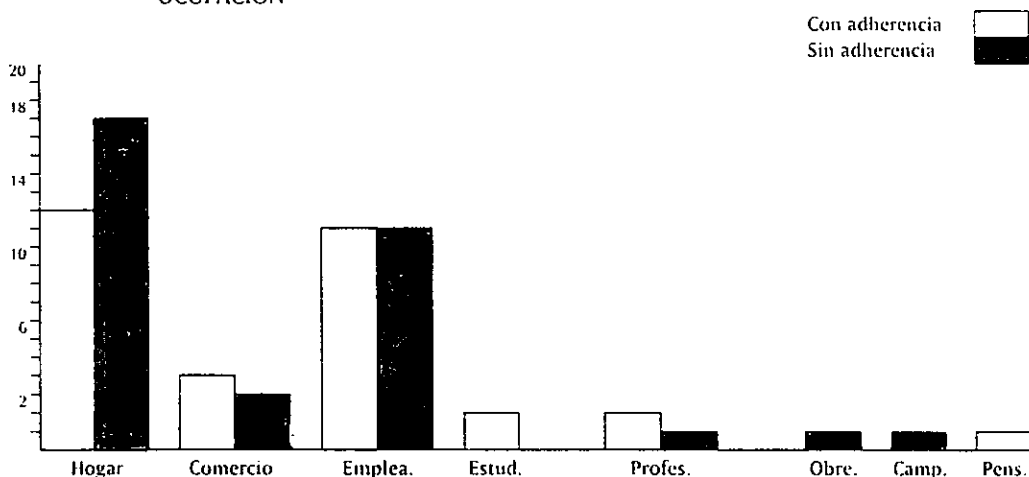
Gráfica 5: se encontró al 23.3% con edades entre 25-30 años, 30% con edades entre 31-40 años, 26.6% con edades entre 41-50 años, el 16% con edades entre 51-60 años y 3.3% con edades entre 61-65; el grupo de no adherencia se encuentra con 6.6% con edades entre 25-30 años; 23.3% con edades entre 31-40 años, 30% con edades entre 41-50 años, 23.3% con edades entre 51 y 60 años y 16.6% con edades entre 61-65 años.

ESCOLARIDAD



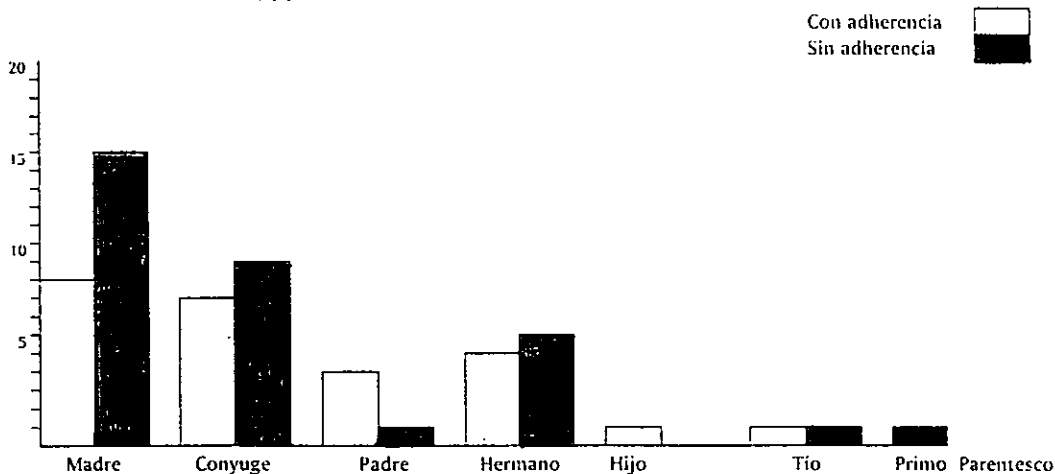
Gráfica 6: familias con adherencia 16.6% con primaria incompleta, 10.5% con primaria, 3.3% con secundaria incompleta, 13.3% con secundaria, 16.6% con bachillerato o carrera técnica incompleta, 20% con bachillerato o carrera técnica, 3.3% con licenciatura incompleta y 16.6% con licenciatura; las familias sin adherencia 30% en primaria incompleta, 26.6% con primaria, 3.3% con secundaria, 3.3% con bachillerato incompleto y 3.3% con bachillerato o carrera técnica.

OCUPACION



Gráfica 5: se observa que 43.3% su ocupación en el hogar, el 13.3% comerciantes, el 6.6% son estudiantes, el 6.6% son profesionistas, el 20% son empleados, el 6.6% son pensionados y el 3.3% son campesinos en el grupo de adherencia terapéutica y los de no adherencia el 60% son amas de casa, el 20% son empleados, el 10% son comerciantes, el 3.3% profesionistas, 3.3% profesionistas, 3.3% obreros y 3.3% campesinos.

PARENTESCO



Gráfica 4: el grupo de adherencia 30% son madres, 26.6% conyuge, 16.6% hermanos, 3.3% tíos, 3.3% primos, 3.3% cuñados y 13.3% padres; el grupo sin adherencia 53.3% son madres, 10% conyuge, 20% hermanos, 3.3% tíos, 6.6% cuñados, 3.3% padres y 3.3% hijos.

ANEXO 2

TABLA DE FRECUENCIAS

Sin adherencia
Con adherencia



Mi paciente habitualmente es

EXCELENTE	13	18	0	0	2	7	1	0	2	PESIMO
AGRADABLE	17	19	0	1	0	5	2	2	0	DESAGRADABLE
AFECTUOSO	11	15	0	1	1	7	1	1	1	INDIFERENTE
TRABAJADOR	13	20	0	1	0	3	1	1	1	PEREZOSO
AMABLE	12	18	1	0	1	6	1	2	2	DESCORTES
RESPONSABLE	12	20	1	0	0	6	1	0	0	IRRESPONSABLE
ACTIVO	11	19	2	0	3	2	1	0	0	PASIVO
EDUCADO	14	19	0	0	0	6	1	1	1	GROSERO

En esta tabla se muestran las frecuencias de respuestas para cada uno de los pares polares, tanto en las familias con adherencia como en las familias de no adherencia terapéutica. Tabla siguiente el análisis estadístico de cada uno de ellos.

	U	W	Z	Prob
Excelente	381.5	846.5	-1.452	0.1465
Agradable	415	880.5	-0.786	0.4315
Afectuoso	371	836.5	-1.467	0.1423
Trabajador	441	924	-0.214	0.8302
Amable	430	895	-0.438	0.6609
Responsable	428	893	-0.524	0.6003
Activo	386.5	851.5	-1.346	0.1783
Educado	431.5	896.5	-0.441	0.6595

TABLA DE FRECUENCIAS

Sin adherencia
Con adherencia



Cuando mi paciente está enfermo es

EXCELENTE	5	0	0	7	3	1	14	PESIMO
AGRADABLE	6	7	0	5	2	2	15	DESAGRADABLE
AFECTUOSO	8	5	2	1	1	0	21	INDIFERENTE
TRABAJADOR	3	9	1	2	0	1	23	PEREZOSO
AMABLE	7	8	1	9	6	0	13	DESCORTES
RESPONSABLE	7	8	0	5	4	2	15	IRRESPONSABLE
ACTIVO	5	6	0	3	4	0	19	PASIVO
EDUCADO	6	7	0	6	8	3	13	GROSERO

En esta tabla se muestran las frecuencias de respuestas para cada uno de los pares polares, tanto en las familias con adherencia como en las familias de no adherencia terapéutica. En seguida el análisis estadístico de cada uno de ellos.

	U	W	Z	Prob
Excelente	430.5	895.5	-0.3065	0.7592
Agradable	412.5	877.5	-0.5938	0.5526
Afectuoso	377	842	-1.2264	0.2201
Trabajador	308	773	-2.4164	0.0157
Amable	427.5	937.0	-0.3534	0.7238
Responsable	444.5	909.0	-0.0899	0.9283
Activo	441	906	-0.1549	0.8769
Educado	384.0	849.0	-1.0157	0.3098

TABLA DE FRECUENCIAS

Sin adherencia
Con adherencia



Cuando mi paciente toma el medicamento es

EXCELENTE	6	13	1	5	3	6	5	1	0	0	PESIMO
AGRADABLE	10	17	0	4	3	2	10	5	1	1	DESAGRADABLE
AFECTUOSO	7	15	0	4	2	1	8	0	1	1	INDIFERENTE
TRABAJADOR	3	14	0	1	2	2	8	0	1	1	PEREZOSO
AMABLE	5	16	0	2	3	2	6	2	2	0	DESCORTES
RESPONSABLE	7	15	0	2	2	2	7	2	0	2	IRRESPONSABLE
ACTIVO	4	12	0	1	2	2	9	0	0	6	PASIVO
EDUCADO	6	15	0	2	3	2	7	1	1	2	GROSERO

En esta tabla se muestran las frecuencias de respuestas para cada uno de los pares polares, tanto en las familias con adherencia como en las familias de no adherencia terapéutica. En seguida el análisis estadístico de cada uno de ellos.

	U	W	Z	Prob
Excelente	229.5	694.5	-3.3857	0.0007
Agradable	268.5	733.5	-2.8577	0.0043
Afectuoso	247.5	712.5	-3.1383	0.0017
Trabajador	228.5	693.5	-3.4003	0.0007
Amable	226.5	691.5	-3.4383	0.0006
Responsable	267.0	732.0	-2.8198	0.0048
Activo	292	761	-2.3709	0.0177
Educado	295.5	760.0	-2.3908	0.0168

TABLA DE FRECUENCIAS

Sin adherencia
 Con adherencia

La enfermedad es

EXCELENTE	0	2	0	0	2	6	2	3	2	2	1	19	23	
	0	0	1	0	0	6	1	2	2	0	0	19	26	PESIMO
AGRADABLE	0	0	0	0	6	2	2	2	0	0	0	20	23	DESAGRADABLE
	0	1	0	1	0	4	4	2	1	2	0	21	23	INDIFERENTE
APECTUOSO	0	0	0	0	0	4	7	2	1	0	0	21	22	PEREZOSO
TRABAJADOR	1	0	0	0	6	2	1	1	0	0	0	20	23	DESCORTES
	0	1	0	0	5	2	2	2	0	0	0	21	23	DESCORTES
AMABLE	0	0	0	0	5	2	2	2	0	0	0	21	21	IRRESPONSABLE
RESPONSABLE	0	1	0	0	1	6	1	2	1	0	0	21	21	IRRESPONSABLE
	0	0	0	0	5	2	2	2	0	0	0	21	24	PASIVO
ACTIVO	0	0	0	0	5	2	2	2	0	0	0	21	24	PASIVO
	0	3	0	0	0	6	6	1	1	0	0	21	20	GROSERO
EDUCADO	0	0	0	0	6	2	1	1	0	0	0	21	20	GROSERO

En esta tabla se muestran las frecuencias de respuestas para cada uno de los pares polares, tanto en las familias con adherencia como en las familias de no adherencia terapéutica. En seguida el análisis estadístico de cada uno de ellos.

	U	W	Z	Prob
Excelente	372	837	-2.0695	0.0385
Agradable	384	849	-1.6523	0.0985
Afectuoso	392	857	-1.1294	0.2587
Trabajador	412	877	-0.8665	0.3862
Amable	419.5	884.5	-0.6952	0.487
Responsable	401.5	866.5	-1.2868	0.1982
Activo	386.5	851.5	-1.4473	0.1478
Educado	387.5	852.5	-1.5646	0.1177

TABLA DE FRECUENCIAS

Sin adherencia 
 Con adherencia

El Instituto de Neurología es

EXCELENTE	22	26	1	1	5	2	0	0	0	PESIMO
AGRADABLE	24	26	0	1	3	3	0	0	0	DESAGRADABLE
AFECTUOSO	19	24	0	1	7	4	0	0	1	INDIFERENTE
TRABAJADOR	26	25	0	1	2	4	0	0	0	PEREZOSO
AMABLE	24	25	0	0	4	2	0	0	1	DESCORTES
RESPONSABLE	25	25	0	1	3	3	0	0	0	IRRESPONSABLE
ACTIVO	22	27	0	1	5	1	0	0	1	PASIVO
EDUCADO	22	26	1	0	2	3	0	0	0	GROSERO

En esta tabla se muestran las frecuencias de respuestas para cada uno de los pares polares, tanto en las familias con adherencia como en las familias de no adherencia terapéutica. En seguida el análisis estadístico de cada uno de ellos.

	U	W	Z	Prob
Excelente	381.5	846.5	-1.452	0.1465
Agradable	415.5	880.5	-0.786	0.4315
Afectuoso	371.5	836.5	-1.467	0.1423
Trabajador	441	924	-0.214	0.8302
Amable	430.5	895.0	-0.438	0.6609
Responsable	428.0	893.0	-0.524	0.6003
Activo	386.5	851.5	-1.346	0.1783
Educado	431.5	896.5	-0.441	0.6595

TABLA DE FRECUENCIAS

Sin adherencia
Con adherencia



Las enfermeras que atienden son

EXCELENTE	23	1	0	5	0	0	1	PESIMO
	16	1	1	10	2	0	0	
AGRADABLE	24	1	0	4	0	0	1	DESAGRADABLE
	18	2	0	8	2	0	0	
AFECTUOSO	21	1	0	7	0	0	1	INDIFERENTE
	16	1	2	9	2	1	0	
TRABAJADOR	21	0	0	2	6	0	1	PEREZOSO
	21	0	0	7	2	0	0	
AMABLE	24	0	1	3	0	0	2	DESCORTES
	17	0	0	10	3	0	0	
RESPONSABLE	23	1	1	4	0	0	1	IRRESPONSABLE
	21	0	0	7	2	0	0	
ACTIVO	24	1	0	2	1	0	2	PASIVO
	21	0	0	6	2	1	0	
EDUCADO	23	0	0	5	1	0	1	GROSERO
	20	0	0	7	2	1	0	

En esta tabla se muestran las frecuencias de respuestas para cada uno de los pares polares, tanto en las familias con adherencia como en las familias de no adherencia terapéutica. En seguida el análisis estadístico de cada uno de ellos.

	U	W	Z	Prob
Excelente	345.5	810.5	-1.833	0.0667
Agradable	361	826	-1.633	0.1024
Afectuoso	360.5	825.5	-1.511	0.1303
Trabajador	439.5	904.5	-0.193	0.8469
Amable	347.0	812.0	-1.859	0.0631
Responsable	411.5	876.5	-0.735	0.4623
Activo	415	880	-0.652	0.5141
Educado	405.5	870.5	-0.832	0.4049

TABLA DE FRECUENCIAS

Sin adherencia
Con adherencia



Los doctores que atienden son

EXCELENTE	29	2	0	0	0	0	0	0	0	PESIMO
	24	0	0	4	2	0	0	0	0	
AGRADABLE	28	0	2	0	0	0	0	0	0	DESAGRADABLE
	24	0	0	4	2	0	0	0	0	
APECTUOSO	25	1	2	1	0	0	0	1	0	INDIFERENTE
	21	0	1	6	2	0	0	0	0	
TRABAJADOR	26	1	1	2	0	0	0	0	0	PEREZOSO
	24	0	0	4	2	0	0	0	0	
AMABLE	26	1	1	2	0	0	0	0	0	DESCORTES
	24	0	0	4	2	0	0	0	0	
RESPONSABLE	28	1	0	1	0	0	0	0	0	IRRESPONSABLE
	25	0	0	3	2	0	0	0	0	
ACTIVO	27	2	0	0	0	0	0	1	0	PASIVO
	23	0	0	5	2	0	0	0	0	
EDUCADO	28	0	1	1	0	0	0	0	0	GROSERO
	24	1	0	3	2	0	0	0	0	

En esta tabla se muestran las frecuencias de respuestas para cada uno de los pares polares, tanto en las familias con adherencia como en las familias de no adherencia terapéutica. en seguida el análisis estadístico de cada uno de ellos.

	U	W	Z	Prob
Excelente	372	837	-2.069	0.0385
Agradable	384	849	-1.652	0.0985
Afectuoso	392	857	-1.129	0.2587
Trabajador	412	877	-0.866	0.3862
Amable	419.5	884.5	-0.695	0.487
Responsable	401.5	886.5	-1.286	0.4982
Activo	386.5	851.5	-1.447	0.1478
Educado	387.5	852.5	-1.564	0.1177

TABLA DE FRECUENCIAS

Sin adherencia
Con adherencia




Mi familia es

EXCELENTE	8	2	3	1	12	1	2	1	4	2	PESIMO
AGRADABLE	16	22	3	0	6	4	1	0	0	7	DESAGRADABLE
AFECTUOSO	10	20	0	0	9	6	4	0	0	7	INDIFERENTE
TRABAJADOR	19	23	2	0	6	3	1	0	0	3	PEREZOSO
AMABLE	14	21	1	0	11	5	2	1	0	3	DESCORTES
RESPONSABLE	17	21	2	1	6	3	1	0	0	4	IRRESPONSABLE
ACTIVO	16	22	1	0	6	3	1	1	0	4	PASIVO
EDUCADO	15	2	0	0	8	5	1	0	1	22	GROSERO

En esta tabla se muestran las frecuencias de respuestas para cada uno de los pares polares, tanto en las familias con adherencia como en las familias de no adherencia terapéutica. En seguida el análisis estadístico de cada uno de ellos.

	U	W	Z	Prob
Excelente	347	812	-1.5945	0.1108
Agradable	344	809	-1.8229	0.0683
Afectuoso	260	725	-3.0363	0.0024
Trabajador	383.5	848.5	-1.2166	0.2238
Amable	341.5	806.5	-1.8139	0.0697
Responsable	382.0	847.0	-1.1679	0.2429
Activo	331.5	796.5	-2.0354	0.0418
Educado	335.5	800.5	-1.9496	0.0512

TABLA DE FRECUENCIAS

Sin adherencia 
 Con adherencia

La relación de mi familia con mi paciente es

EXCELENTE	12	17	0	4	1	1	10	6	1	1	0	0	6	1	PESIMO
AGRADABLE	14	24	0	1	1	1	8	2	1	1	0	0	6	1	DESAGRADABLE
AFECTUOSO	13	22	1	2	0	0	6	5	1	0	0	0	9	0	INDIFERENTE
TRABAJADOR	14	25	0	1	0	0	9	4	1	0	0	0	5	0	PEREZOSO
AMABLE	15	24	0	3	0	1	8	2	1	0	0	0	6	0	DESCORTES
RESPONSABLE	16	28	0	1	0	0	8	1	1	0	0	0	5	0	IRRESPONSABLE
ACTIVO	16	27	1	1	0	1	7	1	1	0	0	0	4	0	PASIVO
EDUCADO	14	24	1	2	0	0	8	4	1	0	0	0	6	0	GROSERO

En esta tabla se muestran las frecuencias de respuestas para cada uno de los pares polares, tanto en las familias con adherencia como en las familias de no adherencia terapéutica. En seguida el análisis estadístico de cada uno de ellos.

	U	W	Z	Prob
Excelente	321	786	-2.049	0.0405
Agradable	285	750	-2.836	0.0046
Afectuoso	275.5	740.5	-2.8989	0.0037
Trabajador	267	732	-3.2001	0.0014
Amable	278.0	743.0	-2.9973	0.0027
Responsable	260.0	725.0	-3.6209	0.0003
Activo	253.5	718.5	-3.5918	0.0003
Educado	273.0	738.0	-3.0481	0.0023

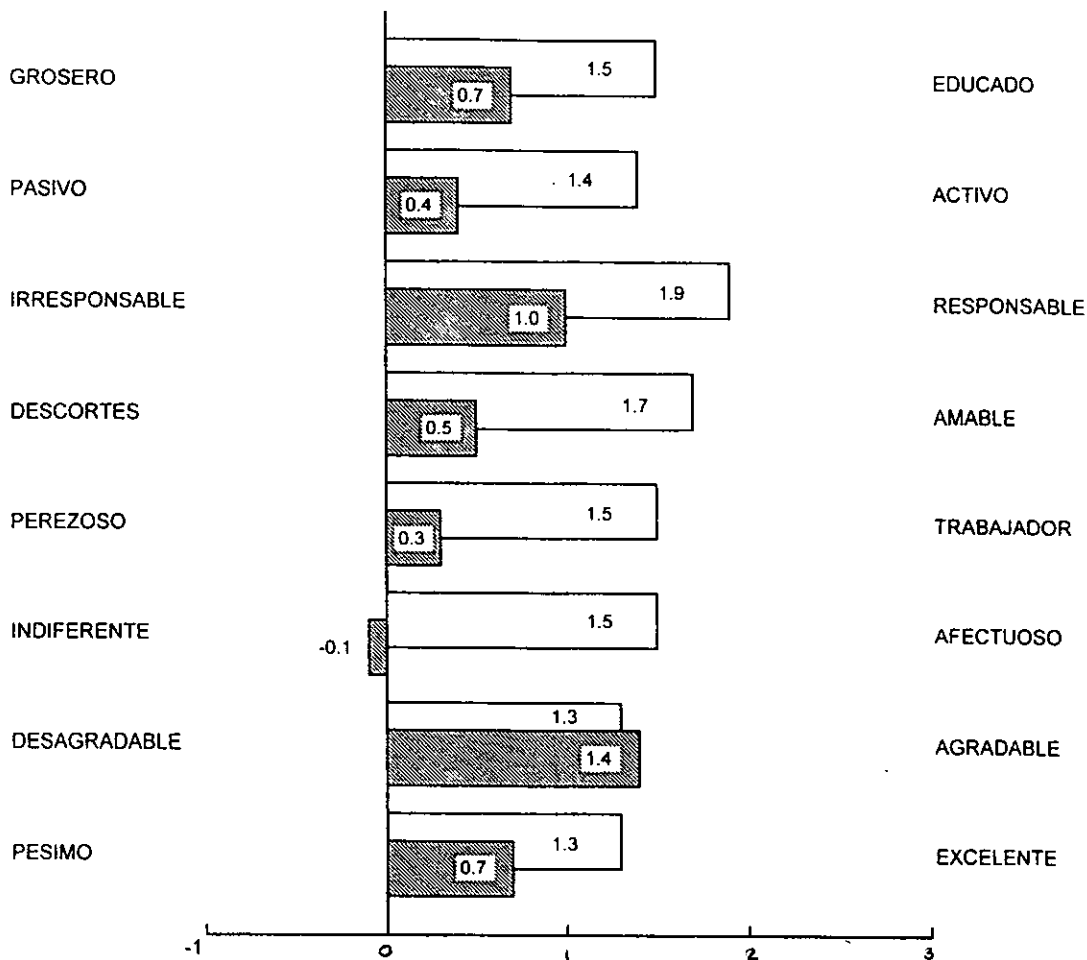
ANEXO 3

GRAFICA 1

MI PACIENTE HABITUALMENTE ES

Con adherencia



Sin adherencia

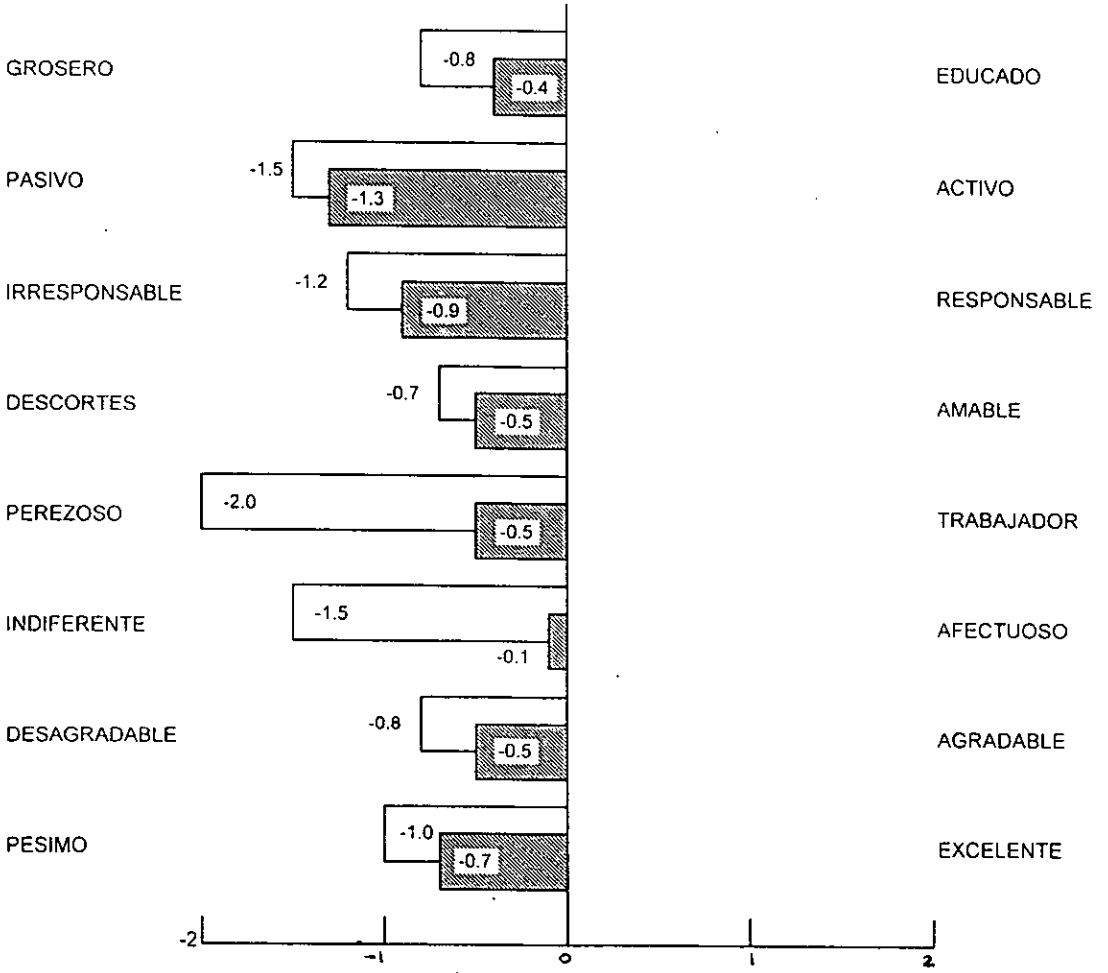


Gráfica 1: observamos que las familias con adherencia muestran una actitud bastante favorable (de acuerdo a los criterios utilizados por Díaz Guerrero) y las familias sin adherencia terapéutica muestran una actitud ligeramente favorable. Excepto en el par bipolar "Desagradable - Agradable".

GRAFICA 2

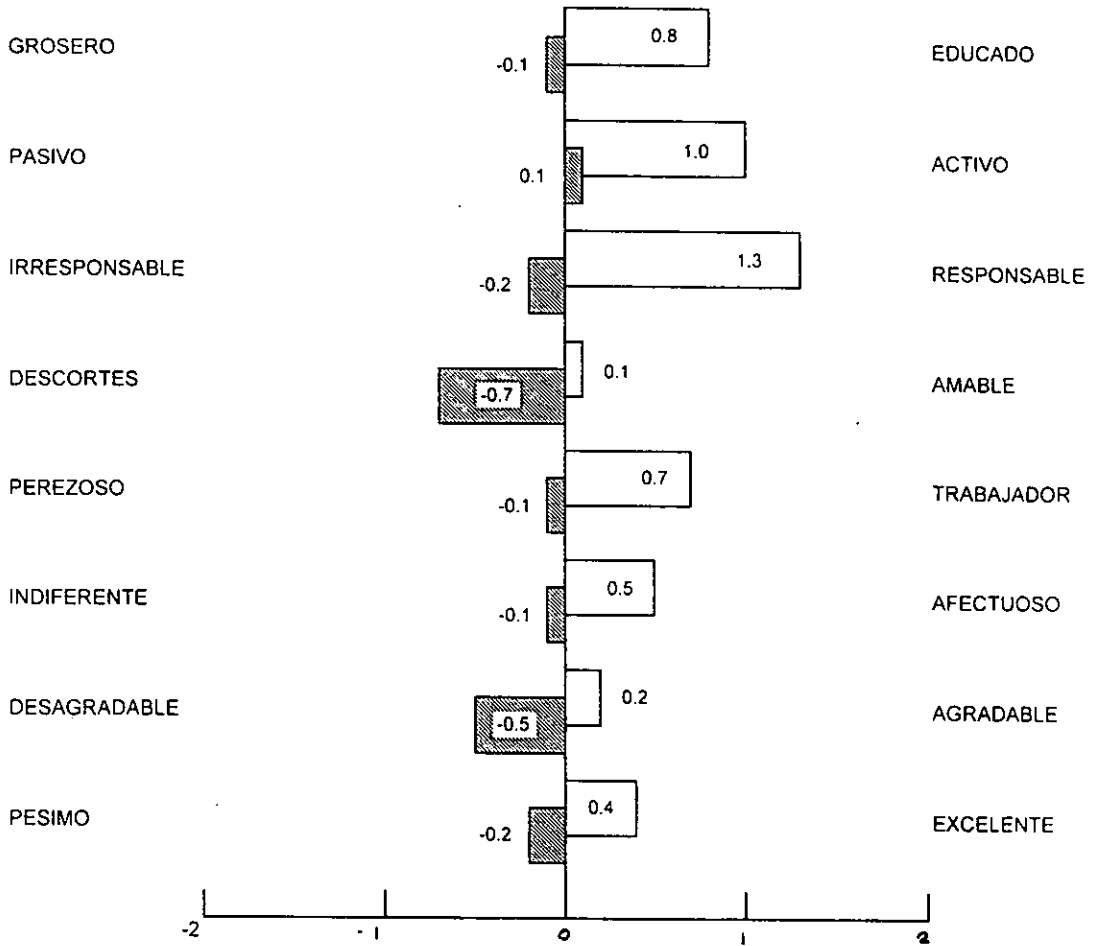
CUANDO MI PACIENTE ESTA ENFERMO ES

Con adherencia 
Sin adherencia 





Gráfica 2: Se observa que las familias con adherencia muestran una actitud ligeramente desfavorable, excepto en el par polar "Activo Pasivo"; en las familias sin adherencia terapéutica ligeramente desfavorable y bastante desfavorables.

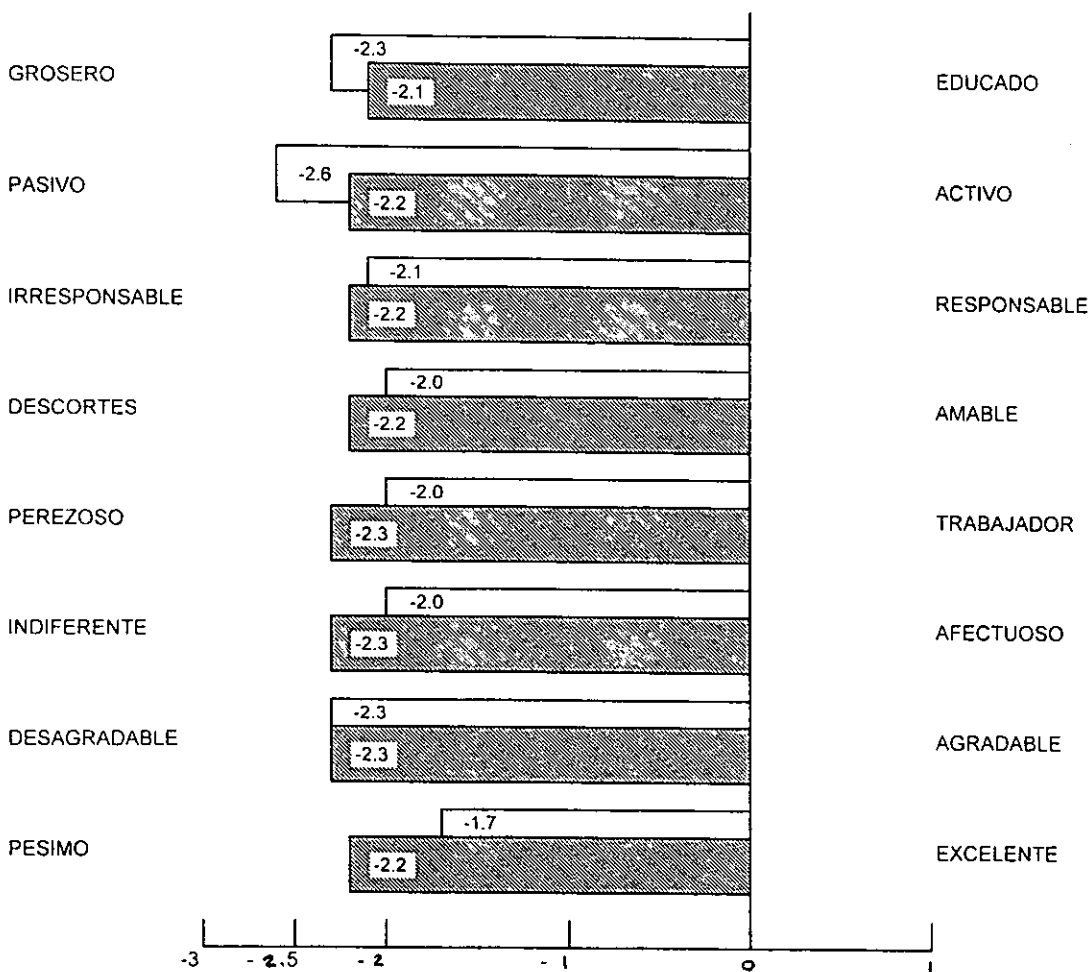
GRAFICA 3
 CUANDO MI PACIENTE TOMA EL MEDICAMENTO ES |



Gráfica 3: Se observa que las familias con adherencia muestran actitudes ligeramente favorables, excepto en las escalas polares "Activo - Pasivo"; y en "Responsable - Irresponsable" que son bastante favorables; las actitudes de los familiares sin adherencia son ligeramente desfavorables a diferencia del par polar "Activo - Pasivo" que es ligeramente favorable.

GRAFICA 4
LA ENFERMEDAD ES



Con adherencia 
Sin adherencia 

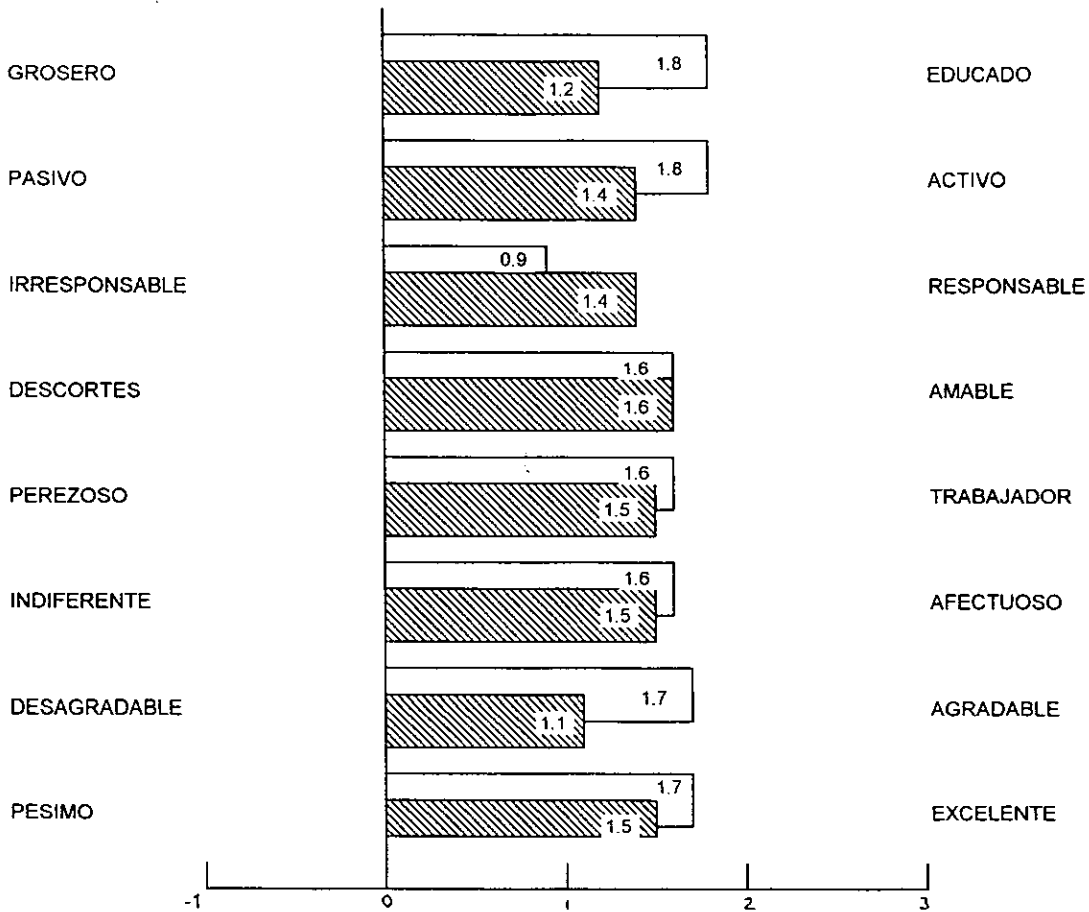


Gráfica 4: Se observa que las familias con adherencia muestran una actitud muy desfavorable, excepto en el par polar "Pésimo - Excelente" donde hay una actitud bastante desfavorable; y las familias sin adherencia terapéutica tienen una actitud muy desfavorable.

GRAFICA 5



EL INSTITUTO DE NEUROLOGIA ES

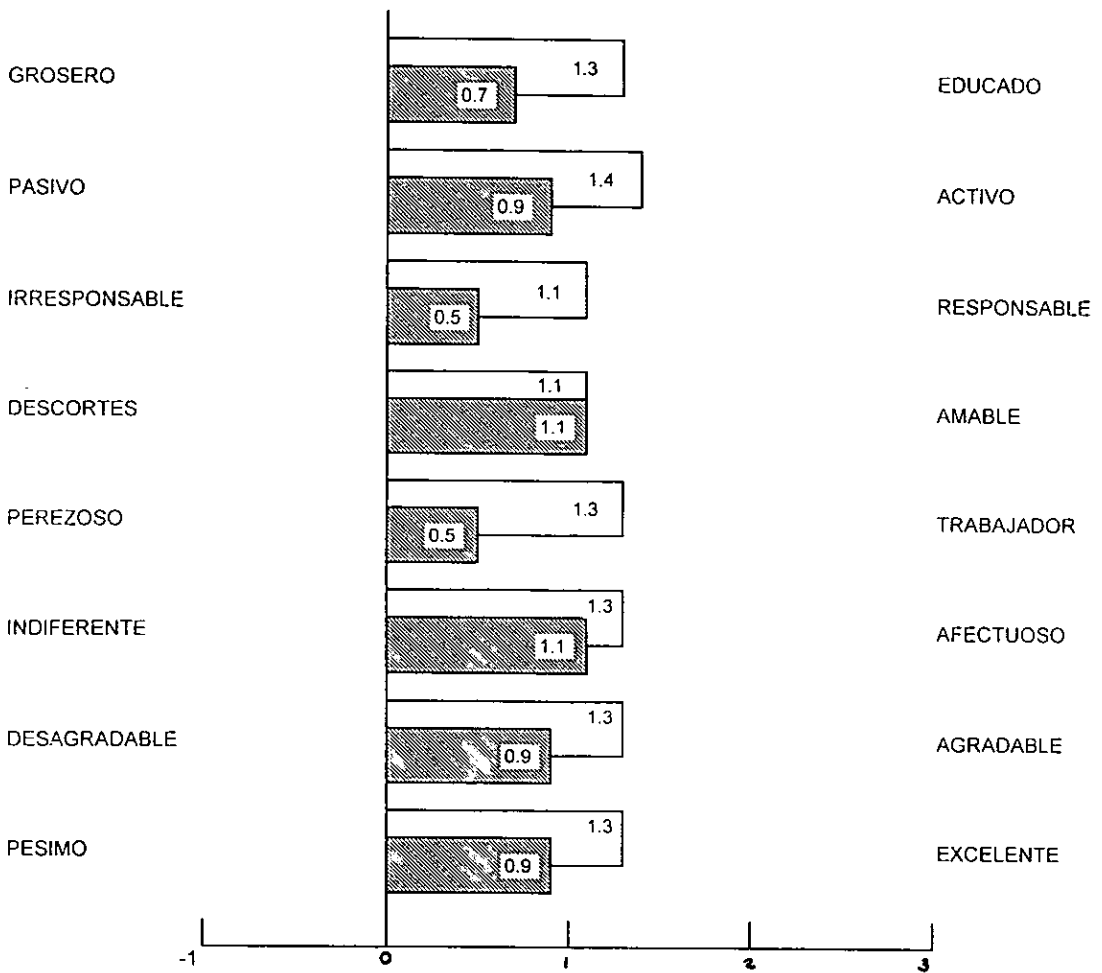
Con adherencia 
Sin adherencia 



En la gráfica 5 se observa que las familias con adherencia muestran una actitud bastante favorable excepto en el par polar "Responsable - Irresponsable", que se muestra ligeramente desfavorable; y las familias sin adherencia muestran actitudes bastante favorables.



GRAFICA 6
LAS ENFERMERAS QUE ATIENDEN SON

Con adherencia 
 Sin adherencia 

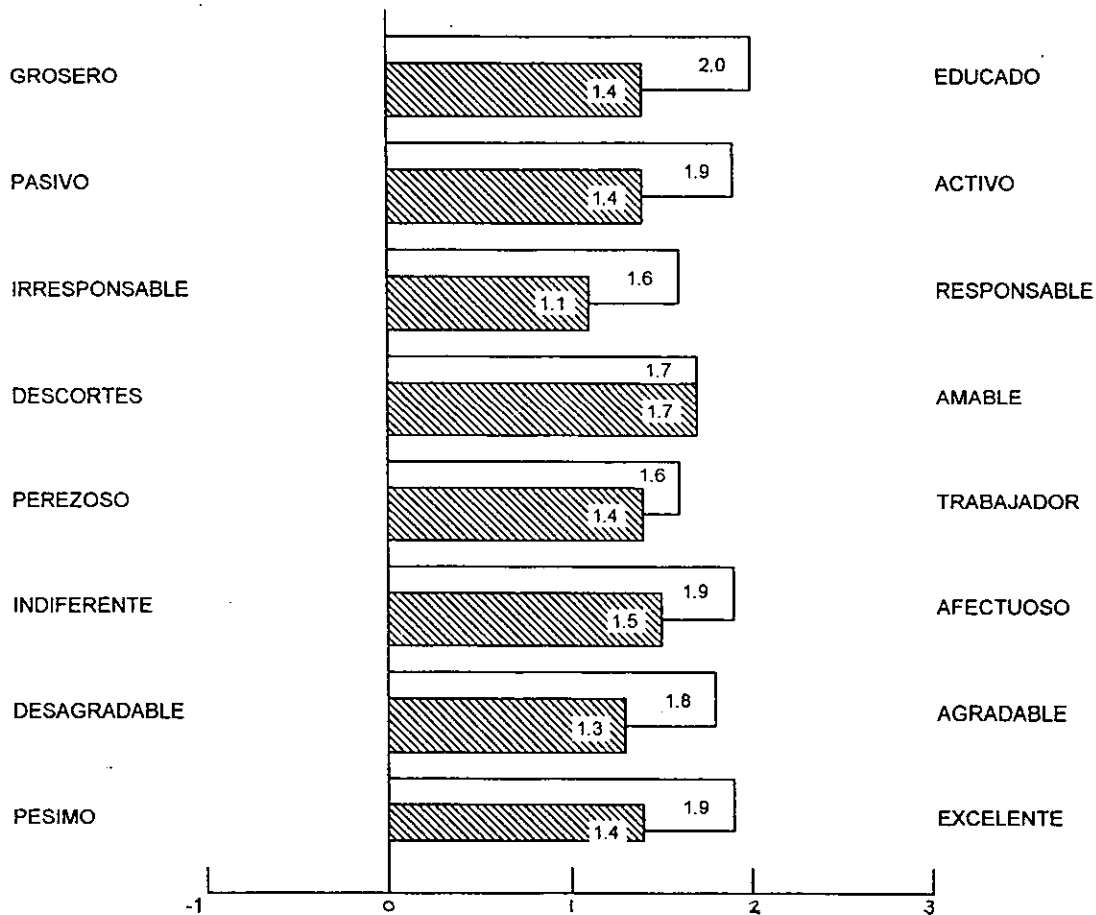


Gráfica 6: Las familias con adherencia muestran una actitud bastante favorable; y las familias sin adherencia muestran actitudes ligeramente favorables, excepto en las escalas "Descortes - Amable" y en "Afectuoso - Indiferente" que muestran una actitud bastante favorables.

GRAFICA 7

Con adherencia 
Sin adherencia 



LOS DOCTORES QUE ATIENDEN SON

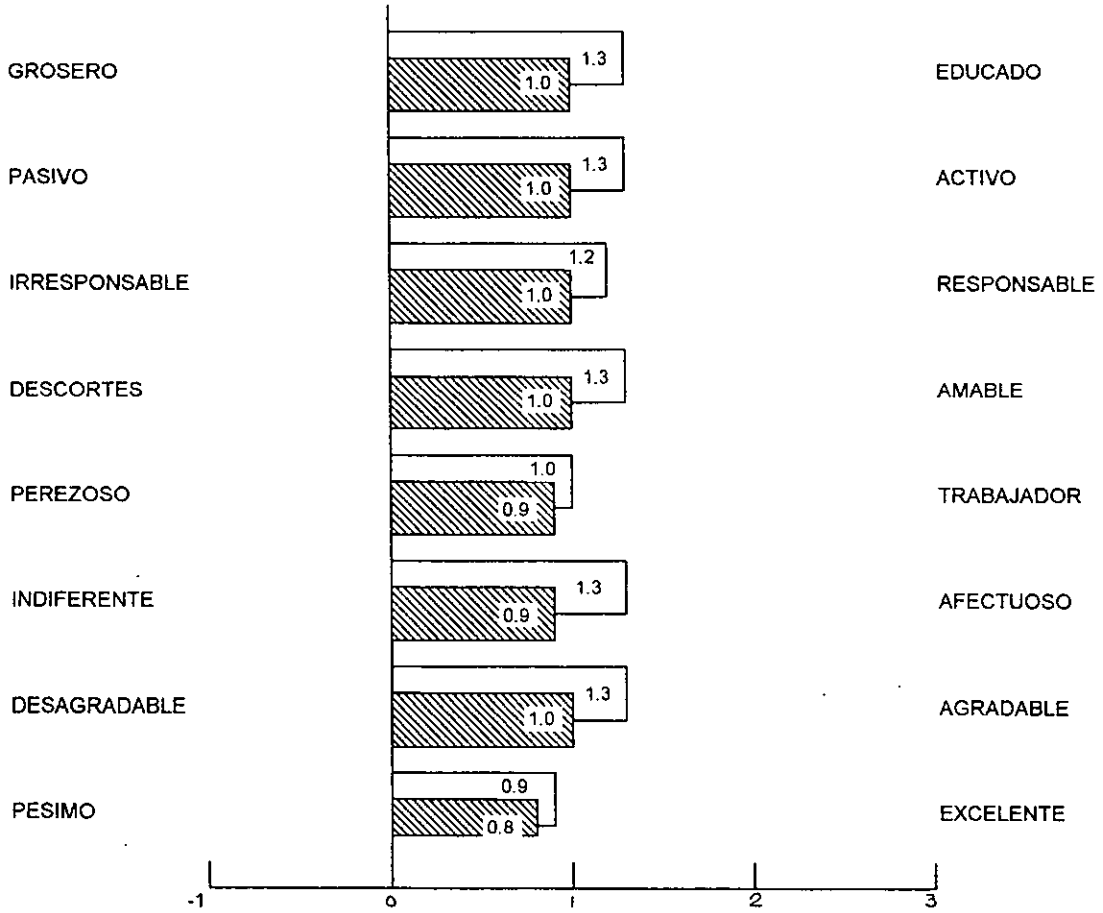


En la gráfica 7 se observa que las familias con adherencia muestran actitudes bastante favorables; y las familias sin adherencia muestran actitudes bastante favorables.

GRAFICA 8

LAS PLATICAS DE ORIENTACION SON



Con adherencia 
Sin adherencia 

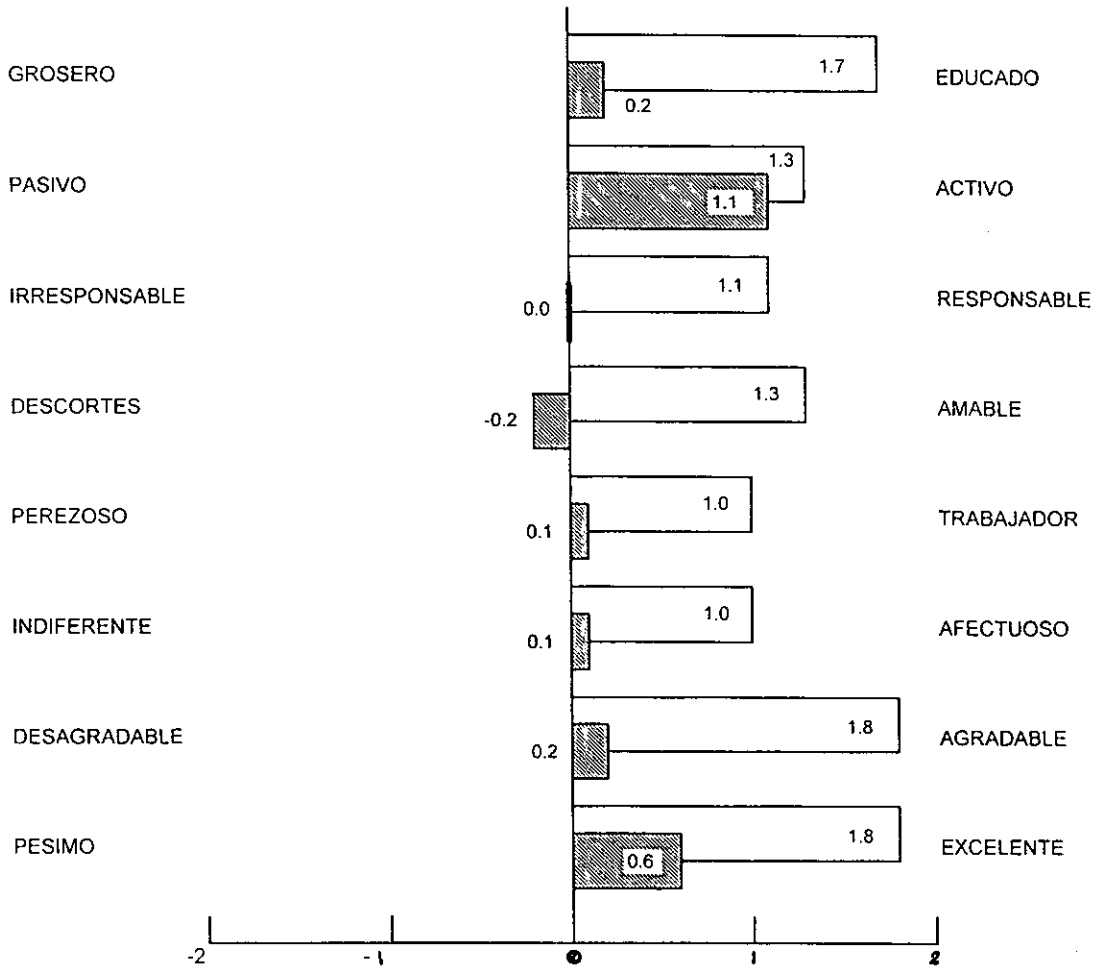


En la gráfica 8 observamos que las familias con adherencia muestran actitudes bastante favorables excepto en la escala "Pésimo - Excelente"; y en las familias de no adherencia observamos ligeramente favorables.

GRAFICA 9

MI FAMILIA ES



Con adherencia 
Sin adherencia 

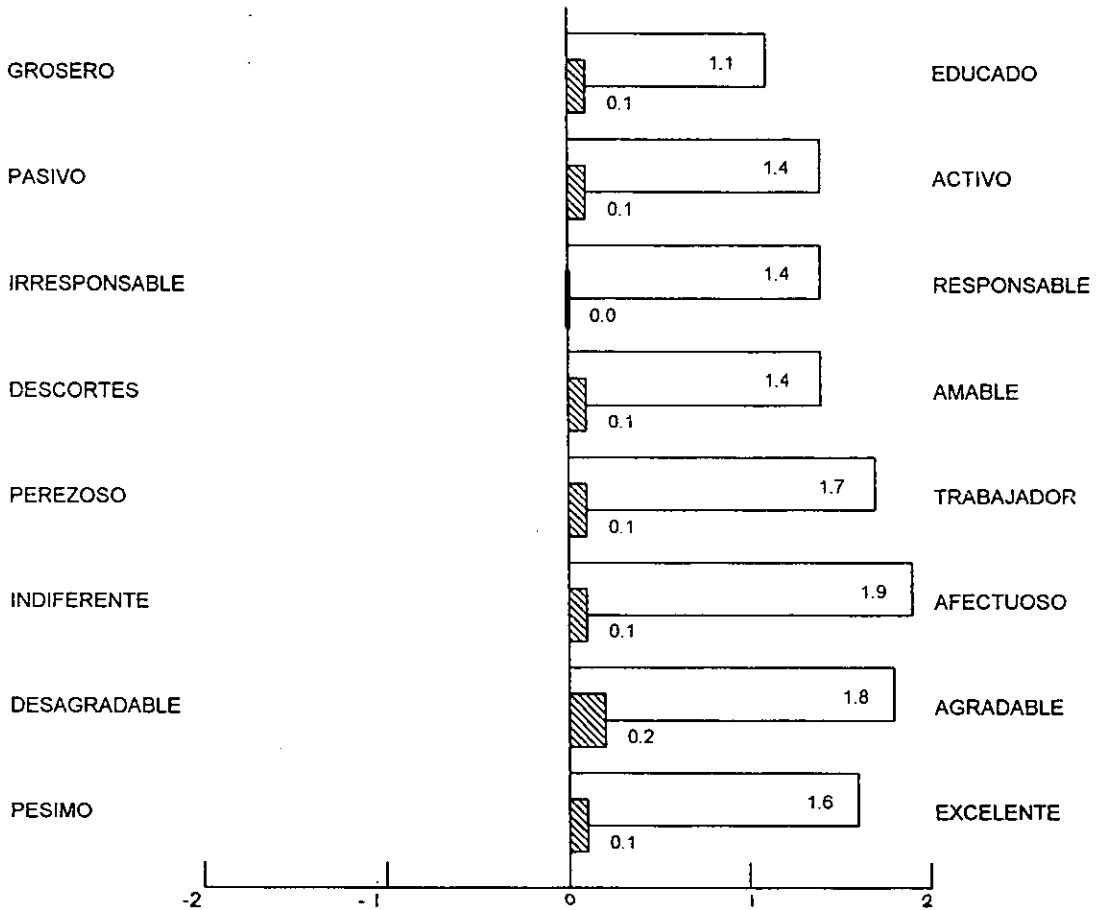


Gráfica 9: Se observa que las familias con adherencia tienen actitudes bastante favorables; y las de no adherencia con actitudes ligeramente desagradables en el par polar "Descortes - Amable"; actitudes neutrales en el par polar "Irresponsable - Responsable" y actitudes ligeramente favorables en el resto de los pares polares.

GRAFICA 10

LA RELACION DE MI FAMILIA CON MI PACIENTE ES

Con adherencia 
Sin adherencia 



En la gráfica 10 observamos que las familias con adherencia muestran actitudes bastante favorables excepto en la escala "Pésimo - Excelente"; y en las familias de no adherencia observamos ligeramente favorables.

ANEXO 4

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre del paciente:

Número de expediente:

Nombre del familiar:

Dirección:

Teléfono:

Edad:

Escolaridad:

Parentesco:

Nivel socioeconómico:

Ocupación:

Observaciones:

CUESTINARIO DE ACTITUDES

A continuación se le presentarán una serie de preguntas en relación a su paciente, en las que usted contestará con una señal indicando cual de las categorías que le presentamos se acerca más a lo que usted piensa. Ejemplo:

Excelente _____ : _____ : X : _____ : _____ : _____ : _____ Pésimo
 muy bastante ligero neutral ligero bastante muy

Conteste honestamente, cualquier duda el entrevistador se la aclarará.

