



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

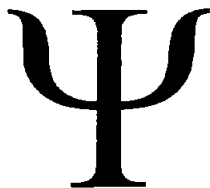
---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"CONCIENCIA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES  
PSIQUIÁTRICOS PERTENECIENTES AL SERVICIO  
DE HOSPITAL PARCIAL DE DÍA"

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
PAOLA NAYELI AGUILAR GONZÁLEZ



DIRECTORA DE TESIS:  
MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA

MEXICO, D.F.

INVIERNO DEL 2005

m. 340604



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Paola Nayeli Aguilar

González

FECHA: 1- Febrero -05

FIRMA: 

*“En reconocimiento a mis padres  
porque sé que es uno de los  
mejores regalos que les puedo dar”*

### *Agradecimientos:*

*Esta Tesis va dedicada a los pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" que contribuyeron a que se llevara a cabo, siempre dispuestos a colaborar y con una gran nobleza, infinitas gracias por permitirme aprender de ustedes, de su mundo y de ese lugar tan maravilloso.*

*En primer lugar quiero agradecer a DIOS por haberme permitido terminar con este trabajo y darme la fuerza necesaria para enfrentar todos los retos.*

*A mis PADRES por el apoyo brindado durante estos años en todos los sentidos, hoy y siempre sabré que puedo contar con ustedes y sepan bien que siempre será correspondido su amor.*

*A mis hermanos quienes son grandes compañeros y amigos Oscar mil gracias por tu paciencia y tolerancia, Carlos gracias por tu confianza. A mi abuelita por el gran amor que siempre me ha demostrado.*

*Y porque sé que es un buen momento para mencionarlos, también agradezco a mis compañeros que compartieron conmigo mi vida académica, y quienes se han convertido en mis grandes amigos ya que siempre fueron un gran apoyo y finalmente vivimos muchas experiencias juntos.*

*Charles, Eli, Eric, Claus, Kika, Mayito y Aurora.*

*Agradezco por haberlos conocido!!!!*

*Agradezco también a las personas que me asesoraron para la realización de este trabajo especialmente a mí:*

*Directora de Tesis Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona y a  
Mi Asesora Estadística Ma. De Lourdes Moroy Tello*

*Y a toda la gente que quiero pero que sería imposible mencionar*

*Gracias!!!!!!*

*Paola*

# ÍNDICE

## **INTRODUCCIÓN**

### **JUSTIFICACIÓN** (1)

## **CAPÍTULO I LA SALUD MENTAL**

<b>1.1 Situación actual de la Salud y Enfermedad Mental en México</b>	(3)
<b>1.2 Causas y Factores Asociados a la Enfermedad Mental</b>	(9)
1.2.1 <i>Factores Biológicos</i>	(9)
1.2.2 <i>Factores Psicosociales</i>	(10)
<b>1.3 Historia de la Atención Psiquiátrica</b>	(11)
<b>1.4 La Psiquiatría en México</b>	(14)
<b>1.5 Modelos de Atención Psiquiátrica</b>	(17)
<b>1.6 La Hospitalización Parcial</b>	(22)
1.6.1 <i>Definición de la Hospitalización Parcial</i>	(22)
1.6.2 <i>Antecedentes Históricos sobre la Hospitalización Parcial</i>	(24)
<b>1.7 Características del Programa de Hospitalización Parcial de Día en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"</b>	(28)
1.7.1 <i>Objetivo General</i>	(30)
1.7.2 <i>Objetivos Específicos</i>	(30)
1.7.3 <i>Criterios de Inclusión</i>	(30)
1.7.4 <i>Criterios de Exclusión</i>	(31)
1.7.5 <i>Actividades</i>	(31)

## **CAPÍTULO II CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

<b>2.1 Neurosis</b>	(34)
<b>2.2 Psicosis</b>	(36)
2.2.1 <i>Psicosis Orgánicas</i>	(37)
2.2.2 <i>Psicosis Funcionales o Endógenas</i>	(38)

<b>2.3 Esquizofrenia</b>	(38)
2.3.1 <i>Criterios Generales para el Diagnóstico de la Esquizofrenia CIE-10</i>	(40)
2.3.2 <i>Tipos de Esquizofrenia</i>	(41)
2.3.3 <i>Esquizofrenia Paranoide</i>	(41)
2.3.4 <i>Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrénica)</i>	(41)
2.3.5 <i>Esquizofrenia Indiferenciada</i>	(41)
2.3.6 <i>Esquizofrenia Residual</i>	(42)
2.3.7 <i>Esquizofrenia Simple</i>	(42)
<b>2.4 Trastornos del Estado de Ánimo</b>	(43)
2.4.1 <i>Características Generales de cada uno de los Trastornos del Estado de Ánimo</i>	(44)
2.4.2 <i>Criterios Diagnósticos para el Episodio Maniaco CIE-10</i>	(46)
2.4.3 <i>Criterios Diagnósticos para el Episodio Depresivo CIE-10</i>	(48)
<b>2.5 Otros Trastornos Psicóticos</b>	(50)
2.5.1 <i>Trastorno Esquizofreniforme</i>	(50)
2.5.2 <i>Criterios Diagnósticos para el Trastorno Esquizofreniforme</i>	(51)
2.5.3 <i>Trastornos del Humor Afectivos Orgánicos</i>	(51)
2.5.4 <i>Trastorno Esquizoafectivo</i>	(51)
2.5.5 <i>Criterios Diagnósticos para el Trastorno Esquizoafectivo CIE-10</i>	(52)
2.5.6 <i>Trastorno Delirante</i>	(52)
2.5.7 <i>Trastorno Psicótico Breve</i>	(53)

### **CAPÍTULO III CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

<b>3.1 Hacia una definición de la Conciencia de Enfermedad</b>	(58)
<b>3.2 Variables relacionadas con la Conciencia de Enfermedad</b>	(64)
3.2.1 <i>Diagnóstico</i>	(64)
3.2.2 <i>Gravedad del Trastorno</i>	(65)
3.2.3 <i>Sintomatología Negativa y la Interacción Social</i>	(66)
3.2.4 <i>Cumplimiento Terapéutico</i>	(66)
3.2.5 <i>Curso o Pronóstico</i>	(67)
3.2.6 <i>Edad</i>	(68)
3.2.7 <i>Nivel Académico</i>	(68)

## ***CAPÍTULO IV MÉTODO***

<b>4.1 Planteamiento del Problema</b>	<b>(69)</b>
<b>4.2 Hipótesis</b>	<b>(69)</b>
<b>4.3 Variables</b>	<b>(70)</b>
<b>4.4 Sujetos</b>	<b>(71)</b>
<b>4.5 Muestra</b>	<b>(71)</b>
<b>4.6 Escenario</b>	<b>(72)</b>
<b>4.7 Tipo de Estudio</b>	<b>(72)</b>
<b>4.8 Diseño de Investigación</b>	<b>(72)</b>
<b>4.9 Instrumentos</b>	<b>(73)</b>
<b>4.10 Procedimiento</b>	<b>(74)</b>

## ***CAPÍTULO V RESULTADOS***

<b>5.1 Análisis Descriptivo de la Muestra</b>	<b>(77)</b>
<b>5.2 Análisis Inferencial</b>	<b>(88)</b>
<b>5.2.1 Análisis de los Reportes</b>	<b>(91)</b>

## ***CAPÍTULO VI DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES (99)***

## ***CAPÍTULO VII LIMITACIONES Y SUGERENCIAS (108)***

<b><i>BIBLIOGRAFÍA</i></b>	<b>(110)</b>
<b><i>ANEXOS</i></b>	<b>(114)</b>



## INTRODUCCIÓN

El presente estudio trató de evaluar la conciencia de enfermedad y su relación con el tiempo de estancia en el Servicio de Hospitalización Parcial de Día del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, podemos resaltar datos interesantes.

En primer lugar se observó que los pacientes que acuden a dicho servicio en general cuentan con un nivel adecuado de conciencia de enfermedad, evaluado mediante la Escala de Insight de Marková y Berrios, lo cual se ve reflejado en el apego terapéutico que tienen y a su vez en su mejoría.

De tal forma que se resalta la importancia de la existencia de programas en los cuales se trabaje con la rehabilitación del paciente, todo con la finalidad de brindarle una mejor calidad de vida.

Queda entendido que la conciencia de enfermedad es un fenómeno multidimensional complejo y que no solo implica el reconocimiento verbal de que se está enfermo sino además el juicio que se haga acerca de la misma enfermedad, incluyendo el reconocimiento y las propias explicaciones que se den del proceso de enfermar.

Aunque está relacionada con la capacidad de aceptar la toma de medicamentos, no necesariamente no poner resistencia a contribuir con el tratamiento farmacológico implica que se tiene conciencia de enfermedad, es importante saber que el paciente puede tener conciencia de enfermedad para algunos aspectos en particular y para otros no, los cuales generalmente pueden resultar amenazantes para el propio paciente.

Pero es importante reconocer que el que el paciente tenga buen apego a su tratamiento farmacológico contribuye en mucho al control de su sintomatología y por lo tanto a su mejoría.

Se encontró que a mayor número de hospitalizaciones la conciencia de enfermedad muestra un ligero incremento, lo que podría explicarse por el aprendizaje que el paciente va adquiriendo cada vez que regresa al hospital, además de ser importante el medio hospitalario en el que se encuentran.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre la conciencia de enfermedad y el nivel académico, siendo más favorable en los niveles de primaria y carrera técnica.

Se confirma que la conciencia de enfermedad no varía con el tiempo y si se mantiene, un paciente puede llegar a tener una conciencia de enfermedad parcial y muy raras veces una total.

Finalmente tratar de entender el fenómeno de la conciencia de enfermedad es como tratar de entender el propio funcionamiento mental de la persona en este caso del enfermo mental.

## JUSTIFICACIÓN

Lograr la Rehabilitación del enfermo mental es uno de los trabajos más importantes que debe de existir dentro del ámbito de la Salud, desgraciadamente en México este fue un aspecto descuidado por mucho tiempo pues fue hasta 1979 que se crearon programas dirigidos a la rehabilitación del enfermo mental. Esta idea surgió de observar que después de salir de Hospitalización muchos de los pacientes volvían a regresar más de una vez presentándose recaída tras recaída, además de no existir un control de la toma de sus medicamentos, agregado a esto la mala calidad de vida del paciente quien podía verse impedido de realizar aquellas actividades que realizaba antes de presentar la enfermedad. ¿Cómo no ha de ser importante esta tarea?, Si lo que busca es reinserter al paciente a una vida más digna y adecuada a la que todos los seres humanos tienen derecho, ¿Por qué no buscar que el sujeto vuelva a ser productivo y acercarse lo más posible a la "normalidad"?

Es debido a estas grandes necesidades que en 1979 se crea Hospital Parcial de Día, encaminado a lograr la Rehabilitación Integral del paciente que haya cursado por un cuadro psicótico, las áreas específicas que se buscan rehabilitar son la cognitiva, conductual, física, social, laboral y familiar, con el único fin de que el paciente vuelva a ser productivo y tenga una vida más digna.

Mucha de la literatura revisada demuestra que un factor importante que funge como facilitador en el tratamiento del paciente psiquiátrico es el que ellos reconozcan que sufren de un padecimiento, enfermedad o trastorno, como primer instancia, y como segunda que su sintomatología tal como alucinaciones, delirios, errores de juicio y de conducta, agresividad, etc. la atribuyan a su propia enfermedad mental, esto es lo que los autores han llamado conciencia de enfermedad.

La ausencia de conciencia de enfermedad en los pacientes psiquiátricos es una de las características más destacadas de este trastorno. En los últimos años el interés en este tema ha surgido debido a su relación con la psicopatología y el cumplimiento terapéutico.

La conciencia de enfermedad es un importante determinante de la utilización de los servicios sanitarios. (Haro J, Ochoa S, Cabrero L, 2001)

Algunos autores encuentran una relación entre mayor número de ingresos previos, más tiempo tomando medicación antipsicótica, más años de institucionalización y el grado de conciencia de enfermedad. (Citado en Haro J, 2001)

La mayoría de los autores encuentran que el cumplimiento terapéutico está relacionado con el nivel de conciencia de enfermedad del paciente. (Citado en Haro J, 2001.)

Trabajos demuestran que aquellos pacientes que no tienen una elevada conciencia de enfermedad no cumplen con los patrones establecidos por el psiquiatra, no existe un nivel de cooperación adecuado con éste y suelen rechazar el tratamiento. Es de esperar que este tipo de pacientes suelen negarse a acudir a los centros de salud mental y a tomar la

medicación prescrita, por lo que suelen ingresar con más frecuencia que aquellos que son concientes de padecer una enfermedad y necesitar tratamiento. (Citado en Haro J, 2001)

Las implicaciones de tener o no tener conciencia de enfermedad resultan importantes si partimos del hecho que de esta dependerá el buen cumplimiento que el paciente haga de su tratamiento, el apego que tenga a su farmacoterapia y la constancia que le dé a las actividades que buscan su rehabilitación.

Es por estas razones que resulta importante acrecentar la investigación que existe alrededor de este fenómeno, ya que hasta el momento lo que hay es escaso comparándolo con el grado de importancia que tiene, esto con la única finalidad de brindar información que pueda favorecer a los programas ya existentes, de manera que dependiendo de los resultados fortalezcan o no las actividades que están encaminadas a crear conciencia de enfermedad en los pacientes psiquiátricos.

# CAPÍTULO I

## LA SALUD MENTAL

### ***1.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL EN MÉXICO***

La importancia que la enfermedad mental ha cobrado, se debe en gran medida al incremento que esta ha presentado en las últimas décadas a nivel mundial y México no es la excepción.

Los datos sugieren que los problemas mentales están entre los que más contribuyen a la carga global de enfermedades y discapacidades. Frenk y cols. han estimado que en México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo). (Citado en Benassini, 2001)

Más allá de las impresionantes cifras relacionadas con estas patologías existe un amplio grupo de personas que viven en condiciones o circunstancias extremadamente difíciles que los ponen en riesgo de ser afectados por algún trastorno mental; por ejemplo niños y adolescentes con alteraciones en su desarrollo y educación, los adultos mayores abandonados, las mujeres trabajadoras, los niños en situación de calle, los grupos y etnias indígenas, comunidades que dejan sus hogares por situación de desastre naturales o guerras, o para buscar mejores condiciones de vida y por supuesto la población que vive en condiciones de extrema pobreza. Todos estos factores son determinantes de la salud mental.

Se ha estimado que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que requerirá de atención médica especializada en el mundo, y al menos en México son aproximadamente 15 millones de personas las que padecen trastornos mentales, esto equivale a una sexta parte de población. (Programa de Acción en Salud Mental, 2001)

Los anuarios estadísticos de la SSA consignan un incremento continuo y significativo en la demanda de los servicios de salud mental, en lo que se refiere a demanda de consulta externa y en cuanto a los egresos hospitalarios siendo en 1990 de (2 422) y para 1999 de (19 604), lo que corresponde a un incremento de más de 500% (Programa de Acción en Salud, 2001).

También se observa una mayor demanda de atención en la consulta externa por parte del hombre en comparación con la de las mujeres. La misma situación se observó en cuestión de internamientos para los hombres y mujeres (Programa de Acción en Salud, 2001)

En lo que se refiere a la población infantil y adolescente son al menos cinco millones de niños que sufren algún problema mental, de este total, la mitad de la población infantil

requiere de una atención especializada e integral. Siendo La ansiedad de separación y el Trastorno de Atención los trastornos de inicio más temprano 5 años y 6 años respectivamente. Seguidos por Fobia específica (7 años) y Tr. Oposicionista (8 años). (Medina, Guilherme, 2003)

Los datos reportados por el Hospital psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" indican que la prevalencia de los trastornos mentales se ha modificado a lo largo de la última década. La prevalencia de la dependencia a sustancias se ubica como la principal causa de internamiento psiquiátrico en adolescentes y el trastorno depresivo en segundo lugar. (Programa de Acción en Salud, 2001)

En cuanto a la prevalencia en general de los trastornos mentales más comunes, se encuentran los Tr. de Ansiedad, seguidos por los Tr. por uso de sustancias y los Tr. Afectivos. Para los hombres es la dependencia al alcohol el problema más común en tanto que para las mujeres es la depresión mayor.

Para los trastornos de la vida adulta los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los Tr. afectivos y por los Tr. del uso de sustancias. (Medina, Guilherme, 2003)

La situación actual de México y muchos otros países ha permitido que día a día se viva con un estrés continuo y altos niveles de ansiedad provocados por las grandes modificaciones sociales, políticas, económicas y demográficas. Predisponiendo a la sociedad en general y más aún a los grupos más vulnerables a un sin número de desequilibrios que repercuten directamente sobre la salud.

Como un ejemplo de esto se puede citar la grave desigualdad social generada por una crónica y profunda distribución inequitativa del ingreso económico. Como resultado de ello, al menos en México viven 26 millones de personas en la pobreza extrema y muchos de ellos carecen de servicios higiénicos básicos. Organizaciones como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han señalado que el salario mínimo de México solamente cubre el 42.3% de la canasta básica. (Díaz y Jiménez, 1999)

Algunos otros estresores dentro de las grandes ciudades son la gran inseguridad a la que están sujetos sus habitantes, con lugares muy altos a nivel mundial en lo referente a homicidios y secuestros.

La delictividad ha presentado cifras alarmantes incluso en menores infractores.

La situación educativa no se ve muy favorecida, pues los estándares educativos de México son de los más bajos, con un promedio de educación de tan solo 7 años y una tasa de analfabetismo del 10.6%, esto da una cifra cercana a 10 millones de personas. Y como es de esperarse la falta de educación contribuye a que la población se vuelva más vulnerable ante los cambios que la sociedad presenta. (Díaz y Jiménez, 1999)

También es importante mencionar los tipos de vivienda más usuales en la ciudad, donde el hacinamiento es una característica frecuente que permite una modificación de los roles familiares, provocando en la mayoría de los casos, disfunción familiar, con grandes cargas de violencia.

Se estima que uno de cada cinco adultos que vive en poblaciones urbanas padece alguna forma de trastorno psiquiátrico. Algunos de los padecimientos que presentarán las más altas tasas de frecuencia o impacto en la salud serán: los trastornos afectivos, las crisis de angustia, el síndrome de dependencia al alcohol, la farmacodependencia, el síndrome de dependencia a la nicotina, la violencia intrafamiliar, la esquizofrenia, el retraso mental, la epilepsia y el suicidio. (Díaz y Jiménez, 1999)

Con tales efectos el futuro no se observa prometedor, y al menos podemos esperar tres consecuencias significativas: limitación dietética importante, presencia del síndrome del sobreviviente de la desnutrición y una explosión de enfermedades crónico-degenerativas.

Para responder a un reto de esta magnitud es necesario intervenir en el componente psicosocial de la salud para incrementar el capital humano.

Nadie podría dudar que la salud mental es una prioridad y que por tal motivo los recursos que le fueran asignados deberían ser de los más altos, sin embargo esta situación dista mucho de la realidad pues desafortunadamente la atención que se le ha brindado a dicho campo no alcanza a cubrir todas las necesidades requeridas, pues cada vez es más la gente que solicita de los servicios y menos los recursos destinados a esta área.

Por si fuera poco uno de los grandes problemas a los que nos enfrentamos además es que a pesar de los avances científicos que ha habido en la medicina psiquiátrica, todavía la gente con trastornos mentales tienen miedo de acercarse a los lugares apropiados para recibir ayuda especializada debido a los mitos que se encuentran alrededor de dicho tema, en el mejor de los casos la primera puerta que tocan es la medicina general, sin embargo su detección, tratamiento y /o canalización a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable mermando más su salud.

Es bien sabido que antes de llegar al lugar adecuado los pacientes han recorrido ya varios caminos entre los que se encuentran los curanderos, las limpias, el sacerdote, etc. esto debido a la gran desinformación que existe alrededor de la enfermedad mental.

Estudios de hogares realizados en población urbana del país han documentado que las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales, 54% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados.

Esto ha fomentado que la medicina alternativa tenga un incremento considerable y sea empleada como complemento y sustitutiva de la medicina tradicional, obedeciendo a la percepción social de quien puede ofrecer solución a los problemas (Berenzon, 2003)

Según la Encuesta para la Prevalencia de los Trastornos Mentales realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría en el 2000 reportó que solo 1 de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, solo 1 de cada 10 con dos trastornos mentales recibieron atención y solo 1 de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención. Uno de cada 5

personas con algún Tr. afectivo usaron servicios y solo 1 de cada 10 con algún Tr. de ansiedad lo hicieron. (Medina, Guilherme, 2003)

Las metas de la salud mental son prevenir los desórdenes mentales, fomentarla a través de la educación y el saneamiento del medio psicosocial, organizar los servicios y programas fomentando también la rehabilitación y sobre todo suscitar la participación activa de la comunidad.

En un pasado se definía a la salud mental como la ausencia de enfermedad, pero en la actualidad esta concepción ha cambiado drásticamente, ahora es entendida como "el estado de completo bienestar físico, psicológico y social", esta definición representa quizá una visión utópica de la salud mental pues involucra todo un despliegue de potencialidades para la vida. (Programa de Acción en Salud, 2001)

Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo fructífero y hacer aportaciones positivas a la comunidad.

La enfermedad mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples componentes biológicos y psicosociales. Para comprenderlo es necesario analizar las transiciones sociodemográficas, económicas, culturales, tecnológicas y políticas por las que está atravesando el país. Algunos desórdenes mentales y desviaciones han sido considerados como el producto de interrelaciones complejas entre el ambiente social y los individuos. En los últimos años se ha empezado a correlacionar la contribución de los factores externos que se generan en la vida colectiva con la iniciación de la evolución y el desenlace de estos desórdenes. Por ejemplo el alcoholismo y el abuso de sustancias psicoactivas.

Las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad mental reflejan una alteración de las funciones mentales como la atención, la memoria, el pensamiento, el estado de ánimo, la sensorpercepción, el aprendizaje y la conducta entre otros; los cuales interfieren en la vida y productividad del individuo.

El inicio de un trastorno mental puede ser súbito, sin embargo en la mayoría de las ocasiones suelen ser lentos y paulatinos y pueden ser desencadenados por una situación de intenso estrés y en otras se comportan como una enfermedad crónica. La detección temprana e intervención oportuna pueden cambiar drásticamente el curso de la mayoría de éstos, reduciendo significativamente la discapacidad que generan. Para esto es necesario que además de los servicios especializados para el tratamiento de los trastornos mentales, los servicios de primer nivel de atención conozcan acerca de estos problemas, con la finalidad de que puedan detectarse oportunamente y así tomar las medidas apropiadas prontamente, entre las que destacan la farmacoterapia y el entrenamiento familiar con modelos psicoeducativos, entre otros.

La detección temprana del trastorno mental está directamente relacionada a la evolución del padecimiento, por lo que una mejor educación sobre las enfermedades mentales ha propiciado un cambio en cuanto a la respuesta de los pacientes y familiares hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Un ejemplo claro de la necesidad de difundir más y brindar atención oportuna lo podemos observar en la población infantil, en la cual si se presenta un trastorno mental no debe esperarse que remita con el tiempo, sino que sus rasgos pueden persistir durante mucho tiempo generando desadaptación e insatisfacción, como los trastornos por déficit de atención, los trastornos del aprendizaje, la ansiedad y la depresión. Los niños acuden constantemente a los servicios de primer nivel, por lo que esta es una excelente oportunidad para monitorear su desarrollo, y detectar a tiempo sus desviaciones con la única finalidad de proporcionar ayuda médica, psicológica y social para un óptimo desarrollo. (Benassini, 2001)

Muchas veces la falta de habilidades de algunos jóvenes para la vida social también tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no fueron atendidos en el momento, así como en la vulnerabilidad evolutiva de algún trastorno en el desarrollo, predisponiendo al niño a manifestar deficiencias posteriores. Se observa que a mayor gravedad de trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generándole una conflictiva no sólo personal, sino en sus relaciones interpersonales de pareja, familiar, social y laboral.

Las determinantes de la salud que operan en una comunidad se traducen en factores de riesgo y de protección que influyen en la salud física y mental de los individuos que la integran. Los factores protectores son las condiciones, situaciones o características de la persona, familia o grupo social que funcionan como mecanismos para proteger o para potenciar sus capacidades y que les permite estar fortalecidos ante las situaciones de riesgo cuando se encuentran en una situación de adversidad. Estos moderan el impacto del estrés y regulan los síntomas transitorios para lograr el bienestar físico y psicosocial, además de reducir la posibilidad de que se presente un trastorno. (Programa de Acción en Salud, 2001)

Los factores de riesgo son todas aquellas condiciones que propician que un trastorno mental se desarrolle y pueda agravar las circunstancias, el estado de salud físico, emocional o social de la persona, familia o comunidad expuesta a los factores biológicos y psicosociales. Los factores de un solo riesgo pueden tener diversos niveles de impacto y crear combinaciones de gran efecto acumulativo. Las cadenas de riesgo operan a través del tiempo para aumentar la vulnerabilidad, como es el caso de la pobreza; sin embargo, existen otros que pueden precipitar la aparición de algún trastorno, como es el caso de la falta de atención a los hijos por parte de los padres. (Programa de Acción en Salud, 2001)

Es imperante para los sistemas de salud tener bien en claro estos factores de riesgo para trabajar con ellos y hechar mano de la prevención, pues los escenarios a futuro de la enfermedad mental no son prometedores sino por el contrario, se espera que años más adelante la enfermedad mental siga creciendo.

Las necesidades crecientes de atención en salud mental, requieren programas de intervención creativos y científicamente probados, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos. En salud mental queda claro que el tratamiento de cualquier padecimiento debe considerar el entorno en el que se desarrolla el individuo



propiciando su integración a la sociedad, considerando sus derechos humanos como una guía a seguir para la atención que se le brinde al usuario de los servicios de salud mental.

En México, actualmente se requiere llevar a cabo la transformación estructural de las instituciones psiquiátricas, motivada por los cambios de atención a las personas con enfermedad mental en el ámbito mundial. Estos cambios se construyen al crear las condiciones que favorezcan la integración social del usuario, mediante estructuras en forma de red de prevención, hospitalización y reintegración social del usuario.

## **1.2 CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD MENTAL**

Son diversas las circunstancias que en la actualidad influyen en la salud mental de la población y, que a partir de un enfoque multifactorial, se asocian a condiciones de tipo biológico (genético y ambiental) y psicosocial (económico, cultural y demográfico), que al interactuar afectan de diferente forma a individuos, familias y grupos sociales.

A continuación se describen estos factores:

### **1.2.1 Factores biológicos**

Los factores biológicos se dividen en genético y ambientales.

#### *a) Genéticos*

Se ha demostrado que muchos de los principales trastornos psiquiátricos están asociados a factores hereditarios. En el caso de la esquizofrenia, por ejemplo, un familiar de primer grado de un paciente afectado tiene alrededor de 10% de posibilidades de padecer la enfermedad, posibilidad que aumenta hasta casi 50% si el afectado es un hermano gemelo monocigótico; el trastorno depresivo presenta una agrupación familiar similar; en los familiares de primer grado es de 8 a 18 veces más probable padecer un trastorno del ánimo que en la población en general, mientras que los gemelos monocigóticos presentan una concordancia de 50%. De hecho se ha mencionado al componente genético como el primer determinante de la personalidad. En las enfermedades psiquiátricas como en la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad y los trastornos del desarrollo infantil no se ha logrado identificar un cromosoma o gen responsable, lo más probable es que la conducta sea el resultado de la expresión de los productos de miles de genes, aunque las mutaciones específicas de un único gen pueden influir en ciertos comportamientos de forma manifiesta. Actualmente el consenso de la comunidad científica propone que la enfermedad mental tiene una causa poligenética y multifactorial. (Programa de acción en Salud mental 2001)

#### *b) Biológicos ambientales*

Si bien el factor genético es considerado como el más importante en relación con la enfermedad mental, no explica por sí solo el 100% de las causas de estos trastornos. Existen factores ambientales biológicos que también se han asociado, aunque en menor medida, a los trastornos psiquiátricos. Los factores ambientales biológicos han sido identificados con más precisión y la asociación de estos con las enfermedades mentales es cada vez más evidente. Un ejemplo de ello se observa en la esquizofrenia, donde el trauma obstétrico eleva hasta siete veces el riesgo de padecerla; así mismo se han relacionado las infecciones virales prenatales, la preclamsia, el uso de sustancias tóxicas por la madre en el embarazo y el trauma obstétrico, en otros padecimientos tales como el trastorno por déficit de atención y la epilepsia, por nombrar algunos.

Las agresiones del medio ambiente sobre el desarrollo del sistema nervioso central, desde la gestación hasta la madurez repercuten en una alteración de su formación, que irá en relación directa a la intensidad de la agresión, la etapa del desarrollo en que se produzca y la vulnerabilidad genética del individuo. (Programa de acción en Salud Mental 2001)

Estas agresiones del individuo pueden ocurrir en la etapa prenatal, perinatal, y postnatal.

Dentro de *los factores prenatales* asociados más frecuentemente a los trastornos mentales, se encuentran la desnutrición, las infecciones, la incompatibilidad sanguínea, el abuso de sustancias o medicamentos y los accidentes y enfermedades de la madre.

*Los factores perinatales* más asociados al desarrollo posterior de trastornos mentales son el trauma obstétrico, las alteraciones del peso del producto, la edad gestacional, las infecciones intrauterinas y enfermedades propias de la madre como la preeclampsia.

*Los factores postnatales*, del nacimiento hasta la madurez del sistema nervioso central, pueden ser las infecciones, la desnutrición y principalmente los traumatismos craneoencefálicos, los cuales se asocian a enfermedades psiquiátricas como el retraso mental; o los trastornos debidos a causas orgánicas.

### **1.2.2 Factores psicosociales**

Los factores psicosociales son aquellos que están relacionaos con el medio ambiente físico y social; éstos siempre han estado presentes como condicionantes, en diversa medida, de la salud mental.

La modernidad económica ha producido grandes logros y avances en la vida del país, pero también ha provocado intensos desequilibrios regionales, crecimiento explosivo de la población así como la consecuente sobreexplotación de los recursos naturales; esto ha modificado la distribución territorial a partir de intensos flujos migratorios, campo-ciudad. Esta situación ha producido, además de una marcada polarización social, una demanda creciente y compleja de los grupos sociales para replantear sus valores, costumbres y estilos de comportamiento, lo que repercute de manera importante en la calidad de vida y en el bienestar de las familias y de la sociedad en conjunto. (Programa de Acción en Salud Mental 2001).

Se ha demostrado la relación entre la exposición a factores psicosociales y la salud en general; esto tiene su origen en la agresión hacia el individuo provocada por la inseguridad y tensión que se produce en el contexto físico y social. Este proceso daña la convivencia humana, propicia la aparición y mantenimiento de diversos fenómenos sociales como la pobreza, violencia urbana, violencia familiar, fuerte presión en el lugar de trabajo, inseguridad de empleo, bajo apoyo social, conductas adictivas, desintegración familiar, niños en situación de calle, explotación sexual, abuso físico de menores, entre otros, así como el incremento de los problemas epidemiológicos del subdesarrollo como la desnutrición e infecciones, que se mezclan con las enfermedades originalmente propias del primer mundo.

### 1.3 HISTORIA DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

La locura ha sido interpretada de muy diversas maneras a lo largo del tiempo, antes de llegar a ser considerada como una enfermedad que es preciso intentar comprender y curar. Anteriormente el enfermo mental solía ser excluido de la comunidad. En la actualidad se intenta no condenar a los enfermos a un aislamiento demasiado riguroso, abriéndoles en ocasiones las puertas de los hospitales psiquiátricos para que puedan tener una vida de relación lo más "normal" posible. Resulta difícil pero esta idea supone que la sociedad acepta, por fin, la idea de modificar sus actitudes hacia los enfermos y abandonar todos los prejuicios que siempre había tenido hacia ellos.

A pesar que la palabra psiquiatría data del siglo pasado. La "locura" es una realidad conocida por todas las sociedades en todas las épocas, pero que de acuerdo a dicha época se creaban tratamientos que iban encaminados a "curar" a las personas que sufrían de trastornos. Así tenemos que los exorcismos funcionaron como tratamiento por mucho tiempo manteniendo siempre la creencia de que la conducta anormal de los enfermos mentales era ocasionada por fuerzas sobrenaturales y mágicas como los espíritus malignos o el demonio, así el objetivo era expulsar al demonio que vivía dentro del individuo por medio de la magia y la oración.

La psiquiatría nació en Europa, en el momento en que la noción de trastorno mental fue desligada de sus aspectos sobrenaturales y después de que durante cientos de años se hubiera pensado que estos enfermos eran brujos o poseídos del demonio. Por esta causa, los pacientes fueron considerados durante mucho tiempo como culpables o seres peligrosos, se les encadenaba a los muros de establecimientos parecidos a las cárceles donde vivían en condiciones deplorables.

Muy a pesar de la propia psiquiatría todavía en nuestros tiempos se siguen llevando a cabo actividades erróneas encaminadas a mejorar al paciente con alguna enfermedad mental, así hay mucha gente que acude a que se le realice un exorcismo al paciente o bien los llevan con el chamán o curandero, que es un mago que se cree tiene contacto con fuerzas sobrenaturales, es el médium a través del cual los espíritus se comunican con los seres humanos. Por medio del chamán una persona afligida puede conocer que espíritus son los responsables de su problema y lo que necesita hacer para aplacarlos. El efecto de la conducta del chamán tanto para curar los trastornos como para provocarlos ilustra las interrelaciones de las creencias de la gente y las reacciones emocionales con su salud física y psicológica.

Otro tratamiento aún más antiguo que el anterior fueron las trepanaciones que se empleaban con el mismo fin expulsar a los espíritus malignos que influían sobre la conducta de la persona. En esta técnica se utilizaba una herramienta con filo, como una piedra, para hacer un orificio en el cráneo. En los países del norte de África y el este del mediterráneo se han encontrado evidencias de que la trepanación se realizaba desde el año 3000 al 2000 a. C. (Sarason, 1996)

Los filósofos de la antigua Grecia fueron los primeros en escribir sobre los enfoques psicológico y orgánico de la conducta anormal, los escritos de dichos filósofos constituyen los cimientos para los avances de la era moderna.

Dentro de los griegos que contribuyeron a la psiquiatría podemos mencionar a Hipócrates Sócrates, Platón y Aristóteles, en sus acercamientos por entender el comportamiento humano y las emociones así como la ubicación de las mismas en el cerebro.

Galeno (130-200 a. C.) el médico romano más notable consolidó una teoría acerca de los humores y su relación con el temperamento y carácter personales. Los cuatro humores (fluidos del cuerpo) eran sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, se pensaba que los desequilibrios entre los humores provocaban distintos trastornos, pues Galeno consideraba que las características psicológicas eran expresiones de los procesos corporales y como tales sufrían la influencia de una combinación o equilibrio particular de los cuatro humores. (Postel y Quetel, 2000)

Con la caída de la antigua cultura griega y del imperio Romano, surge la Edad Media y con esta el advenimiento de creencias religiosas antiguas y radicales. Durante los primeros años de la Edad media se tenía un espíritu cristiano de caridad sobre todo hacia los grupos estigmatizados como los de las personas con enfermedades mentales, pero pronto la iglesia llegó a controlar la práctica de la medicina, definiendo sus objetivos y prescribiendo tratamientos para las distintas condiciones, este control reflejó un sentimiento de caridad hacia las personas que sufrían donde la iglesia tuvo un papel positivo, pero negativo cuando se tornó intolerante, autoritaria y represiva.

Las teorías creadas por los filósofos sabios de la antigua Grecia fueron abandonadas rápidamente, y a finales de la Edad Media a pesar que muchas personas todavía conservaban un punto de vista benigno y natural de las enfermedades mentales, aumentó el antiintelectualismo y la creencia en la magia y la brujería. (Postel y Quetel, 2000)

Durante el Renacimiento se incrementó el humanismo, la curiosidad por la naturaleza y el interés por el saber y poco a poco se obtuvo atención a la idea de que la conducta irracional se podía entender de forma racional. Johann Weyer (1515-1576), médico del siglo XVI, enfatizó el conflicto psicológico las relaciones interpersonales como las causas de los trastornos mentales, defendió el hecho de tratar a las personas anormales mediante la medicina y no por medio de la teología y describió una amplia gama de conductas anormales, incluyendo los trastornos que en la actualidad se conocen como paranoia, epilepsia, psicosis, depresión y pesadillas recurrentes. Los escritos de Weyer representan un paso significativo hacia la separación de la psicología anormal de la teología. (Sarason, 1996)

Los siglos XVII y XVIII fueron los de la edad de la Razón y de la Ilustración, conocidos porque la razón y el método científico reemplazaron a la fe y el dogma como formas de comprender el mundo natural, es durante estos siglos que se rechaza la idea de que los demonios y las causas sobrenaturales provocaban la conducta anormal, así a finales del siglo XVIII la superstición había sido reemplazada casi en su totalidad por un compromiso con la racionalidad, la observación científica y el trato humano de los enfermos mentales.

A partir de fines del siglo XVII y hasta el siglo XIX surgió el interés por la fisonomía, atribuyendo el carácter, la personalidad y los sentimientos a la forma del cuerpo sobretodo del rostro. Hacia el siglo XIX surge un nuevo planteamiento encabezado principalmente por Franz Joseph Gall (1758-1828), la frenología, esta teoría sugería que el tamaño del cerebro y el desarrollo mental estaban relacionados, las distintas facultades psicológicas se localizaban en áreas específicas del cerebro. (Sarason, 1996)

Los avances de los siglos de la Edad de la Razón y de La Ilustración dieron paso a un nuevo movimiento en el cual se incrementó la compasión por las personas con trastornos mentales, durante el movimiento de Reforma del siglo XIX, Philippe Pinel (1745-1826), un líder en la reforma de los hospitales mentales franceses, instituyó el movimiento de tratamiento moral, apoyando con firmeza la idea de que lo que se necesitaba era un cuidado humano y tratamiento. Pinel ordenó que quitaran las cadenas a los internos impulsado por Jean Baptiste Pussin quien fuera paciente de la Bicetre. Pinel tuvo que luchar contra la idea de que las instituciones para los dementes eran más necesarias para proteger a la sociedad, que para ayudar a los enfermos. Tiempo después también instituyó reformas en la Salpêtrière, hospital para mujeres en Paris. (David y Derald, 1994)

En Europa y América se esparció la idea de la Reforma y así:

En Inglaterra William Tuke (1732-1822) estableció un refugio en York para el tratamiento moral de pacientes mentales.

En los Estados Unidos tres individuos hicieron contribuciones importantes a la evolución del tratamiento moral. Benjamín Rush, Dorothea Dix y Clifford Beer. (David y Derald, 1994)

Benjamín Rush intentó entrenar a médicos para tratar a pacientes mentales e introducir políticas de tratamiento más humanas en los hospitales psiquiátricos. Dorothea Dix trabajó para reformar la legislación y recaudar fondos para establecer hospitales mentales apropiados.

Beers fue un paciente que desde su propia vivencia relató en un libro la experiencia de los malos tratos a los que eran sujetos los pacientes en los hospitales mentales. Beers fundó el Comité Nacional de Higiene Mental, una organización dedicada a educar al público acerca de la enfermedad mental y sobre la necesidad de tratar a los enfermos mentales.

Ejemplos de los métodos infrahumanos a los que se oponían eran “los barcos de tontos”, barcos en los cuales se le pagaba al capitán para que se llevara a los enfermos mentales lejos de la comunidad afectada. O el caso del Hospital de St. Mary of Bethlehem en Londres, donde el público en general iba con frecuencia a observar las extravagancias de los pacientes y fungía como un espectáculo. (David y Derald, 1994)

Otro gran avance del movimiento de Reforma europeo fue la creación de instituciones para el tratamiento de niños con problemas mentales. Hasta 1850, a los niños se les internaba en las mismas instituciones que a los adultos. Las instalaciones inadecuadas o inexistentes para los niños se debían en parte, a la definición entonces estandarizada de demencia como pérdida de la razón, se creía que la niñez era la época anterior a la adquisición de la razón.

Sin embargo para mediados del siglo XIX los libros de texto que trataban las anomalías psicológicas incluían secciones sobre los niños, que utilizaban términos como "la demencia de edad temprana". Más adelante se desarrollaron instituciones especiales no sólo para el cuidado y tratamiento de los niños trastornados, sino también para aquéllos que padecían retraso mental. (Sarason, 1996)

Durante siglos la atención psiquiátrica fue de tipo hospitalario y carcelario a pesar de todos los esfuerzos que realizaron en contra los humanistas ya mencionados. Las actividades de la psiquiatría se realizaban en viejos manicomios con métodos terapéuticos anticuados, limitados, e inhumanos. No existían actividades preventivas y sus excursiones en la comunidad se efectuaban en forma esporádica.

Este aislamiento determinó lo que muchos psiquiatras contemporáneos han denominado la alienación de la psiquiatría.

#### ***1.4 LA PSIQUIATRÍA EN MÉXICO***

Se sabe que entre los mexicas, a la llegada de los conquistadores, se adiestraba a quienes habrían de dedicarse al arte de curar, se les enseñaba a reconocer las propiedades medicinales atribuidas a las plantas.

En sus códigos tanto de comprensión como filosóficos la locura no se encontraba contenida y menos como problema de salud de sus pueblos. Para esta forma de cosmovisión los afectos y las pasiones humanas eran susceptibles de conjuro a través de la magia, sus ritos y la palabra autorizada de alguno de sus miembros. Su destreza en el uso de diversas plantas les facultó para producir estados de relajamiento o bien alucinatorios.

Probablemente entre sus conocimientos existiese el conocimiento terapéutico de su gente mediante psicotrópicos, ansiolíticos y hasta antipsicóticos derivados de sustancias vegetales.

Algunas plantas que modifican la conciencia e inducen "experiencias reveladoras" como el peyote, hongo teonanacat y el ololiuhqui fueron usados por chamanes, sacerdotes y autoridades civiles, únicas a quienes les estaba permitido hacerlo para establecer contacto con los dioses y aconsejar acerca de su curación. (Castañeda, 1991)

A diferencia de otros países de América, México se adelantó en la obra pía de crear instituciones que tuvieran bajo su cuidado a los "dementes" que mal alimentados y semidesnudos deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles. El primer Hospital en el continente dedicado al cuidado de tales enfermos fue fundado en 1566 por Fray Bernardino Álvarez, llamado San Hipólito. (De la Fuente, 1997)

Bernardino buscaba brindar un asilo a este tipo de pacientes usualmente rechazados por los hospitales comunes y corrientes y por la misma sociedad. Sin embargo su enfoque

asistencial y piadoso impedía brindar tratamientos adecuados a dichos pacientes ya que su preparación médica dejaba mucho que desear.

La obra pía de cuidar al enfermo mental no solamente fue ejercida por los hermanos de la caridad, a quienes se conocía con el nombre de Hipólitos, sino también los hermanos de San Juan de Dios, los Juaninos, etc. Esta orden afanada en España por su labor en pro del enfermo indigente y entre ellos muy especialmente del enfermo mental, se instala en México en 1604, representada por solo cuatro miembros con Fray Juan de Zequirá como superior. (De la Fuente, 1997)

Las fundaciones hospitalarias regentadas admitían enfermos mentales sin estar destinadas específicamente a su atención, pues dirigían sus beneficios a todo tipo de indigentes. Así los "alienados" pudieron recibir atención al menos alimentaria.

Durante los años de 1604 y 1748 se fundaron hospitales a lo largo de toda la Nueva España con la única finalidad de brindar atención y resguardo a los más necesitados entre ellos los pacientes psiquiátricos siempre bajo la idea de la caridad cristiana, por lo que se dedicaban a asilar pacientes y no darles un tratamiento adecuado.

Un personaje importante resultó ser José Sáyo, un carpintero quien resolvió junto con su esposa alojar en su propio hogar a algunas enfermas mentales abandonadas por sus familiares y por la sociedad. Con el apoyo de D. Francisco de Aguilar y Seijas Arzobispo de México alojó provisionalmente en el año de 1690 a 60 mujeres quienes permanecieron ahí hasta que la congregación del Divino Salvador compró una casa en la calle de Canoas con el objeto de construir un hospital para enfermos mentales en el año de 1700. (Calderón, 1984)

Con el nacimiento del siglo XX, y como una de las obras realizadas para conmemorar el primer Centenario de la Independencia, el gobierno de Porfirio Díaz inauguró el 1º de Septiembre de 1910 el Manicomio General de la Castañeda, con un cupo que se calculó no pasaría de 800 a 1000 enfermos el Manicomio General llegó a alojar a 3500 enfermos cumpliendo firme y calladamente con su papel asistencial, sin rechazar jamás a ningún enfermo, atendiendo a las clases más débiles del país. (De la Fuente, 1997)

El Manicomio de la Castañeda resultando insuficiente provocó que los conceptos de asistencia psiquiátrica se modificaran y en el año de 1944 se fundó la Granja de Recuperación para enfermos mentales de León Guanajuato. El concepto de Hospital granja modificó el sistema manicomial de tipo carcelario que durante muchos años había sido característico de los hospitales psiquiátricos, rejas, candados y control coercitivo fueron abandonados, el nuevo establecimiento tenía puertas abiertas y en él el enfermo mental encontraba una remotivación para su vida en el propio ambiente. Se daba especial importancia a la Terapia Ocupacional, mediante la cual el paciente se adaptaba a las normas de la vida social, a los hábitos de trabajo, a la responsabilidad personal y a la convivencia pacífica. La terapia recreativa también fue especialmente estimulada de tal forma que dentro de la comunidad el enfermo trabajaba, producía, consumía, se divertía, descansaba y al mismo tiempo, recibía todos los beneficios de la terapéutica psiquiátrica. (Calderón, 1984)



En los primeros meses de 1965 el nuevo gobierno Gustavo Díaz Ordáz, considerando las características obsoletas de las instalaciones con que contaba el Manicomio General de la Castañeda, dio instrucciones de suprimirlo para sustituirlo por instalaciones modernas que estuvieran de acuerdo con la evolución que la psiquiatría había sufrido en los últimos años. (Calderón, 1984)

Tomando en cuenta las necesidades en cuanto a la cantidad y estado de enfermos y del gasto económico se crearon los siguientes Hospitales:

Hospital "Fray Bernardino Álvarez", para enfermos agudos de ambos sexos mayores de 18 años, cuyas funciones básicas debían ser la prevención de enfermedades mentales, el diagnóstico y tratamiento de las mismas, la rehabilitación de los pacientes que padecen alguna enfermedad mental, la enseñanza y la investigación.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", para rehabilitación psiconeurológica, con la finalidad de dar alojamiento permanente a niños que deben ser internados en forma custodial. Cuenta con una sección para enfermos agudos que ameritan estancias breves, ya que el concepto moderno de tratamiento para niños aconseja limitar hasta donde sea posible la estancia de los pequeños pacientes en el hospital. Cuenta con una consulta externa breve, y con una guardería para preescolares que no ameritan hospitalización, pero requieren asistir durante un periodo más o menos largo a consulta externa para su tratamiento rehabilitatorio, también cuenta con un hospital diurno con las mismas características para niños mayores.

Se crearon tres Hospitales Campestres, El Hospital "Dr. Rafael Serrano", ubicado en Batán Puebla, Hospital "Samuel Ramírez Moreno", en Tlahuac D.F. y el Hospital "Dr. Adolfo Nieto".

Se creó un hospital hogar para enfermos de difícil recuperación. El "Hospital Psiquiátrico Hogar Campestre Dr. Fernando Ocaranza".

Con el objetivo de instalar en forma adecuada a los enfermos mentales crónicos, se planeó y construyó esta unidad en Tizayuca Hidalgo. Este Hospital tuvo como función: La atención de pacientes adultos y adolescentes que tienen muy bajas probabilidades de rehabilitación lo que supone estancias prolongadas y, en ocasiones definitivas.

El promedio calculado de estancia para dichos hospitales, fue de dos meses para el Hospital de agudos, y de ocho meses para los hospitales campestres, tratando de reducir al mínimo la estancia en estos.

Aún así con el tiempo todas estas Instituciones creadas fueron resultando insuficientes para la demanda de pacientes enfermos mentales que actualmente existe.

A diferencia de lo que se pensaba hace alguna década, actualmente no se pone en duda que existan hospitales psiquiátricos, ya que estos han demostrado ser necesarios y efectivos en el manejo de los cuadros agudos del padecimiento; sin embargo, debe destacarse que también se considera que no son la única opción para el tratamiento de los trastornos mentales. Lo que ahora se pretende crear es una continuidad comunidad-hospital.

Un importante resultado de este cambio de visión se encuentra en que el paciente transita del hospital psiquiátrico a la comunidad en un menor tiempo posible, lo que a su vez reduce los costos del tratamiento.

En la actualidad el sector salud cuenta con Instituciones especializadas, hospitales psiquiátricos, y con un área de atención especial dentro de algunos institutos y hospitales generales para el manejo del paciente agudo, y con un área de consulta externa, en donde se llevan a cabo los programas de prevención, atención y rehabilitación del enfermo mental.

La psiquiatría institucional se practica como especialidad en los organismos asistenciales para promover la salud mental, procurar la prevención de los trastornos mentales y proporcionar el tratamiento, la rehabilitación y la investigación de la enfermedad mental.

Además en algunas Instituciones hay un manejo psicoterapéutico que posibilita el manejo integral del enfermo mental y con ello su más pronta incorporación a la sociedad. El manejo de Hospital de Día es un concepto que se está constituyendo y la experiencia obtenida es satisfactoria, ya que disminuye el número de recaídas y se logra una mejor reinserción del paciente a la sociedad.

Hasta hace pocos años se abordaban los problemas relacionados con los padecimientos psiquiátricos utilizando un criterio fundamentalmente asistencial, como lo hizo el primer hospital creado en América "San Hipólito" hasta el viejo "Manicomio de la Castañeda" en donde los programas de prevención y de rehabilitación eran muy poco observados. Fue hasta 1968 que se inició un esfuerzo por un manejo integral del paciente con enfermedad mental brindando una mejor atención tanto al paciente como a la familia.

### **1.5 MODELOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA**

Hacia finales de la década de los 60's se dieron grandes cambios que permitieron el avance de la psiquiatría, en primer lugar tenemos la aparición de dos fármacos que revolucionaron inclusive el concepto mismo de la psicopatología: la clorpromazina y la imipramina. Pero sin lugar a dudas otro de los cambios favorables fue la creación de nuevas alternativas para el tratamiento de pacientes psiquiátricos, esto en respuesta a las críticas hacia el hacinamiento, maltrato, y exclusión que caracterizaba a la gran mayoría de las instituciones psiquiátricas a nivel mundial, y aunque en otros países principalmente de Europa y Estados Unidos ya se habían creado programas nuevos, en México fue hasta 1968 que se comenzó con una reforma psiquiátrica.

Los nuevos modelos subrayan la influencia de los factores familiares y sociales y las experiencias infantiles en la etiología del trastorno mental; lógicamente desde esta perspectiva el aislamiento social del paciente no favorece su curación.

Las críticas que se hacen al manicomio en esta época no solo se basan en las condiciones de vida de los internos y en los métodos empleados, sino que se cuestiona la utilidad misma de la institución. Los argumentos fundamentales fueron que el paciente institucionalizado pierde su identidad como persona y el control de su vida. En el manicomio las conductas

del paciente son interpretadas indiscriminadamente como síntomas de la enfermedad, la palabra del paciente pierde todo su valor ya que es la palabra de un "loco".

La idea de apartar al enfermo mental de la sociedad tenía que erradicarse en función de que la segregación social causaba en el paciente aislamiento, lo cual no favorecía en nada a su rehabilitación pues era solo contribuir a su sintomatología en sí, ya que uno de los síntomas más frecuentes es la retracción social y la dificultad para entablar relaciones interpersonales.

La base de estos cambios surgió con el nacimiento de la concepción de "*comunidad terapéutica*", entre 1946 y 1958 por el Dr. Maxwell Jones quien impulsó esta clase de tratamiento psicosocial en los años 50's en el Hospital Belmont, de Londres. (Jones M., citado en Ryan 1982).

El principio teórico básico era el tratamiento del paciente a través de la relación con otros pacientes, con sus familiares y con el personal que se ocupa de su tratamiento.

En este sentido fue un retorno a los valores del tratamiento moral, pero con un énfasis mucho mayor sobre la participación democrática de los pacientes. También, en un sentido mucho más amplio que antes, se estableció un mayor énfasis sobre el ambiente social, considerado como un elemento esencial en el tratamiento, por lo que tuvo lugar todo tipo de actividad dentro de un contexto de grupo, esto incluyó los grupos de trabajo y los de elección de nuevos pacientes así como los grupos de terapia y de retroalimentación.

Rapoport (1959) propuso cuatro criterios para definir la comunidad terapéutica: la democracia, la confrontación, la permisividad, y el comunalismo. La democracia en una institución burocrática como un hospital mental, da un enfoque sobre cómo, cuando y por quién se toman las decisiones claves de la institución. Una democracia se define cuando el personal del hospital, así como sus pacientes tienen una participación completa en la toma de decisiones de la institución. Los principios de la confrontación y de la permisividad están vinculados. La confrontación ocurre cuando el paciente recibe una retroalimentación del personal y de los demás enfermos frente a su conducta inadecuada. Finalmente el comunalismo implica que se anulan hasta el punto máximo posible todas las diferencias entre el personal y los enfermos. (Ryan, 1982)

En Francia, Daumenzon y Koechlin en 1952 propusieron el término terapia institucional que se refiere al intento de reproducir en el hospital las condiciones del medio en que vivía el paciente con un fin psicoterapéutico.

A lo largo del siglo XX surge la preocupación por actividades preventivas. Las teorías psicoanalíticas postulan que los trastornos mentales tienen su raíz durante la infancia. Se crean clínicas de orientación infantil y se promueven intervenciones en colegios y en grupos de riesgo con carácter fundamentalmente preventivo. La acción preventiva se extiende a intentos de modificar condiciones sociales, que se piensa son influyentes en la salud mental.

Algunos de los principios teóricos fundamentales de la psiquiatría comunitaria son:

La institucionalización favorece la regresión y la cronicidad por lo que el tratamiento de elección debe mantener al paciente en su medio habitual. Desaparece por tanto el hospital como lugar principal de tratamiento.

Se deben detectar y modificar los factores considerados de riesgo para la enfermedad mental, es decir realizar atención primaria.

La intervención en fases iniciales del trastorno mejora el pronóstico (prevención secundaria).

Se deben implementar medidas de rehabilitación social que favorezcan la reincorporación del paciente a su medio, esto es prevención terciaria. Estas medidas están indicadas también en pacientes que han permanecido largo tiempo hospitalizados y tienen como objetivo permitir la vuelta de estos pacientes a la comunidad, proceso conocido como desinstitucionalización. (García, 1992)

La psiquiatría comunitaria sustituye el protagonismo del hospital como lugar básico del tratamiento, aunque no niega su utilidad en determinadas situaciones, promoviendo la creación de los Centros de Salud Mental que son los dispositivos donde se desarrolla la asistencia psiquiátrica. Al mismo tiempo se va produciendo el movimiento de desinstitucionalización de los pacientes de los hospitales psiquiátricos, se va desarrollando el tratamiento en los hospitales generales también. A partir de la 2ª. Guerra Mundial se desarrolla una psiquiatría de enlace a raíz de la evidencia de la creciente morbilidad psiquiátrica en los departamentos médicos de los hospitales generales.

Dados estos cambios que siguen la dirección que desde tiempo atrás ya habían analizado luchadores sociales como Pinel y Tuke con sus tratamientos morales, se dio un giro en el tratamiento psiquiátrico que en primera instancia debería incluir modificaciones en la organización del cuidado hacia el enfermo mental y en segundo lugar nuevos programas que facilitarían la rehabilitación social del paciente. Fue hasta entonces que se comenzaron a crear nuevos servicios de hospitalización entre los que se incluían servicios de consulta externa, servicios de emergencia, unidades de hospital de día, villas, casas de medio camino, residencias comunitarias, talleres protegidos, etc. todas estas alternativas fueron creadas con el objetivo de ser servicios de intervención de corta duración, enfatizándose el carácter de transición entre el hospital y la comunidad, y para evitar los efectos negativos de la internación a largo plazo y prevenir en lo posible la institucionalización innecesaria. Además de buscar la reintegración social. Manteniendo el internamiento como un elemento terapéutico importante, que solo se llevará a cabo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones en la comunidad.

La rehabilitación tiene como meta la creación de nuevos vínculos sociales, la construcción de expectativas, proyectos vitales y habilidades que permitan acceder a otros espacios y promuevan la interacción y los intercambios. Si la discapacidad psíquica se expresa sobre todo en el área de las interrelaciones y de las actividades sociales deben ser los procesos de

interacción y de inserción en el contexto social los que se permitan para activar nuevas capacidades e impulsar la rehabilitación. (García, 1997)

La rehabilitación forma parte de los derechos humanos que tienen las personas con discapacidades, es decir debe de estar incluida en forma concreta entre las estrategias de atención y en el derecho a tener las oportunidades para lograr el mejor funcionamiento posible. De ahí, ese carácter de exigencia a que sea contemplada como un elemento más de los sistemas de atención sanitaria.

Así pues se entiende a la rehabilitación psicosocial, como un conjunto de actuaciones tendientes a que las personas con discapacidades, en este caso psíquicas, puedan lograr un funcionamiento óptimo, utilizando al máximo sus recursos y capacidades, las que les queden y puedan construir en un contexto social normal, y llegar a desenvolverse creando relaciones y sociabilidad al mejor nivel posible. (García, 1992)

La función de la rehabilitación se articula en la continua tensión existente entre necesidades y activación y creación de nuevos recursos. Desarrollar nuevos recursos y recuperar nuevas capacidades es una condición necesaria e imprescindible para cualquier programa de rehabilitación psicosocial; pero esa activación de capacidades hay que pensarla siempre de forma concreta, en un entorno determinado en el que se puedan aplicar, ejercer y ser reconocidas. (García, 1997)

Los programas de rehabilitación psicosocial han de hacer un abordaje integral promoviendo siempre contextos que favorezcan el desarrollo y la evolución de las capacidades que aún conserva cada persona y abriendo procesos graduales hacia una mayor autonomía que respeten los ritmos propios y peculiares de la misma, pero en los que nunca se puede establecer un final predeterminado. Para entender mejor el tiempo y los ritmos de la rehabilitación es conveniente preguntarse ¿Cuánto tiempo necesita una persona para fiarse de los otros y tener confianza en sí misma, tras una experiencia de pérdidas y de interacciones con un entorno hostil?

Los estudios sobre la evolución de la persona confirman que no se evoluciona solo, sino que se realiza mediante la interacción con otros, en entornos apropiados y con la recepción de los aportes que en cada periodo o estado se van necesitando. (García, 1997)

Dentro del proceso de rehabilitación es absolutamente necesario considerar la intervención con las familias y la mejora de las relaciones con ellas. Difícilmente se podrán producir cambios y evolución si la estructura familiar no se encuentra apoyada y preparada para tolerarlos.

Casa, Hogar están directamente relacionadas con un conjunto de actividades de la vida cotidiana y con la satisfacción de necesidades, que son fundamentales para preservar la identidad, la autoestima y la autonomía, salvaguardando precisamente aquello que más se deteriora por los efectos que produce la institucionalización, por eso es indispensable poner a disposición de algunos pacientes lugares de vida, como lo son hogares protegidos, comunidades terapéuticas, que contribuyan a combatir el sentimiento de desvinculación, de no pertenencia y favorecer el proceso de reapropiación.

A continuación se describirán los programas comunitarios que están directamente relacionados con un conjunto de actividades de la vida cotidiana y con la satisfacción de necesidades que son fundamentales para preservar la identidad, la autoestima y la autonomía salvaguardando así aquello que más se deteriora por los efectos que produce la institucionalización.

### *Villas*

La Villa es un área de estancia hospitalaria con la estructura de una casa común, en donde los usuarios tendrán una estancia máxima de 3 a 6 meses. Dentro de las villas los usuarios reciben atención médico psiquiátrica las 24 horas del día. Son de puertas abiertas hacia las áreas comunes y para su operación es necesario contar con un área de talleres de rehabilitación, tienda, cafetería, salón de usos múltiples para usuarios, una unidad de atención médica en cuidados especiales, oficinas administrativas, etc. todo esto rodeado de áreas verdes.

En las Villas se intensifican las acciones de rehabilitación con constantes salidas voluntarias de los usuarios a la comunidad. También existen talleres a los que los usuarios asisten voluntariamente y en los que reciben un apoyo económico por su participación. Los usuarios que estén en condiciones óptimas, si así lo desean, pueden solicitar un permiso para salir a realizar diversas actividades en la comunidad y regresar al término de éstas a la villa.

### *Casas de Medio Camino*

La casa de medio camino se inició en Inglaterra en 1879, el propósito básico de la casa de medio camino es el de actuar como un puente entre el hospital y la comunidad. Se esperaba que el proceso de rehabilitación se iniciara en el contexto hospitalario y se continuara en la casa de medio camino, permitiendo un flujo constante entre uno y otra, para facilitar así el regreso del paciente a su propia comunidad, donde pudiera permanecer viviendo normalmente luego de haber terminado exitosamente el largo proceso de rehabilitación, es decir, se veía a la casa de medio camino como una inoculación social que daría a los pacientes una inmunización a las tensiones y conflictos de la vida normal comunitaria.

En estas casas sólo pueden vivir usuarios que lo soliciten voluntariamente y el tiempo de permanencia de los mismos será de acuerdo a su proceso de evolución. Las casas cuentan con un acompañante terapéutico. Son casas habitación con todos los servicios que requiere una casa en común y como no son parte del modelo médico, no existen consultorios dentro de las mismas.

Uno de los problemas a los que se enfrenta es que muchos de los pacientes se vuelven muy dependientes y no pueden, o no quieren, regresar a vivir con sus familias en la comunidad, debido a la comodidad que les rodea.

### *Residencias Comunitarias*

Básicamente son lugares para pacientes que necesitan acomodo permanente en la comunidad, que no pueden o no quieren regresar a vivir con sus propias familias, y que no están en condiciones de trabajar tiempo completo y diariamente. Está formada por un

número pequeño de pacientes que viven de manera voluntaria e independiente ya que el personal no vive con ellos y solo los visita esporádicamente, por lo que los pacientes disfrutan de un grado de independencia mucho más amplio que los de las casas de medio camino. Lo cual en ocasiones se convierte en una desventaja pues permite que los pacientes tomen la opción de no hacer absolutamente nada durante todo el día, en este sentido el paciente tiene la libertad de poder mantenerse tan inactivo como en cualquier granja para pacientes crónicos.

### *Talleres protegidos*

En estos talleres los usuarios aprenden un oficio y reciben apoyo económico por su participación, con el fin de que en un futuro puedan lograr su autonomía económica a través de un trabajo formal remunerado. En estos talleres no se cobran cuotas de recuperación.

Dentro del modelo médico se crearon diferentes servicios cuyo objetivo fundamental fuera la corta estancia en el hospital, un ejemplo muy claro de esto es la modalidad de hospitalización parcial, la cual se explica a continuación.

## **1.6 LA HOSPITALIZACIÓN PARCIAL**

Un proyecto de gran importancia en los últimos años fue el uso flexible del hospital psiquiátrico para elaborar programas en los cuales los pacientes asisten al hospital durante periodos específicos del día, de la tarde, de la noche o en los fines de semana. Dichos programas reciben la denominación genérica de hospitalización parcial, y están diseñados para pacientes con algún trastorno mental pero que pueden mantenerse a un nivel mínimo en la comunidad sin hacerse daño así mismos ni a otros.

Los términos de hospitalización de día y hospitalización parcial se emplean indistintamente y son utilizados para nombrar un tipo de servicio que como su nombre lo indica es de medio tiempo y solo requiere de cierta parte del día, es decir no se necesita que el paciente se quede en el hospital sino que se le permite que terminando sus actividades regrese a su hogar.

Este servicio se ofrece a diferentes grupos de poblaciones y edades, así existe para niños, adolescentes, adultos y ancianos, pacientes en crisis, subagudos, agudos y crónicos y también pacientes con diferentes diagnósticos. (De la Llera, 2002)

### **1.6.1 Definición de la Hospitalización Parcial**

La hospitalización parcial es una alternativa para pacientes que no están en condiciones de mantenerse como ambulatorios pero que tampoco su sintomatología justifica el internamiento. Su objetivo es dar asistencia psiquiátrica por periodos limitados, facilitando una vía de reintegración psicosocial. (Rozanes, 1984)

Este tipo de servicio no solo representa una alternativa a la hospitalización de tiempo completo, sino que también pueden funcionar como estaciones terapéuticas de transición entre el hospital y la comunidad, como centros de rehabilitación de pacientes crónicos y como centros de tratamiento intensivo para cierto sector de población de alto riesgo.

Hospital de Día es un instrumento terapéutico con un campo definido que es la patología; destinado a pacientes que necesitan un programa terapéutico más completo que los servicios de consulta externa y sin los requerimientos de la residencia de 24 horas ofrecida por las unidades de hospitalización. Puede estar basado en una estructura hospitalaria, un centro de salud mental, o un local autónomo dentro de la comunidad. (Washburn 1976, citado en Río del y Verduzco, 1979)

La Asociación Americana de Hospitalización Parcial (AAHP), define a la hospitalización Parcial como un programa de tratamiento ambulatorio que incluye diagnóstico, tratamiento médico psiquiátrico, psicosocial, prevocacional diseñado para pacientes con un serio desorden mental y que requieren un coordinado, intensivo, comprensivo y multidisciplinario tratamiento, permitiendo una mayor flexibilidad y menos restricción en el programa terapéutico ofreciendo una alternativa al tratamiento intrahospitalario. (citado en De la LLera, 2002)

Para Cameron (1947), el hospital de día se concibió como una extensión y complemento del trabajo en la unidad de ingresos, y hasta la fecha ha venido funcionando en asociación con un departamento de internos.

Creed, Black y Anthony, consideran que la hospitalización parcial cumple dos funciones, primero es una alternativa a la asistencia en régimen de ingreso y segundo es un servicio de transición entre el régimen interno y el alta. Los criterios usuales acerca de quien es susceptible de ser atendido en un programa de hospital de día tenían carácter de exclusión. Los criterios más habituales han sido el potencial lesivo para uno mismo o para los demás, el abuso de sustancias tóxicas y el retraso mental. (Citado en Kaplan y Sadock, 1998).

Dentro de los objetivos que deben cumplir los programas de hospitalización parcial encontramos los siguientes: (West y cols., citados en Ryan, 1982).

- Facilitar la resolución o la estabilización de síntomas agudos o subagudos.
- Impedir el deterioro de la condición clínica en pacientes de consulta externa.
- Apoyar a los pacientes crónicos que solamente con ese tipo de ayuda pueden permanecer en la comunidad.
- Crear programas específicos para grupos de alto riesgo o con necesidades especiales, como farmacodependientes, alcohólicos, adolescentes con trastornos emocionales transitorios, etc.
- Diagnosticar a pacientes que necesitan un periodo prolongado de observación antes de poder precisar un tratamiento adecuado.

Existe evidencia acerca de que la hospitalización parcial es más eficaz que la hospitalización de tiempo completo en el proceso de reintegración de los pacientes a su



comunidad. Ha sido en el terreno del ajuste y funcionalidad social del paciente en donde se han observado mejoras significativas en los tratamientos de hospitalización parcial, esta modalidad terapéutica previene o minimiza los procesos regresivos de infantilización y de estigmatización social que han sido asociados con la hospitalización de tiempo completo. (Rozanes 1984).

### ***1.6.2 Antecedentes históricos de la Hospitalización Parcial***

El primer hospital de día organizado para personas con severas perturbaciones fue el Hospital Psiquiátrico de Moscú en 1933. A pesar de que este centro de Día es poco conocido y que probablemente tuvo poco efecto en los desarrollos posteriores del mundo occidental es preciso reconocer que fue el primero en su modalidad. (Río del y Verduzco, 1979)

Los precursores del Hospital de Día en el mundo occidental, hospitales en los cuales los pacientes eran atendidos en una estructura diurna fueron: Adams House Sanatorium en Boston en 1935, y el Hospital Lady Chichester en Hove Inglaterra en 1938.

El primer Hospital de Día en Inglaterra, fue establecido en el Instituto de Psiquiatría Social en los años 40's.

Al lado de estos precursores, el primer hospital de día organizado en América para pacientes psiquiátricos severamente enfermos fue establecido en abril de 1946 en el Instituto Psiquiátrico Allan Memorial, en Montreal Canadá por Cameron.

Los conceptos de Cameron sobre Hospital de Día consideraban como esencial que el Tratamiento psiquiátrico consistía en un intercambio de personas y esto estaba muy lejos de parecerse a la sala de medicina o a los pabellones, sino más bien el paciente podría ser tratado en la oficina del Dr. o doquiera que se encontrara con otras personas, con el personal u otros pacientes y que para esto la cama no era necesaria. En la mayoría de los preceptos de Cameron conceptualiza al individuo como un ser incompleto que necesita de las relaciones con otros para llegar a su total expresión.

Paralelamente al trabajo de Cameron Joshua Bierer en Londres iniciaba un movimiento de Hospitales Diurnos. En este nuevo Hospital se ponía el acento en estimular a los pacientes a producir por sí mismos los cambios necesarios para su rehabilitación (Self Government). Bierer con una visión más avanzada llamó a su Hospital de Día, Centro de Psicoterapia Social, indicando con esto que sus tratamientos estaban dirigidos no sólo a lo somático sino también a la persona y a su mundo circundante.

El primer programa de hospitalización parcial de Estados Unidos se creó en la Universidad de Yale en 1948, seguido de programas en la Menninger Clinic en 1949, y el Mental Health Center de Massachussets, en 1952. Cada servicio proporcionó programas de tratamiento individualizados para determinados pacientes que pudieran ser tratados fuera del régimen interno.

A partir de estos inicios, el Hospital de Día como servicio para la atención psiquiátrica se ha establecido como una alternativa que se utiliza en todo el mundo (Río del y Verduzco, 1979).

Harris (1957) impulsó la idea de "los hospitales diurnos son lugares en que los enfermos ocupan gran parte de su tiempo útil bajo un régimen terapéutico desde el cual vuelven a sus hogares o vivienda por las noches".(Río del y Verduzco, 1979).

Pitt y Markowe consideran los siguientes aspectos como fundamentales del Hospital de Día:

- El tratar a los enfermos que de otra forma habrían necesitado hospitalización.
- Facilitar la transición desde los hospitales a la comunidad y
- Garantizar tratamientos que por su complejidad no podrían llevarse a cabo en el consultorio externo.

Los programas de hospitales de día varían en dos campos asociados al tema del tiempo: duración de las estancias y límite de tiempo. La duración de las estancias suele etiquetarse como breve, a corto plazo, a largo plazo o similares, pero generalmente sin definición o especificación del número de días. El segundo aspecto es la limitación del tiempo para dar de alta a un paciente, a menos que éste se marche antes por propia voluntad.

Actualmente, los programas de hospitalización parcial se utilizan para tratar una amplia gama de trastornos y utilizan diversas técnicas de tratamiento con diferentes orientaciones. Pueden identificarse los siguientes objetivos:

- Una alternativa al tratamiento interno.
- Una modalidad de transición del tratamiento interno a externo que permita al paciente volver a su hogar en una etapa anterior del curso de la enfermedad.
- Una alternativa al tratamiento externo para los individuos que están en un mayor riesgo de enfermedad mental sin el beneficio de un mayor contacto social e intervención psicológica.
- Un programa continuado de apoyo social y psicológico de determinadas poblaciones.

Como ya se había mencionado anteriormente la búsqueda de programas que logran la rehabilitación del enfermo mental para reducir el número de recaídas y una mejor reinserción social contribuyeron para la creación de este nuevo modelo médico, sin embargo existen otras causas dentro de las que podemos citar:

La necesidad de nueva infraestructura, pues ante la gran demanda de la población los espacios disponibles resultaban insuficientes y el número de camas (por ejemplo) no alcanzaba para satisfacer las necesidades de una población cada vez más en aumento.

Los servicios de consulta externa también resultaron insuficientes, además de que al paciente se le ve generalmente una vez por mes o más tiempo, lo que ocasiona que no haya un buen manejo y control de su sintomatología y más aún no existe la rehabilitación como tal, ese proceso de preparación para lograr una mejor readaptación a su vida habitual y enfrentar los estresores sociales, familiares y laborales a los que se pueda enfrentar.

El papel de la familia dentro de este modelo juega un rol importante pues también se le brinda información y orientación para así poder atender y brindar apoyo a su enfermo en caso de emergencia o bien a lo largo de toda su vida. La respuesta en conducta y afecto que produce un paciente con algún trastorno mental en el interior de su medio familiar, está determinada en gran medida por una serie de factores socioculturales que van desde la conceptualización popular de lo que significa la enfermedad mental hasta la capacitación que recibe dicha familia por parte del equipo psiquiátrico en cuanto al manejo más adecuado de la situación. Además de que los familiares actúan como auxiliares en el tratamiento del enfermo supervisando la toma de medicamentos.

En un estudio realizado por Lystad en 1958 con pacientes psiquiátricos y sus familiares, se encontró que los enfermos que estaban participando en un programa de hospitalización parcial habían sufrido un menor deterioro ellos y sus familiares mismos frente a aquellos que se encontraban internados. (Rozanes, 1984)

En algunos estudios realizados se encontró que el tratamiento de hospitalización parcial, como fase transitoria, es mucho más eficaz que el internamiento para impulsar y mantener la esfera de habilidades sociales. En un periodo de seguimiento de dos años, los pacientes que participaron en un programa de tratamiento parcial posterior a la hospitalización, resultaron socialmente mejor adaptados que aquellos pacientes que únicamente recibieron medicamentos a su egreso. Siguiendo los datos de psicopatología e índice de recaídas los resultados favorecieron a la hospitalización parcial aunque no fueron estadísticamente significativos. (Rozanes, 1984).

El contenido de los programas de los hospitales parciales varía pero generalmente se emplean terapias individuales y grupales, psicodrama, terapia familiar, expresión creativa por medio de la danza, la pintura o la música, terapia ocupacional, actividades deportivas, etc.

Los pacientes para los cuales está diseñado este modelo se pueden dividir en tres grupos, el primero es el de los pacientes agudos que necesitan intervención para resolver un problema crítico y evitar así la necesidad de una hospitalización de 24 horas. El segundo grupo está integrado por enfermos con varios internamientos previos que ya están nuevamente en la comunidad pero que presentan síntomas de recaída, y el tercer grupo es el de los pacientes crónicos cuyos síntomas están en remisión parcial pero que necesitan un tratamiento continuo para mantener su equilibrio.

Con respecto a las investigaciones existentes para medir la efectividad de la hospitalización parcial podemos decir que muchos de los estudios no cuentan con una metodología científica adecuada, así nos enfrentamos con un problema pues la información con la que contamos es escueta.

Edwards y cols. (1979) Hicieron un seguimiento de 163 pacientes después de dos años de no asistir a un programa de hospitalización parcial. Encontraron que durante este tiempo solamente 7 (4%) regresaron como internados al hospital. Dado que la frecuencia típica de recaída era entre el 30 y 50% por año, ésta nos da una indicación de la utilidad preventiva que tiene el hospital parcial. (Ryan, 1982)

En un estudio similar Niskamen (1974) hizo durante 4 años un seguimiento de 100 pacientes que habían asistido a un Hospital de Día en Helsinki Finlandia, encontró que la condición clínica de 52 de ellos mejoró durante su tratamiento, mientras que en los demás casos quedó igual o empeoró. Cuatro años después descubrió que 40 de los 52 pacientes habían mejorado su funcionamiento, mientras que solo 17 del grupo de 48 habían mejorado su condición. (Ryan, 1982).

En un estudio de 171 pacientes que asistieron al Hospital de San Diego, California, Zemlick y McMillan encontraron que el 69% manifestó mejoría en su funcionamiento laboral y familiar. En otro estudio similar, Zwerling y Wilder (1964) evaluaron cambios sintomáticos en un grupo de 189 pacientes en la Bronx Municipal Clinic de Nueva York, incluyendo en su tratamiento terapia familiar y grupal, así como terapia ocupacional y sociorecreativa, con las cuales el 81% de los pacientes mejoró en el transcurso del tratamiento. Estos autores hicieron también un seguimiento de dos años y encontraron que solamente el 15% del grupo había experimentado recaída. (Ryan, 1982)

Herz, Spitzer, (1971) seleccionaron a 90 pacientes que designaron aleatoriamente a los servicios de hospitalización continua y hospitalización parcial, y encontraron que el tiempo de estancia para el segundo grupo era mejor que para el primer grupo. La estancia más breve de los pacientes del hospital parcial no estuvo asociada con tasas más altas de recaída, al contrario, la proporción de estas era más alta entre los pacientes internados, también se presentó una mejoría clínica en los pacientes de hospitalización parcial con respecto a la agitación, apariencia, ideas suicidas e ideas de persecución. Lo desconcertante es que con el paso del tiempo durante el seguimiento después de 2 años estas diferencias desaparecieron dando a entender que de inicio resulta mejor la hospitalización parcial y es más pronta en lograr la readaptación social a la "vida normal", pero pasado el tiempo se regresa al mismo funcionamiento.

Resulta difícil interpretar el significado de estos estudios, dado que ninguno intentó comparar la efectividad del hospital parcial con otros tipos de servicio como la hospitalización continua. Sin embargo sí nos aportan indicios claros acerca de que para algunos pacientes la hospitalización parcial es una alternativa valiosa ante la hospitalización continua y que indica un pronóstico igual o mejor pero con la gran diferencia que es a corto plazo evitando o al menos tratando de evitar el internamiento del paciente.

### **1.7 CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE HOSPITAL PARCIAL DE DÍA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"**

El programa de Hospital Parcial de Día fue creado en 1979, y actualmente pertenece al área de Servicios Ambulatorios del Hospital, al igual que Hospital Parcial de Fin de Semana. Ambos fueron creados en respuesta a la necesidad de brindar un espacio a los pacientes en el cual pudieran continuar su tratamiento sin permanecer hospitalizados tiempo completo creando así las herramientas apropiadas para lograr una reinserción social, familiar y laboral.

En dicho servicio se trabaja con un equipo multidisciplinario pues están a su cargo psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros con la finalidad de dar una atención integral a los pacientes que asisten al mismo.

Dicho personal se encuentra dividido en 6 equipos a los cuales se les asigna un determinado número de pacientes, que va de 10 a 18 pacientes aproximadamente.

Durante el tiempo que se realizó la presente investigación el Servicio contaba con 82 pacientes.

Cada equipo está constituido por un psiquiatra adscrito (que es el médico tratante), un psicólogo adscrito, un residente en psiquiatría y un pasante de psicología (en ocasiones).

El psiquiatra y el residente de psiquiatría supervisan y se responsabilizan sobre el tratamiento de los medicamentos desde el momento de llegada del paciente hasta su alta, tienen cada uno a su cargo un número de pacientes a los que les dan consulta semanalmente, para valorar su evolución.

El psicólogo no puede tomar decisiones acerca del tratamiento médico, pero también le es asignado un número de pacientes para consulta.

El pasante de psicología funge como coterapeuta en todas las actividades que le son asignadas.

Los cuatro integrantes deben llevar en orden y al día el expediente de cada uno de sus pacientes con las notas de las consultas y el tratamiento médico actual.

Cada equipo tiene a su cargo un grupo psicoeducativo para pacientes y para familiares, en los que se dan temas acerca de la enfermedad mental con el objetivo de que tanto los pacientes como los familiares aprendan y comprendan lo que les ocurre.

Así mismo los integrantes del equipo pueden tener actividades por separado como psicodrama, taller literario, teatro, música, etc. las cuales comparten con compañeros de otros equipos.

Los cuatro integrantes del equipo deben realizar las entrevistas y valoraciones de inicio de los pacientes que les son asignados, y decidir si el paciente es candidato o no de ingresar al Servicio. Una vez que se decide que el paciente se quedará, se dialoga acerca de su situación, de sus problemáticas más fuertes y del rumbo que deberá tomar su tratamiento tanto médico como terapéutico, para que así se puedan fortalecer las áreas más débiles y el paciente pueda tener una mejor evolución y una más pronta reintegración. Así como decidir en conjunto el alta de sus pacientes a cargo.

A todos los pacientes que se encuentran internados en la modalidad de hospitalización parcial se les proporcionan los medicamentos, lo cual hasta el momento ha servido como un gancho lo suficientemente importante para retener a algunos pacientes.

Las enfermeras son las encargadas de suministrar y preparar el medicamento para toda la semana, obtener los signos vitales de cada uno de los pacientes antes de pasar a consulta y supervisar el desayuno y la comida, pues Hospital Parcial también proporciona este servicio de brindar alimentos, lo cual se convierte en parte de las actividades de los pacientes, ya que en estas se fortalece la socialización.

Finalmente la Trabajadora Social es la encargada de realizar los estudios socioeconómicos una vez que el paciente es aceptado en el Servicio para asignar la cuota que el familiar deberá pagar. También es labor de la Trabajadora Social dar seguimiento a los casos en caso de que el paciente tenga faltas recurrentes o en el peor de los casos abandone el Servicio.

El Hospital atiende a personas que proceden de diferentes extractos socioeconómicos, clase baja, media y alta, con un predominio de la clase baja.

Los pacientes habitan en diversos puntos de la Ciudad y del Estado.

Y la mayoría de ellos tienen el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, aunque también hay trastornos del Humor Afectivos, Esquizofrenias en sus diferentes modalidades, Trastornos Bipolares y Trastornos Esquizoafectivos.

Existen tres horarios a los que los pacientes son asignados dependiendo del cupo y la disposición de cada equipo, el primero es asistir los lunes y miércoles de 8:00 am. a 2:00 pm., el segundo es martes y jueves con el mismo horario de 8:00 am a 2:00 pm. y la tercera opción es para aquellos pacientes que por alguna razón de peso se les dificulta asistir dos días a la semana y se reservan para el viernes como único día, (en el mismo horario).

Generalmente los pacientes son canalizados de Hospitalización Continua, Consulta Externa y Preconsulta. El tiempo mínimo de estancia ahora ya es de un año, y el alta estará relacionada con los avances del paciente mismos que serán valorados por el equipo que lo tenga a su cargo. Es importante que exista un familiar responsable quien acompañará durante todo el proceso a su paciente y quien también tendrá la responsabilidad de asistir a los grupos psicoeducativos para familiares y a las entrevistas que sean solicitadas por el equipo tratante del paciente.

A continuación se describirán los objetivos, criterios de inclusión, criterios de exclusión y actividades del Programa de Hospital Parcial de Día:

### **1.7.1 Objetivo general:**

Otorgar atención integral (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) a pacientes con problemas de tipo psicótico, con el fin de disminuir el índice de recaídas y reingresos, favorecer e incrementar el nivel de conciencia de enfermedad, lograr un adecuado control sintomático y disminuir el abandono y deserción del tratamiento.

### **1.7.2 Objetivos específicos:**

- Establecer diagnósticos precisos, de acuerdo con la Clasificación Internacional CIE-10.
- Lograr el control sintomático del paciente.
- Fomentar la conciencia de enfermedad y reforzar la adherencia terapéutica.
- Incidir en la rehabilitación integral (bio-psico-social) del paciente psicótico de acuerdo a sus posibilidades reales.
- Incidir en la mejoría de la calidad de vida tanto en el paciente psicótico como en su familia.
- Sensibilizar a la familia del paciente para favorecer la reinserción familiar y social.
- Promover un cambio de actitud de la familia hacia el enfermo mental.

### **1.7.3 Criterios de inclusión:**

- Pacientes con psicosis activa, en remisión o controlada que presenten un nivel de funcionamiento cognitivo suficiente para poder desempeñarse en actividades que requieren de atención permanente, interacción en grupo y posibilidades de aprendizaje.
- Pacientes que cuenten con un soporte familiar o comunitario que posibilite la contención de la patología.
- Pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años, de ambos sexos.
- Pacientes psicóticos agudos o subagudos que no ameriten hospitalización continua pero sí un manejo integral ambulatorio.

- Pacientes cuyo ingreso al servicio sea voluntario así como la aceptación del familiar responsable quien deberá participar en las actividades programadas.

#### **1.7.4 Criterios de exclusión:**

- Pacientes que debido a su padecimiento presenten riesgo suicida, dificultad grave para establecer relaciones interpersonales, con bajo control de impulsos, conductas agresivas, negación a aceptar cualquier tipo de tratamiento.
- Pacientes en estado de confusión mental, intoxicados o con retardo mental moderado y profundo o proceso demencial equiparable.

#### **1.7.5 Actividades:**

##### *Actividades Interdisciplinarias individuales:*

- Entrevistas de evaluación y valoración de nuevo ingreso.- Se realiza la primera entrevista con el paciente valorando su estado y si es o no candidato para ingresar al Servicio tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión ya expuestos.
- Consultas individuales.- Se realizan una vez por semana para cada paciente, en este espacio se puede platicar abiertamente con el médico responsable, quien es el encargado de todo el tratamiento y manejo farmacológico, se habla acerca de cómo se ha sentido el paciente durante la semana, de sus planes, intereses, preocupaciones y relaciones interpersonales, se explora la sintomatología, con esta consulta se tiene un mejor control y conocimiento del paciente. En este tiempo también se puede hablar con los familiares para obtener toda la información que permita tener un manejo más óptimo del paciente.
- Aplicación de instrumentos clinimétricos.- Se emplean con la finalidad de completar la valoración de los pacientes, al inicio de su estancia y cuando son dados de alta, ejemplos de estos son las pruebas psicológicas y las escalas para evaluar la sintomatología positiva y negativa del paciente.
- Estudios de Trabajo Social.- están enfocados a evaluar el medio económico y social que rodea al paciente, así como darle seguimiento en caso de irrumpir con el tratamiento.
- Rescate de pacientes.- El Servicio está obligado por medio de Trabajo Social a darle seguimiento a los pacientes e investigar las causas de abandono en caso de que así sucediera.



- **Visitas domiciliarias.**- Estas visitas se hacen con la finalidad de averiguar como es la dinámica social y familiar en la que se desenvuelve el paciente, generalmente las realiza el equipo encargado del paciente (su psiquiatra, psicólogo, residente y/o pasante de psicología, junto con la trabajadora social).

*Actividades Psicoterapéuticas Grupales:*

- **Grupos Psicoeducativos.**- Son grupos informativos en los cuales se busca dar a conocer a los familiares y pacientes los aspectos más importantes de la enfermedad mental, así como sus principales características y manifestaciones, estos están divididos en grupos para pacientes y grupos para familiares, estos segundos a su vez se subdividen en grupos de primer y segundo nivel que el estar en uno u otro depende del tiempo que el familiar lleve asistiendo al Servicio. En el primer nivel se manejan los mismos temas que para los pacientes con tópicos básicos sobre la enfermedad mental, tales como La Norma Oficial de Salud 025, Derechos Humanos de los enfermos mentales, Historia de la Psiquiatría, Signos y síntomas de la enfermedad mental, Esquizofrenia, La vida del enfermo mental, etc. En el segundo nivel los temas giran en torno al desarrollo bio-psico-social del individuo, así como a la dinámica familiar. Los objetivos más claros son lograr conciencia de enfermedad y apego terapéutico.

Estos grupos sesionan dos veces por semana.

- **Psicodrama.**- Es una técnica terapéutica que busca encontrar salidas o soluciones a aquellas situaciones o eventos en la vida de los pacientes que por su grado de importancia le es difícil resolver y les causa conflicto.
- **Afrontamiento de Problemas.**- Esta actividad psicoterapéutica confronta a los pacientes con situaciones reales que les causan conflicto, de tal forma que adquieren herramientas para la solución de problemas.
- **Terapia Cognitivo Conductual.**- Es un nuevo proyecto cuyo objetivo principal es trabajar con toda la familia del paciente, ya que se considera que el ambiente familiar es imprescindible para favorecer a la rehabilitación y pronta reincorporación del paciente a su medio.
- **Grupo de Psicoterapia.**- Es un grupo meramente terapéutico en el cual el paciente puede expresarse y dar un mejor manejo a sus emociones.

### *Actividades de Rehabilitación:*

- Taller de Teatro
- Taller Literario
- Taller de Lectura de Periódico
- Taller de Lectura de Música
- Expresión Corporal
- Actividades Deportivas
- Asambleas
- Comisiones

Taller Literario y Lectura de Periódico tienen como objetivos en particular fomentar y ejercitar las Funciones Mentales Superiores, tales como la capacidad de análisis y síntesis, la concentración, atención, abstracción y memoria, empleando en el primer caso lecturas de diferentes géneros literarios, y en el segundo caso noticias actuales, además al revisar las principales noticias generadas se busca apegar a los pacientes a la realidad enterándoles de que es lo que pasa a su alrededor.

Los Talleres de Teatro, Música, y Literario, buscan fomentar y facilitar la expresión de las emociones, en estos talleres el paciente aprende acerca de los sentimientos y la forma en la que pueden expresarse.

Expresión Corporal y Actividades Deportivas.- En estos talleres se trabaja más con la rehabilitación física y el movimiento, ya que muchas de las veces los medicamentos pueden provocar efectos secundarios ocasionando rigidez o pérdida de la motricidad fina.

Las Asambleas es el espacio apropiado para que el paciente exprese como se siente en el Servicio y lo que le gustaría modificarle enfatizando el grado de importancia que tiene la opinión de los pacientes.

Finalmente las Comisiones son tareas que se le asignan a los pacientes y de las cuales son responsables en cumplir, estas generalmente están relacionadas con la cocina y pueden ser lavar los trastes, barrer, etc.

## CAPÍTULO II

### CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Uno de los grandes avances de la psiquiatría ha sido el establecimiento de criterios clínicos objetivos para definir los diferentes diagnósticos de los trastornos mentales. Los criterios más utilizados a nivel internacional para la elaboración del diagnóstico clínico son el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados con la Salud Mental (CIE-10)

Un trastorno mental se define como un síndrome o patrón del comportamiento o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo dolor), a una discapacidad (por ejemplo deterioro de una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente mayor de morir o de dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este síndrome no debe ser una respuesta cultural a un acontecimiento particular (por ejemplo la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción conductual, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (político, religioso o sexual), ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción del individuo, en las áreas ya descritas. (DSM IV).

Podemos dividir a la enfermedad mental en dos grandes grupos principales, las neurosis y las psicosis de los cuales a su vez se deriva una amplia gama de clasificación de trastornos mentales. Aunque en el pasado se pensaba que la única diferenciación entre psicosis y neurosis era el contacto con la realidad, en la actualidad se ha agregado una nueva definición que incluye dentro de la psicosis un deterioro grave del funcionamiento social y personal, caracterizado por retracción social e incapacidad para desempeñar roles laborales y domésticos corrientes y no solamente la pérdida del contacto con la realidad.

#### **2.1 NEUROSIS**

Una neurosis es un trastorno no psicótico crónico o recurrente caracterizado por ansiedad.

En estos tipos de trastornos la personalidad permanece socialmente organizada, con limitaciones para vivir y problemas con el mundo que le rodea. La conducta siempre está alterada en diversos grados pero se conserva el juicio de la realidad aunque a veces (la realidad) es ignorada por los mecanismos de defensa. Hay problemas en las relaciones interpersonales, existe una relativa adaptación social en los casos leves, en los grados leves esta ya no se presenta, las esferas intelectual-afectiva se encuentran en proporción variable, sus patologías son subjetivas y objetivas.

En todos los síntomas neuróticos sucede algo que el paciente percibe como extraño e inteligible. Puede consistir en movimientos involuntarios, en alguna clase de cambios en las funciones corporales y en diversas sensaciones como sucede en la histeria, o en una emoción y un estado de ánimo abrumadores como en los accesos de angustia o en las depresiones, o bien se trata de extraños impulsos o pensamientos como en las compulsiones y obsesiones. Todos los síntomas dan la impresión de algo que parece asaltar a la personalidad, partiendo de una fuente desconocida, algo que perturba la continuidad de la personalidad y reside fuera de la voluntad consciente. (Fenichel, 1999)

El común denominador de todos los fenómenos neuróticos es una insuficiencia del aparato normal de control. La insuficiencia puede producirse de dos maneras. Una de ellas es un aumento en el flujo de estímulos en una determinada unidad de tiempo, el aparato psíquico recibe una cantidad excesiva de excitación que no puede controlar, estas experiencias se llaman traumáticas, la otra manera es el bloqueo o la disminución previa de la descarga, lo cual produce un estancamiento de tensiones dentro del organismo, de manera que las excitaciones normales actúan ahora relativamente como las traumáticas. (Fenichel, 1999)

En cuanto a las funciones mentales no se encuentran alteradas, los síntomas presentes son de carácter psicológico, compulsiones, obsesiones, fobias, en grado menor, hay un predominio del mundo objetivo (mundo externo) sobre el subjetivo (mundo interno). La conciencia de enfermedad se encuentra presente aunque con ciertas modificaciones, y sobre todo la persona continúa funcionando a pesar de los síntomas anteriores.

## 2.2 PSICOSIS

Por el contrario las características de las psicosis engloban una personalidad gravemente distorsionada, con conducta alterada, pérdida del juicio de realidad y alteración del pensamiento lógico, existen desajustes graves e imposibilidad de adaptación a las exigencias de la vida social, se presentan trastornos evidenciables en las esferas intelectual y afectiva, hay un predominio del mundo subjetivo sobre el objetivo y la conciencia de enfermedad no existe o se encuentra muy distorsionada.

Las psicosis es un amplio grupo de trastornos que por la manera tan importante de afectar el funcionamiento mental son consideradas como trastornos psiquiátricos mayores.

Una psicosis es un trastorno que comprende alteraciones a nivel de pensamiento, percepción y la conciencia. Un psicótico realiza juicios incorrectos sobre la realidad. Cuando una persona puede comprender que los juicios no son reales sino que son producto de la fantasía o la percepción errónea, la psicosis ya no está presente. (De la Llera)

Aunque el significado tradicional del término psicótico subraya la pérdida de la capacidad para evaluar la realidad y el deterioro del funcionamiento mental manifestado por delirios, alucinaciones, confusión y deterioro de la memoria, durante los últimos años se han desarrollado otros dos significados. En el uso psiquiátrico más frecuente del término psicótico, este se convirtió en sinónimo de deterioro grave del funcionamiento social y personal, caracterizado por retracción social e incapacidad para desempeñar roles laborales y domésticos. El otro uso del término especifica el grado de regresión del ego como el criterio de trastorno psicótico. (Kaplan, 1999)

Según el American Psychiatric Association, el término psicótico significa grave deterioro de la evaluación de la realidad, esto significa que las personas evalúan incorrectamente la exactitud de sus percepciones y pensamientos y extraen conclusiones erróneas sobre la realidad externa, incluso ante la evidencia de lo contrario. (Kaplan, 1999)

Las psicosis pueden ser transitorias (horas, días) o persistentes (meses o años).

El Dr. Ramón de la Fuente define a las psicosis como perturbaciones psíquicas que se caracterizan por la persecución distorsionada de la realidad y por la carencia de conciencia de estar enfermo. (De la Fuente, 1992)

Cuando se le confronta con su realidad, el psicótico no comprende sus desajustes, alucinaciones y desrealizaciones ya que son para él su realidad, como resultado tiene poca objetividad en su conducta por una percepción distorsionada.

La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Finalmente el término se ha definido conceptualmente como la pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. (DSM IV).

**Los criterios psicopatológicos para el diagnóstico de psicosis son los siguientes, y pueden ser uno, varios o todos:**

- a) Ideas delirantes.
- b) Alucinaciones predominantes (durante todo un día o varias veces a la semana, durante muchas semanas, limitada cada experiencia alucinatoria a algunos breves momentos).
- c) Incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa.
- d) Conducta catatónica.
- e) Afectividad embotada o claramente inapropiada.
- f) Ideas delirantes extrañas (consideradas extrañas por individuos de su mismo medio social).

Joan Coderch (1991), reporta que las psicosis se dividen en 2 grandes grupos:

### **2.2.1 Psicosis Orgánicas**

En las que existe una patología cerebral o somática general (tumor cerebral, traumatismo, infección, esclerosis vascular, degeneración del tejido encefálico, etc.) como causa fundamental de la perturbación psíquica. Los síntomas de las psicosis orgánicas se dividen en tres categorías:

- 1) Síntomas físicos
- 2) Deterioro intelectual
- 3) Cambios en la personalidad

#### **Características Generales de las Psicosis Orgánicas**

- 1. Historia de un trastorno gradual progresivo de la personalidad (este rasgo no es indispensable).
- 2. Disminución de las Facultades Mentales (en especial la memoria, la retentiva, la orientación, y la capacidad para captar con exactitud las situaciones en las que se encuentra).
- 3. Trastornos del comportamiento. Deterioro de los hábitos personales (atentados a la moral, abandono del cuidado personal).
- 4. Inestabilidad emocional (irritabilidad, facilidad para los cambios de humor).
- 5. Exageración de los rasgos de personalidad. Personalidad retraída y desconfiada, producirá rasgos paranoides, personalidad activa y agresiva producirá hiperactividad, irritabilidad, violencia, personalidad tímida y tranquila producirá depresión.
- 6. No importa si hay o no alucinaciones, ni síntomas paranoides, ni depresivos, etc.
- 7. Síntomas físicos, neurológicos, electroencefalográficos o sexológicos (líquido cefalorraquídeo).
- 8. Sensibilidad al uso de sustancias tóxicas (reacción excesivamente fuerte a ellas) alcohol, sedantes, etc.

Como ejemplos de psicosis orgánicas podemos nombrar al Trastorno Esquizofreniforme, a los Trastornos del Humor Afectivo Orgánicos (descritos más adelante) entre otros.

## **2.2.2 Psicosis Funcionales o Endógenas**

En las que no existe una alteración orgánica o concreta y desencadenante del trastorno psíquico y en la que se considera una multiplicidad de factores somáticos (hereditarios, metabólicos, neuroendocrinos, energía de instintos, etc.) y psicológicos (desarrollo del yo, experiencias infantiles, regresión, fijaciones, frustraciones, situación ambiental, etc.) que se conjugan entre sí de diversos modos, dando lugar a la aparición de la enfermedad.

Como ejemplos de estos está la Esquizofrenia y los Trastornos del Humor Afectivos.

## **2.3 ESQUIZOFRENIA**

Bleuler acuñó el término Esquizofrenia que sustituyó al de Demencia Precoz en la literatura. Escogió este término para expresar la presencia de una escisión entre el pensamiento, emociones y conducta. Bleuler hizo hincapié en que a diferencia del concepto de demencia precoz de Kraepelin, la esquizofrenia no necesariamente tenía un curso deteriorante. Bleuler identificó los síntomas fundamentales (o primarios) específicos de la esquizofrenia para desarrollar su teoría acerca de la escisión mental interna de estos pacientes. Estos síntomas eran las alteraciones en la capacidad de asociación, especialmente pérdida de las asociaciones, las alteraciones en la afectividad, el ausentismo y la ambivalencia, sintetizadas como las 4 Aes: Asociaciones, Afecto, Autismo y Ambivalencia. Bleuler también describió síntomas accesorios (secundarios), que eran aquellos síntomas que Kraepelin había establecido como los principales indicadores de la demencia precoz: las alucinaciones y los delirios. (Kaplan 1999)

La Asociación Psiquiátrica Americana define a la esquizofrenia como “un grupo de trastornos, manifestados por trastornos característicos de la ideación, del talante y de la conducta”, los trastornos de la ideación están caracterizados por alteraciones de la formación de conceptos las cuales conducen a una mala interpretación de la realidad y en ocasiones a ideas delirantes y alucinaciones, las cuales aparecen con frecuencia como autoprotectoras psicológicamente. Como consecuencia natural de los cambios afectivos se presenta una respuesta emocional ambivalente, reducida e inadecuada, y pérdida de la empatía con otros.

La conducta puede estar retraída, regresiva y extravagante. Las esquizofrenias, en las cuales el estado Mental es atribuido fundamentalmente a un desorden del pensamiento, deben diferenciarse de las enfermedades afectivas mayores, en las cuales predomina un trastorno afectivo. Los estados paranoides se distinguen de la esquizofrenia por lo estrecho de las distorsiones de la realidad y por ausencia de otros síntomas psicóticos. (Salomón 1976)

### *Descripción de las 4 Aes de Bleuler*

**Trastorno de la Asociación.-** Las asociaciones lógicas que normalmente conducen de un pensamiento al otro aparecen relajadas. El resultado es que la ideación se muestra extravagante, ilógica y caótica.

**Autismo.-** El autismo es una forma de ideación en la cual el contenido mayor es principalmente subjetivo o endógeno. El paciente está preocupado con ideas provenientes de ensueños y fantasías con alucinaciones e ideas delirantes. Conforme aumenta la ideación autista se presenta una interferencia correspondiente con la relación con la realidad y la prueba de realidad.

**Incongruencia Afectiva.-** Las respuestas emocionales pueden ser inadecuadas al contenido del pensamiento. El estado afectivo a menudo es inconsistente o exagerado. El trastorno afectivo puede incluir indiferencias, frivolidad, constricción, impasibilidad o afecto obtuso.

**Ambivalencia.-** El paciente esquizofrénico encubre sentimientos contradictorios, actitudes, deseos o ideas hacia un objeto determinado, persona o situación por ejemplo odia y ama a la misma persona al mismo tiempo. La ambivalencia es una característica de otros padecimientos también y puede presentarse hasta cierto punto en individuos normales, pero en la esquizofrenia es particularmente intensa.

La Esquizofrenia es una alteración que persiste por lo menos seis meses e incluye al menos un mes de síntomas de la fase activa (dos o más de los siguientes) ideas delirantes alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos (DSM IV)

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización del comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.

Estos síntomas pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los **positivos** y los **negativos**.

Los primeros parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización del comportamiento (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

Mientras que los negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales, comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

Dichos síntomas deben de haber estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y algunos signos que han persistido durante al menos 6 meses.



### 2.3.1 Criterios generales para el Diagnóstico de la Esquizofrenia CIE-10.

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado 1), o bien por lo menos dos de los síntomas y signos listados en el apartado 2), deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o algún tiempo durante la mayor parte de los días).

1) *Por lo menos uno de los siguientes:*

- a) Eco, inserción, robo o disfunción del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

2) *Al menos dos de las siguientes:*

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o de ideas sobre valoradas persistentes, o cuando se presentan a diario mediante al menos un mes.
- b) Neologismos, intercepción o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.
- d) Síntomas "negativos" tales como marcada apatía empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al aislamiento social y a la disminución de los rendimientos) Deber quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroleptica.

G2. Criterios de exclusión más frecuentemente usados:

- 1) Si en el enfermo se satisfacen también los criterios para un episodio maniaco o depresivo, los criterios listados más arriba en G1 (1) y G1 (2), deben satisfacerse antes de haber aparecido el trastorno del humor.
- 2) El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia relacionadas con alcohol u otras drogas.

### **2.3.2 Tipos de Esquizofrenia**

El DSM IV clasifica los tipos de Esquizofrenia como Paranoide, Desorganizado o Hebefrénica, Catatónico, Indiferenciado y Residual.

La Clasificación CIE-10 además de los tipos mencionados en el DSM IV agrega Esquizofrenia Simple, Depresión Post-Esquizofrénica, Esquizofrenia sin especificación, y otra Esquizofrenia.

### **2.3.3 Esquizofrenia Paranoide**

Es la forma más común de las esquizofrenias, se caracteriza por delirios o alucinaciones auditivas frecuentes, no son evidentes otros síntomas tales como habla y conducta desorganizada o afecto abatido. Los delirios de persecución son los más comunes, frecuentemente se hayan presentes algunos elementos de grandiosidad.

A diferencia de otros tipos comienza a menudo tarde en la vida a finales de la veintena o en la treintena, por lo que estos pacientes suelen haber establecido una vida social que puede serles de gran ayuda a lo largo de su enfermedad, y además los recursos del yo de los pacientes paranoides tienden a ser mayores que los de los pacientes con esquizofrenia catatónica o desorganizada. Los pacientes con esquizofrenia paranoide presentan una menor regresión de sus facultades mentales, respuestas emocionales y conducta que la observada en otros tipos de esquizofrenia.

### **2.3.4 Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrénica)**

En este tipo de esquizofrenia las respuestas emotivas son frívolas e inadecuadas. Son frecuentes la risa nerviosa, la sonrisa incongruente y la carcajada. Son características las fantasías fragmentarias de deseos por satisfacer, o las ideas delirantes en lugar de sistemas ideatorios elaborados bien organizados. También se caracteriza por desintegración grave y conductas regresivas que comienzan a una edad temprana, debido a la gravedad del trastorno muchas personas son incapaces de cuidarse por sí mismas y son institucionalizadas, por lo que la tendencia a retroceder a un estado vegetativo tiene una alta probabilidad.

### **2.3.5 Esquizofrenia Indiferenciada**

Se diagnostica cuando los síntomas de la persona son esquizofrénicos pero mixtos o indiferenciados de modo que no encajan con claridad en las categorías Hebefrénica, Catatónica o Paranoide. A menudo muestran trastornos profundos de la ideación, de la afectividad y de la conducta. El primer ataque (o el inicial) de esquizofrenia no se hallará diferenciado y conforme la reacción progresa se cristalizará en uno de los demás tipos.

### ***2.3.6 Esquizofrenia Residual***

Este diagnóstico se reserva para personas que han experimentado al menos un episodio de esquizofrenia en el pasado, pero que en el presente no exhiben señales prominentes de los trastornos (los cuales pueden estar en remisión). Se pueden mostrar síntomas esquizofrénicos pero que no son lo suficientemente claros para encajar en alguna clasificación de los otros tipos de esquizofrenia.

### ***2.3.7 Esquizofrenia Simple***

Caracterizada principalmente por la reducción del interés en las relaciones humanas y el mundo exterior, depauperación de la personalidad, apatía, e indiferencia. Las ideas delirantes no ocurren con frecuencia y las alucinaciones sí ocurren pero son raras y efímeras. Después de cierto tiempo el paciente tiende a retroceder a un nivel inferior de funcionamiento.

## 2.4 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los Trastornos del Estado de Ánimo son ahora lo que antes se conocía como Psicosis Maniaco Depresivas definidas como “un grupo de trastornos afectivos mayores caracterizados por una gravedad en la afección-elación o depresión, más allá de la variación de las fluctuaciones normales del estado de ánimo que dominan la vida mental del paciente.” (Salomón, 1976)

Los Trastornos Afectivos son estados en los que la principal alteración corresponde a un cambio en el estado de ánimo. Entre estos trastornos están la enfermedad depresiva y la manía.

Cuando los pacientes padecen crisis tanto de depresión como de manía se dice que presentan “un Trastorno Bipolar”, mientras que quienes padecen únicamente crisis depresivas sufren “un Trastorno Unipolar”. Se considera que los pacientes con manía sufren un Trastorno Afectivo Bipolar puesto que virtualmente, todos ellos llegan a presentar también crisis depresivas.

El psiquiatra alemán Kul Leonhard, en 1957, fue el primero en separar los Trastornos Afectivos en “Bipolar” (personas con trastornos maniacos, depresivos o circulares) y “Monopolar” (personas con historia solo de depresión o de manía), superando el concepto genérico de maniaco depresivo

Síntomas tales como ideas delirantes, alucinaciones, e ilusiones pueden constituir parte del síndrome clínico. La hipersensibilidad paranoide y las proyecciones se hayan presentes a menudo.

El DSM IV los define como “perturbaciones en las emociones que causan malestar subjetivo, y entorpecen la capacidad de una persona para funcionar” (DSM IV)

En el DSM IV el apartado de los Trastornos del Estado de Ánimo consta de tres secciones. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco), incluidos para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.

La segunda parte describe los Trastornos del Estado de Ánimo, y sus criterios diagnósticos exigen la presencia o ausencia de los episodios descritos en la primera parte de la sección.

La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios pasados.

*Los Trastornos del Estado de Ánimo están divididos en:*

- Trastornos Depresivos (depresión unipolar).- Trastorno Depresivo Mayor; Trastorno Distímico; y Trastorno Depresivo no especificado.
- Trastornos Bipolares.- Bipolar I; Bipolar II; Trastorno Ciclotímico y Trastorno Bipolar no especificado.
- Trastornos basados en la etiología: a) Trastornos del Estado de Ánimo debido a enfermedad médica y b) Trastornos del Estado de Ánimo inducido por sustancias.

Los Trastornos Depresivos se distinguen de los Bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos Bipolares implican la presencia o historia de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia o historia de episodios depresivos mayores.

#### ***2.4.1 Características generales de cada uno de los Trastornos del Estado de Ánimo***

##### **Trastorno Depresivo Mayor**

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por otros cuatro síntomas de depresión.

##### **Trastorno Distímico**

Se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

##### **Trastorno Depresivo no especificado**

Incluye los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para algún otro trastorno depresivo, o bien los síntomas sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria.

##### **Trastorno Bipolar I**

Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

## **Trastorno Bipolar II**

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

## **Trastorno Ciclotímico**

Se caracteriza por al menos dos años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

## **Trastorno Bipolar no especificado**

Se incluye para codificar con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los Tr. Bipolares específicos definidos anteriormente, o bien síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria.

## **Trastorno del Estado de Ánimo debido a enfermedad médica**

Hay una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

## **Trastorno del Estado de Ánimo inducido por sustancias**

Hay una acusada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico de una droga, un medicamento, otro trastorno somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

## **Trastorno del Estado de Ánimo no especificado**

Se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en lo que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado.

La CIE-10 describe a los Tr. del Humor (afectivos) como una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. El cambio de humor va junto a una modificación en el nivel de actividad, y la "mejoría del resto de los síntomas son consecuencia de tales cambios". Se trata de trastornos recurrentes, y el inicio de cada episodio se relaciona con acontecimientos o situaciones estresantes.

En la CIE-10 se diferencian de igual forma que el DSM IV los episodios únicos de los trastornos que presentan múltiples episodios; la gravedad de los trastornos es una característica importante dadas sus implicaciones en el tratamiento.

*Las categorías de clasificación de la CIE-10 se componen de:*

- Episodio Maniaco aislado.
- Trastorno Afectivo Bipolar al menos con dos episodios (incluidos el trastorno, la psicosis y la reacción maniaco-depresiva).
- Episodio Depresivo (incluidos episodios aislados y Depresión Mayor sin síntomas psicóticos).
- Trastorno Depresivo recurrente.
- Trastornos del Humor Afectivos persistentes (incluidos Ciclotimia y Distimia).
- Otros Trastornos del Humor y Trastornos del Humor sin especificación.

#### **2.4.2 Criterios diagnósticos para el Episodio Maniaco CIE-10**

##### **Hipomanía**

- A. Humor exaltado o irritable de intensidad claramente anormal para el individuo o afecto que persiste durante al menos cuatro días.
- B. Deben presentarse al menos tres de los siguientes síntomas que además interfieren con la actividad social o laboral, pero no hasta el grado extremo de producir una interferencia grave en la capacidad laboral o rechazo social:
  1. Aumento de la actividad o inquietud psicomotriz.
  2. Aumento de la locuacidad.
  3. Dificultad de concentración o facilidad para distraerse.
  4. Disminución de las necesidades de sueño.
  5. Aumento del vigor sexual.
  6. Pequeñas dilataciones en compras u otro tipo de comportamientos irresponsables o imprudentes.
  7. Aumento de la sociabilidad o exceso de familiaridad.
- C. El criterio no satisface los criterios de manía y trastorno bipolar, episodio depresivo, ciclotímico, o anorexia nerviosa.
- D. Criterio de exclusión más frecuentemente usado; el episodio no puede ser atribuido a abuso de sustancias o a algún trastorno mental orgánico.

La diferencia entre un episodio de hipomanía y manía radica en el grado de intensidad de los síntomas y el tiempo de duración, así los criterios para la manía son los mismos que para la hipomanía excepto por:

## **Manía**

- A.** El cambio del humor debe ser muy destacado y persistir al menos una semana, o ser lo bastante intenso como para requerir ingreso hospitalario, aunque puede alternar o entremezclarse con un humor depresivo.
- B.** Se presentan al menos tres de los siguientes síntomas (cuatro si el humor es simplemente irritable o suspicaz), con una alteración grave de la capacidad laboral y la actividad social.
- Aumento de la actividad o inquietud psicomotriz.
  - Aumento notable de la locuacidad (logorrea).
  - Fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado.
  - Pérdida de las inhibiciones sociales que dan lugar a comportamientos inadecuados para las circunstancias y para el carácter del individuo.
  - Disminución de las necesidades de sueño.
  - Aumento exagerado de la estima de sí mismo o ideas de grandeza.
  - Facilidad para distraerse o cambios constantes de actividad o de planes.
  - Comportamientos temerarios o imprudentes que implican riesgos no reconocidos como tales por el individuo, por ejemplo grandes dilapidaciones de dinero en compras, proyectos insensatos o conducción imprudente.
  - Marcado aumento del vigor sexual o indiscreciones sexuales.
- C.** Ausencia de alucinaciones o ideas delirantes, aunque pueden presentarse algunos trastornos de la percepción (por ejemplo menciones a una agudeza auditiva aumentada, la apreciación de los colores como especialmente vívidos, etc.).
- D.** Criterio de exclusión más frecuentemente usado: el episodio no puede ser atribuido a abuso de sustancias o a algún trastorno mental orgánico.

Cuando es un episodio maniaco sin síntomas psicóticos hay una ausencia de alucinaciones o ideas delirantes, aunque pueden presentarse algunas alteraciones de la percepción.

Cuando es Manía con síntomas psicóticos. Están presentes ideas delirantes y alucinaciones pero que no llegan a satisfacer los criterios de Esquizofrenia, las ideas delirantes más frecuentes son las de contenido de grandeza, autorreferencia, eróticas o persecutorias.



### **2.4.3 Criterios diagnósticos para el Episodio Depresivo CIE-10**

**G1.** El episodio Depresivo debe durar al menos dos semanas.

**G2.** Ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos del episodio hipomaniaco o maniaco, en cualquier momento de la vida del individuo.

**G3.** Criterio de exclusión más frecuentemente usado: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

#### **Episodio Depresivo leve:**

**A.** Se satisfacen los criterios generales del episodio Depresivo.

**B.** Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- 1) Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste al menos dos semanas.
- 2) Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras.
- 3) Falta de vitalidad o aumento de la fatiga.

**C.** Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales:

- 4) Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- 5) Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- 6) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- 7) Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- 8) Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- 9) Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- 10) Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

Se diferencian tres grados dentro del episodio depresivo, leve, moderado y grave, difieren entre sí por el número de síntomas anteriormente descritos que tengan, así, para el

#### **Episodio Depresivo Moderado:**

Son los mismos criterios que para el episodio depresivo leve solamente que los síntomas adicionales del criterio C deben completar al menos seis.

### **Episodio Depresivo Grave:**

Para el episodio depresivo grave deben estar cubiertos los tres síntomas del criterio B, y para el criterio C deben de estar cubiertos al menos ocho.

Se hace una diferenciación al igual que para la manía de sin síntomas psicóticos a con síntomas psicóticos. Así para la primera categoría debe haber una ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo. Y para el episodio depresivo con síntomas psicóticos deben de estar presentes alucinaciones o ideas delirantes que no satisfacen los criterios de ninguno de los grupos de síntomas de la esquizofrenia, y estupor depresivo. Además se debe de especificar si los síntomas psicóticos son congruentes con el estado de ánimo.

### *Prevalencia*

La prevalencia de los trastornos bipolares se presenta durante los primeros años de la edad adulta, a pesar que muchas personas muestran evidencia de estos en la adolescencia.

Los pacientes con un estado de ánimo elevado (manía) presentan expansividad, fuga de ideas, insomnio, autoestima exagerada, e ideas de grandeza. Los pacientes con estado de ánimo deprimido (depresión) muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito, pensamientos de muerte y muchas veces el suicidio.

Otros signos y síntomas de los trastornos del estado de ánimo consisten en cambios en el nivel de la actividad, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, apetito, acto sexual y otros ritmos biológicos). Estos cambios casi siempre originan un deterioro en el funcionamiento interpersonal, social y laboral. Los pacientes con un trastorno del estado de ánimo a menudo atribuyen en una cualidad inexplicable característica a su estado patológico.

## **2.5 OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

La esquizofrenia es el trastorno psicótico más clásico y común, sin embargo existen otros síndromes psicóticos que no cumplen los criterios diagnósticos para la esquizofrenia. Los principales son:

### **2.5.1 Trastorno Esquizofreniforme**

Los síntomas de este trastorno son idénticos a los de la Esquizofrenia, excepto por la duración más de un mes pero menos de seis meses, los pacientes con este trastorno vuelven a su nivel de funcionamiento normal una vez resuelto el episodio psicótico. Por el contrario para que un paciente cumpla los criterios para la Esquizofrenia los síntomas deben estar presentes por lo menos durante 6 meses.

En el CIE 10, el Trastorno Esquizofreniforme se identifica en la categoría de Los Trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a una enfermedad somática y sus criterios diagnósticos son:

*Criterios generales de daño orgánico:*

**G1.** Antecedentes o datos objetivos en la exploración clínica, neurológica y complementaria de una enfermedad, daño, o disfunción cerebral o sistémica subyacente de la que se sabe que puede producir disfunción cerebral, incluyendo alteraciones hormonales.

**G2.** Presunta relación entre la aparición o exacerbación de la enfermedad, lesión o disfunción subyacente y el inicio del trastorno mental con independencia del trastorno que aparezca en primer lugar.

**G3.** Remisión o mejoría significativa del Tr. Mental cuando desaparece o mejora la supuesta causa subyacente.

**G4.** Ausencia de otra posible etiología del Trastorno mental por ejemplo, antecedentes familiares, muy cargados de trastornos similares o relacionados.

**G5.** Si se satisfacen los criterios G1, G2 y G4 puede asumirse provisionalmente una relación causal; la certeza del diagnóstico aumenta considerablemente si el criterio G3 está también presente.

### **2.5.2 Criterios diagnósticos para el Trastorno Esquizofreniforme CIE-10**

- A) Se cumplen todos los anteriores y
- B) Está presidido por (ideas delirantes de persecución, de transformación corporal, de enfermedad, de muerte o de celos) que puede presentar grados variables de sistematización.
- C) La conciencia es clara y la memoria permanece intacta.

Otros fenómenos pueden complementar el cuadro clínico sin estar invariablemente presentes: alucinaciones (de cualquier modalidad), trastornos del pensamiento de tipo esquizofrénico; fenómenos catatónicos aislados tales como estereotipias, negativismo a actos impulsivos.

El cuadro clínico puede satisfacer los criterios sintomáticos de esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes persistentes; trastornos psicóticos agudos y transitorios, sin embargo debe ser clasificado aquí si también satisface los criterios generales para una presunta etiología orgánica.

### **2.5.3 Trastornos del Humor (Afectivos) Orgánicos**

- A. Deben satisfacer los criterios generales de daño orgánico, (ya explicados anteriormente)
- B. Además el cuadro debe satisfacer los criterios de alguno de los trastornos del humor (afectivo).

Los diagnósticos del Trastorno del Humor se especifican de la siguiente manera.

- Trastorno Maniaco Orgánico
- Trastorno Bipolar Orgánico
- Trastorno Depresivo Orgánico
- Trastorno Del Humor (afectivo) mixto orgánico

### **2.5.4 Trastorno Esquizoafectivo**

Este trastorno se caracteriza por la presencia de un síndrome completo tanto de esquizofrenia como del trastorno del ánimo.

### **2.5.5 Criterios diagnósticos para el Trastorno Esquizoafectivo CIE-10**

**G1.** El Trastorno satisface los criterios de uno de los trastornos afectivos.

**G2.** Deben estar claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de por lo menos 2 semanas, síntomas de por lo menos uno de los grupos enumerados a continuación (estos grupos son prácticamente los mismos que para la esquizofrenia.)

- 1) Eco, inserción, robo o disfunción del pensamiento.
- 2) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas.
- 3) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre sí acerca del enfermo u otros tipos de voces alucinatorias precedentes de alguna parte del cuerpo.
- 4) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo o que son inverosímiles, pero no únicamente de grandeza o de persecución.
- 5) Lenguaje extremadamente irrelevante o incoherente, o uso frecuente de neologismos.
- 6) Aparición discontinua pero frecuente de alguno de los síntomas catatónicos tales como catalepsia, flexibilidad cética y negativismo.

**G3.** Los criterios G1 y G2 deben satisfacerse durante el mismo episodio del trastorno y simultáneamente durante algún tiempo dentro del mismo episodio. Los síntomas de los criterios G1 y G2 deben ser prominentes en el cuadro clínico.

**G4.** Criterio de exclusión más frecuentemente usado. El trastorno no puede atribuirse a lesión orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia de alcohol u otras drogas.

A su vez los Trastornos Esquizoafectivos se subdividen en:

Trastorno Esquizoafectivo de tipo Maniaco.

Trastorno Esquizoafectivo tipo Depresivo.

Trastorno Esquizoafectivo tipo Mixto.

### **2.5.6 Trastorno. Delirante**

Es un trastorno crónico, el síntoma predominante son las ideas delirantes, se llamó con anterioridad Paranoia o Trastorno Paranoide. Las ideas delirantes pueden ser de grandiosidad, erotomaniacas, celotípicas, somáticas y mixtas, los pacientes con este trastorno carecen de otros síntomas que se observan en la Esquizofrenia como alucinaciones, aplanamiento afectivo y otros síntomas adicionales de trastornos del pensamiento, y la naturaleza de sus delirios no es tan extravagante.

### **2.5.7 Trastorno. Psicótico Breve**

Se caracteriza básicamente por la corta duración (al menos 1 día pero menos de un mes) de síntomas esquizofrénicos. Existe la posibilidad de que estos síntomas estén causados por una patología médica general o inducidos por sustancias, estos dos se clasifican en el DSM 1V, como Trastorno Psicótico debido a enfermedad médica y Trastorno Psicótico inducido por sustancias.

## CAPÍTULO III

### CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.

El uso del concepto de conciencia de enfermedad o insight está muy extendido en el lenguaje clínico psiquiátrico y de forma más específica en la psicosis, ya que estos y más concretamente la esquizofrenia son los trastornos psiquiátricos en los que la conciencia de enfermedad se ve más seriamente perturbada. La existencia de una importante relación entre esquizofrenia y baja conciencia de enfermedad fue planteada por primera vez por Bleuler en 1911 al describir la esquizofrenia. (Domínguez, citado en Bulbena 2001)

Al menos 4 modelos han tratado de explicar el insight en la esquizofrenia.

El modelo psicodinámico lo describe como un mecanismo de defensa y no tener buen insight significaría la negación de la enfermedad. (Mc Pherson 1996)

El modelo neurológico que lo explica como un déficit de la conciencia, como una anosognosia, un desorden en el lóbulo parietal.

La hipótesis clínica explica que el pobre insight está directamente asociado con la enfermedad como un síntoma. (Cuesta y Peralta, citado en Mc Pherson, 1996)

El modelo cognitivo ve al insight como un concepto que encierra las propias explicaciones que el sujeto hace en base a sus creencias acerca de la enfermedad mental. (Birchwood, citado en Mc Pherson, 1996)

Una gran parte de los estudios indican que la mayoría de los pacientes con trastornos psicóticos tienen pobre conciencia de enfermedad, estos pacientes parecen negar, fallar en el autoconocimiento y más ampliamente carecen de conciencia de tener una enfermedad mental.

El estudio de la conciencia de enfermedad en los trastornos psiquiátricos ha sido difícil debido a las ambigüedades conceptuales y a su vez a la escasez de medidas estandarizadas.

Ningún autor niega la importancia que la pobre conciencia de enfermedad juega en el curso y tratamiento de los trastornos mentales y más de la esquizofrenia en particular.

A pesar de la importancia que se le debería de dar a dicho tema se trata de un área que no ha recibido demasiada investigación.

En 1994, Ghaemi y Pope revisaron las investigaciones publicadas sobre conciencia de enfermedad en los últimos 35 años y encontraron solo 42 trabajos con criterios de investigación empírica, siendo la primera publicación que reúne estos criterios del año 1858. (Citado en Bulbena, 2001)

Además la bibliografía existente refleja una baja consistencia entre criterios y poca coincidencia en los resultados obtenidos. Entre las razones que pueden explicar esta situación cabe mencionar la falta de un marco teórico explicativo sobre la conciencia de enfermedad, la ausencia de una definición operativa consistente con dicho modelo teórico, y la escasez de sistemas para evaluar el grado de conciencia de enfermedad de un determinado sujeto. Por ello la mayoría de las veces tal fenómeno tiene que ser inferido a partir de la respuesta del paciente a la enfermedad y ante experiencias particularmente anormales. A pesar de todo, es una exigencia para la psiquiatría determinar hasta que punto un sujeto mantiene una adecuada conciencia de enfermedad, ya que determinadas intervenciones (como la hospitalización involuntaria) deben acomodarse a la situación del paciente en lo relativo a este punto. La dificultad se incrementa cuando consideramos que la conciencia de enfermedad no es una función que esté sencillamente presente o ausente, sino más bien un parámetro clínico que admite la existencia de diferentes grados, y que puede variar en intensidad a lo largo del tiempo.

Dentro de la Psiquiatría el término "conciencia" suele aparecer a menudo equiparado al de "conciencia de enfermedad", en la literatura este término puede aparecer con diferentes sinónimos especialmente en el idioma inglés, en el cual se identifican dos términos que se emplean de manera indistinta *awareness of illness* e *insight*. El término de *insight* en este trabajo aparecerá indistintamente al de conciencia de enfermedad.

El término de conciencia de enfermedad tiene una historia relativamente corta en comparación con otros conceptos psicopatológicos, sin embargo conceptos como autoexaminación y autoconocimiento se emplearon desde la antigüedad por filósofos griegos (Watts, 1987, 167c-167e). (Citado en Marková y Berrios, 1992)

El concepto de conciencia de enfermedad como un síntoma fue introducido por la psiquiatría occidental durante la última parte del siglo XIX (Dagonet, 1881) y las primeras líneas de pensamiento al respecto las presentan Lewis (1934) y Jaspers (1959) (Citado en Marková y Berrios, 1992)

Lewis (1934) analizó los diferentes usos del *insight*, pero previó pocas observaciones empíricas, ofreció temporalmente su propia definición "una actitud correcta a un cambio en uno mismo". El trató de definir al *insight* dividiéndolo en conceptos aislados. También distinguió entre las percepciones inmediatas de los pacientes y sus percepciones basadas en referencias secundarias (las expresiones que hay ante un cambio de aquellas que deberían de haber ante determinado cambio). Describió el *insight* refiriéndose al conocimiento y conciencia de dos cosas "el cambio en uno mismo" "y el juicio que se hace del tal cambio en uno mismo". De este modo sería imposible para los pacientes mirar y juzgar sus experiencias como son juzgadas por otros. Los pacientes nunca podrán tener un completo nivel de conciencia de enfermedad porque ellos se miran desde su propio desorden mental. Por lo que es necesario cuando se hable de conciencia de enfermedad mirar no solo el cambio en la condición del paciente sino por el contrario estudiar la psicopatología total del trastorno.



Jaspers observó que en una primera etapa de la enfermedad, sus pacientes se mostraban confundidos, siendo esto una reacción comprensible hacia las nuevas experiencias que ellos estaban viviendo. Conforme la enfermedad progresaba los pacientes trataban de tomar sentido a sus experiencias, y una forma de hacer esto es comenzar a crear delirios.

Jaspers describió cómo la enfermedad produce cambios en la personalidad y en las actitudes del paciente hacia la enfermedad y cómo con el tiempo comienza a ser menos comprensible para los que le rodean, un ejemplo de esto es cómo el sujeto puede aparecer indiferente o pasivo hacia sus propios delirios que a veces resultan muy amenazantes.

El concepto de conciencia de enfermedad para Jaspers particularmente basado en la observación clínica lo definió como la "capacidad del paciente para juzgar lo que está ocurriendo y las razones por lo que esto sucede". Hizo la distinción entre conocimiento de la enfermedad (experiencia de sentirse enfermo o distinto), e insight donde además se hace una correcta estimación del tipo e intensidad de la enfermedad, estos juicios pueden depender de la inteligencia, personalidad y nivel de educación de la persona, dirigiéndose más a vincular al insight con la personalidad del individuo y no tanto con el proceso de enfermedad en sí mismo como lo hizo Lewis.

Ghaemi y Pope (1994) encontraron cuatro tipos de definiciones que orientan las investigaciones. En la primera el insight es el reconocimiento de que uno tiene una enfermedad mental o que sufre algunos síntomas inusuales. En la segunda es entender la necesidad de tratamiento ya sea medicación, hospitalización u otra intervención. El tercer tipo parte de las propias explicaciones del paciente sobre su enfermedad mental, y por último la cuarta definición relaciona la negación (pérdida del insight) como un mecanismo psicológico de defensa y el insight como el conocimiento preciso del significado de la situación psicológica. (Citado en Bulbena, 2001)

A lo largo de la literatura se pueden encontrar diversas definiciones acerca de la conciencia de enfermedad, las cuales se dividen en dos amplias categorías.

Existe un enfoque categorial, en donde se entiende a la conciencia de enfermedad como un síntoma más que un fenómeno que puede estar presente o ausente, un proceso dicotómico de todo o nada, y un enfoque continuo que va más allá en el cual se considera a la conciencia de enfermedad como un fenómeno multidimensional y graduable.

Una de las mayores diferencias entre ambos enfoques es que en el categorial los métodos de evaluación aplicados han sido poco desarrollados desde una perspectiva psicométrica.

Uno de los estudios más importantes y que marcó la dirección hacia el pensar que la conciencia de enfermedad fuera considerada más como un síntoma fue el realizado por Carpenter et al. en 1976 basado en datos recolectados por el Internacional Pilot Study of Schizophrenia (IPSS, World Health Organization, 1973) y que proporcionó una única oportunidad para diferenciar e identificar la sintomatología de cada uno de los diagnósticos, el objetivo principal de dicho estudio fue evaluar si los tipos de diagnósticos difieren entre sí en base a los síntomas que se presentan incluyendo el grado de conciencia de enfermedad. (Citado en Amador, Strauss, Yale, 1991)

Esto había sido una tarea difícil debido en gran parte a la heterogeneidad de el trastorno y el traslape de los síntomas entre los tipos tradicionales de la esquizofrenia.

El análisis de los resultados demostró que la pobre conciencia de enfermedad era una característica prevalente en la esquizofrenia y que el grado de tal conciencia es un importante discriminador entre los diferentes tipos de esquizofrenia.

Con el fin de replicar el mismo estudio pero controlando un mayor número de variables Wilson et al. 1986 desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue especificar y diferenciar que signos y síntomas se presentan con mayor frecuencia en los trastornos mentales, las enfermedades consideradas fueron Esquizofrenia Hebefrénica, Esquizofrenia Paranoide, Esquizofrenia Simple, Esquizofrenia Catatónica y Trastorno Esquizoafectivo, los resultados demostraron que los delirios en general, problemas de insomnio y depresión eran los síntomas que más mostraban una mayor variabilidad entre los trastornos mientras que la pobre conciencia de enfermedad, afecto aplanado y delirios de tipo nihilista, eran los que se encontraban constantemente entre la mayoría de los diagnósticos.

Con estos estudios se demostró que la pobre conciencia de enfermedad es un rasgo prevalente en los Trastornos mentales y de hecho tiene un mayor orden de ocurrencia que otros signos y síntomas.

En los dos estudios revisados (Carpenter et y al. 1976; Wilson et al. 1986) el insight fue definido como presente si había algún conocimiento de la enfermedad emocional y ausente si el paciente negaba definitivamente que estuviera enfermo. Sin embargo esta definición se queda corta ya que solo se requiere que el paciente evidencie solo algo de conciencia de enfermedad para decir que cuenta con una buena conciencia de enfermedad, y por ejemplo no requiere que el paciente reconozca que necesita de un tratamiento. (Citado en Amador, Strauss, Yale, 1991)

### **3.1 HACIA UNA DEFINICIÓN DE LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

Eskey (1958) definió a la conciencia de enfermedad como “La presencia o verbalización consciente de parte del paciente de que una inapropiada función intelectual existe”, este autor no utiliza ninguna medida de ésta, y simplemente la divide en pacientes que muestran una conciencia de enfermedad completa, parcial y sin nada de conciencia de enfermedad. Los criterios para dicha distinción tampoco fueron especificados. (Citado en Bulbena, 2001)

Van Putten (1976) definió el insight como presente cuando el paciente expresa alguna conciencia de enfermedad emocional, y lo categoriza como presente o ausente. (Citado en Bulbena, 2001)

Para Lin y cols. (1979), el término insight se establece en función de la respuesta afirmativa del paciente a si ellos pensaban que tenían algún problema y si tenían que estar en un hospital o ver a algún médico psiquiatra. Se maneja un concepto de insight como todo o nada, las respuestas del paciente no fueron más exploradas, y solo se hacía hincapié en si la respuesta era afirmativa implicaba el reconocimiento del paciente de sus problemas. Es una respuesta afirmativa a la pregunta ¿necesitas estar en un hospital? o ¿ver a un doctor? Su forma de evaluación no aporta garantías de validez. (Bulbena, 2001)

Heinrichs y cols. (1985) definieron a la conciencia de enfermedad como “la habilidad del paciente durante la fase temprana de descompensación para reconocer que él o ella está comenzando a sufrir una recaída”. Esto se determinaba mediante la valoración de las notas del caso y se validaba mediante discusión por responsables clínicos. Este método de medición presenta problemas de precisión y subjetividad. (Bulbena, 2001)

Bartkó y cols. (1988) consideraron la pérdida de insight como el fracaso del paciente para reconocer su estado emocional y para percibir la necesidad de tratamiento ante una conducta evaluada como patológica por el médico. Se destacan en la definición dos criterios ya considerados en otras definiciones, el reconocimiento de la necesidad de tratamiento y la comparación de percepciones entre el clínico y el paciente. Estos autores formaron las categorías de los pacientes en función de cuatro grados de intensidad del insight que no son especificados. (Bulbena, 2001)

Cuesta y Peralta (1994) Dichos autores no ofrecen una definición propiamente, sino que retoman algunas hipótesis que tratan de dar una definición: en primer lugar,

- La pérdida de insight se ha entendido como un mecanismo de defensa por medio del cual se niega la enfermedad mental.
- La segunda hipótesis proviene de un enfoque neuropsicológico estableciendo una lesión cerebral localizada o difusa que explicaría la falta de introspección o de confrontación con la realidad.

- La tercera hipótesis se basa en la independencia de la pérdida de insight de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, sino que la pérdida del insight proviene directamente del proceso de enfermar y deberá ser considerado como un síntoma primario y básico.

La forma en que evalúan el insight puede dar a entender un concepto de insight continuo, sin embargo los autores traducen la medida en categorías concretas, insight presente, parcialmente presente o ausente sin especificar más los criterios para esta división.

Los intentos de trascender el modelo dicotómico han planteado una evaluación del insight de forma graduada, utilizando escalas estructuradas basadas bien en un concepto unitario o multidimensional del insight. Autores que han brindado definiciones más completas se citan a continuación.

McEvoy y cols (1989) presentaron uno de los primeros trabajos en que se desarrolló un instrumento estandarizado para evaluar el insight como un proceso continuo (Insight and Treatment Attitude Questionnaire, ITAQ). Plantean el insight como un concepto unitario. La definición que aportan hace referencia a la correlación entre los juicios hechos por los pacientes y por los médicos. Así los pacientes con insight valorarán como patológicas sus experiencias perceptuales, procesos cognitivos y emociones o conductas, de forma congruente con la valoración del clínico. Este proceso involucra que el paciente acepte que necesita tratamiento en salud mental, a la vez que acepte la necesidad de hospitalización y farmacoterapia.

Mc Evoy 1989 y Carpenter et al. 1973 concuerdan en que el pobre insight es un síntoma frecuente en la esquizofrenia.

De acuerdo a diversos estudios no se muestra una relación clara entre el grado de conciencia de enfermedad y psicopatología aguda. "Los resultados del ITAQ no muestran una relación significativa entre la gravedad de la psicopatología y la evaluación inicial del grado de conciencia de enfermedad". (Mc Evoy 1989), y más allá de estos resultados también se ha observado que no hay relación entre los cambios de la psicopatología y los cambios en el insight a través del tiempo. Muy pocos pacientes presentan un decremento en la conciencia de enfermedad si la psicopatología mejora, esto puede verse cuando la existencia de una psicopatología está muy negada y concluyen que los mecanismos responsables del insight y la sintomatología positiva son independientes.

En un estudio subsecuente (Mc Evoy 1989) encontró que mientras el grado de psicopatología disminuía durante la hospitalización para pacientes voluntarios e involuntarios, solo el insight de los pacientes voluntarios incrementaba sobre el curso de la hospitalización

Algo importante fue el descubrimiento de que el 40% de los pacientes no presentaron cambios substanciales en sus niveles de insight sobre el curso de la hospitalización. En esta población apareció que el grado de insight manifestado por los pacientes generalmente opera de manera independiente de los cambios en psicopatología aguda.

Sin embargo en un estudio realizado por Mc Evoy 1989, se obtuvieron mejoras significativas en las respuestas del ITAQ a través del curso de la hospitalización, con lo cual debe tenerse mucho cuidado pues no es significativo.

Para Mc Evoy el mecanismo que puede explicar el deterioro del insight puede ser, que es relativamente resistente al tratamiento con los neurolépticos.

Mc Evoy también encontró que el número de hospitalizaciones previas y el número de años desde la primera hospitalización no predicen el grado de conciencia de enfermedad.

Los estudios de Mc Evoy muestran una reflexión importante con la que todavía se necesita trabajar, efectivamente hay una correlación entre el grado de conciencia de enfermedad y el grado de cooperación con la medicación, sin embargo también se ha observado que personas con bajos niveles de conciencia de enfermedad muestran un buen cumplimiento con su medicación, esto al menos en pacientes hospitalizados, de tal forma que pacientes a los que se les entrevista sobre su enfermedad mental responden acertadamente "no" a la pregunta de no estar enfermos, pero sí expresan una clara disposición a tomar una medicación.

Esto puede explicarse en función al aprendizaje y adaptabilidad del paciente al medio (hospital) en que se encuentra y más bien como un comportamiento esperado, más que algún claro reconocimiento de necesitar tratamiento porque se está enfermo. En pacientes externos el escenario es diferente pues los pacientes están menos sujetos a las presiones del ambiente con respecto al cumplimiento.

Tomar medicación puede estar más relacionado con una conciencia de enfermedad que va en función de una "necesidad" por el tratamiento más que por una reflexión misma. Resumiendo la conciencia de enfermedad se convierte en un proceso de aprendizaje.

Gelder y cols. (1989) ofrecen una forma de entender en qué consiste la conciencia de enfermedad planteando el problema de modo secuencial, analizando cuatro factores básicos:

- 1) Hasta que punto el paciente parece estar al tanto de los fenómenos anómalos que otros sujetos han percibido en él.
- 2) Que capacidad tiene el paciente para reconocer que estos fenómenos son realmente anómalos.
- 3) Que capacidad tiene para considerar que tales fenómenos anómalos son el resultado de una enfermedad mental.
- 4) En el caso de que el paciente acepte que está enfermo, hasta que punto es capaz de considerar que necesita un tratamiento que haga frente a su enfermedad.

La valoración de cada una de éstas áreas nos permitirá tener una idea del grado de "conciencia de enfermedad" de un determinado sujeto en un determinado momento.

Xavier F. Amador y David H. Strauss, desarrollaron la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder la cual muestra aspectos de la conciencia de enfermedad a través de una variedad de manifestaciones de la misma enfermedad.

“La conciencia de enfermedad había sido frecuentemente medida como un fenómeno simple o unitario, la única escala para medir conciencia de enfermedad en Esquizofrenia clasificaba a los pacientes por tener buena o mala conciencia. Tal punto de vista falla en el tratar de comprender la complejidad del fenómeno en el cual el paciente podía reconocer la presencia de algunos síntomas como, pobres relaciones interpersonales, incapacidad para relacionarse por ejemplo, pero no otros como la anhedonia, o los delirios y alucinaciones los cuales niegan tener una gran parte de los pacientes, o aquellos que no aceptan estar enfermos pero aceptan farmacoterapia porque sienten que esto les es de ayuda”. (Amador XF, Strauss DH, Yale SA, 1991)

Ellos han argumentado que la conciencia de enfermedad es una modalidad específica en donde los pacientes pueden tener conciencia de algo pero no de todos los signos y síntomas de la enfermedad.

La conciencia de enfermedad comprende el proceso de conciencia y atribución. El tener conciencia implica el reconocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad, mientras que la atribución se refiere a las explicaciones acerca de las causas de dichos signos o síntomas.

Estos autores también hacen una distinción entre conciencia retrospectiva (pasada) y conciencia actual y su atribución actual se refiere a la conciencia de los pacientes y a la atribución que hacen de sus síntomas existentes. Por ejemplo un paciente recientemente hospitalizado que niega estar mentalmente enfermo, pero está de acuerdo en que previamente si lo había estado, tiene una pobre conciencia de enfermedad actual y una buena conciencia de enfermedad retrospectiva.

Y por último toman en cuenta los siguientes supuestos:

1. El insight dentro de la enfermedad mental es un fenómeno complejo con un sinnúmero de componentes y dimensiones.
2. Los signos y síntomas de la enfermedad mental pueden variar de una cultura a otra, en la evaluación de tal fenómeno y la atribución que hace del mismo el paciente se deben considerar que puntos de vista expresados por el paciente son consistentes con los de su propia cultura.
3. Los componentes de las dimensiones del insight son continuos y no es un fenómeno dicotómico, dicho en otras palabras puede haber conciencia de enfermedad parcial.
4. La conciencia de enfermedad dentro de la enfermedad mental puede tener una modalidad específica, esto es, el nivel de conciencia de enfermedad varía y se manifiesta de diferentes formas que dependerán del sujeto, por ejemplo un paciente puede ser consciente que tiene un afecto aplanado pero no reconocer la dificultad que tiene para poder relacionarse con su entorno.

5. Debe ser tomada siempre en cuenta para la misma evaluación de la conciencia de enfermedad, la explicación que el paciente da con respecto a la naturaleza de su enfermedad mental.

Lo descrito anteriormente nos lleva a entender que la conciencia de enfermedad es un rico fenómeno multidimensional el cual involucra procesos de conciencia y atribución que tienen dimensiones actuales y pasadas.

Amador, Strauss y Yale consideran que los pacientes que probablemente atribuyen sus síntomas a otras causas diferentes a las del desorden mental probablemente tengan un pronóstico pobre y fallen en las medidas relacionadas con el curso de su enfermedad y la evaluación, por ejemplo podrían tener un menor cumplimiento con su tratamiento y/o tener más problemas interpersonales.

En un estudio realizado por (Amador y David et cols. 1993) para probar su escala propusieron y encontraron que los pacientes quienes erróneamente atribuyen sus síntomas a otras causas que a un desorden mental podrían tomar un pobre número de medidas relacionadas con su curso y evolución, por ejemplo tendrían la posibilidad de cumplir menos con los planes de su tratamiento y tener más problemas interpersonales. También ellos están de acuerdo en seguir investigando más sobre los déficits neuropsicológicos sobre la negación de la conciencia de enfermedad.

Como podemos observar mientras que para David y Amador la conciencia de enfermedad es un concepto continuo que involucra reconocimiento y atribución, para Mc Evoy involucra el reconocimiento de la enfermedad y la necesidad de tratamiento.

Marková y Berrios (1992) Señalan que el insight es más que un simple conocimiento aparente que el paciente puede tener acerca de sí mismo y de su trastorno, tal como es por lo general evaluado en la entrevista psiquiátrica. El insight sería una forma de autoconocimiento que incluye el conocimiento del paciente respecto a sí mismo (cómo se encuentra) y de su trastorno (lo que le pasa), pero también el entendimiento de los efectos que la enfermedad provoca en su interacción con el mundo. Probablemente existen diferentes modelos de insight para los distintos trastornos psiquiátricos, lo que no es exactamente superponible con un síntoma aislado (alucinación, delirio, etc.) dado que no mantiene la misma entidad y que es un proceso continuo de pensamiento y sentimiento que deberá graduarse.

Estos autores también plantean una nueva propuesta de evaluación en 1992, que es la escala para evaluar el insight, en la cual el concepto de insight se divide en categorías relacionadas con el propio autoconocimiento con respecto a su enfermedad y a sus efectos, evaluando el reconocimiento de los cambios en ellos mismos y la percepción del cambio con respecto a su medio ambiente y la relación con tal medio.

Las áreas contempladas en dicha escala son; hospitalización, enfermedad mental en general, percepción de estar enfermo, cambios en uno mismo, control sobre la situación, percepción del medio y pobre comprensión de la situación.

Marková y Berrios, encontraron que los pacientes que ingresaban al hospital voluntariamente tenían mayor conciencia de enfermedad que los que ingresaban involuntariamente, pero el grado de conciencia de enfermedad no fue relacionado consistentemente con la gravedad, así que ellos postularon que el nivel de conciencia de enfermedad no está únicamente relacionado con la psicopatología, no debería ser entendido como un síntoma presente o ausente sino como un proceso graduable sujeto a cambios.

En contraste con Mc Evoy et al. Marková y Berrios sí encontraron un mejoramiento significativo en las respuestas entre la admisión y la dada de alta, y realizan una crítica a dicho autor por solo trabajar con pacientes esquizofrénicos y no con otros tipos de diagnósticos, lo que sería importante estudiar más adelante, con respecto a la relación entre conciencia de enfermedad y la gravedad del desorden, mientras más enfermos se encuentran los pacientes menor es el nivel de insight que ellos presentan.

Los mismos autores hacen referencia a que sus resultados del mejoramiento del insight sobre el tiempo presentado en su estudio pueden estar relacionados a que: "el reconocimiento verbal de los cambios generales puede resultar menos amenazante para el paciente que la aceptación verbal de estar o haber estado mentalmente enfermo, en otras palabras es más fácil decir me siento diferente que decir yo estoy mentalmente enfermo. La situación puede volverse más compleja si intervienen más factores en la ganancia del insight, en el mejoramiento de la enfermedad y la ganancia del insight pueden contribuir otras causas tales como el estado de la enfermedad, el nivel intelectual del paciente, la personalidad y las experiencias pasadas.

Estos autores siguen la línea de Jaspers quien también hizo una diferenciación clara entre solo el conocimiento y un buen juicio.

Es bien sabido que el progreso en la psicopatología de los pacientes no va acompañado con el progreso del mejoramiento del insight, y menos si los síntomas psicóticos interfieren con la habilidad del paciente para reconocer su enfermedad y necesitar tratamiento.

En síntesis, tanto desde los modelos categoriales o continuos y unitarios o multidimensionales el significado subyacente a la conciencia de enfermedad se centra en un componente que sería el más importante y con el cual la mayoría de los autores concuerda y que es el reconocimiento de la sintomatología como parte de una enfermedad. Otros componentes como necesidad o beneficio del tratamiento, atribución de los procesos anómalos, percepción de la situación y del medio, etc. también resultan importantes, pero siempre hay que considerar que la conciencia de enfermedad es un proceso multidimensional que no solo incluye un componente sino puede llegar a incluir más.

La carencia de conciencia de enfermedad se relaciona con un mal pronóstico y a su vez con un buen o mal cumplimiento en el tratamiento, apego a su farmacoterapia e inconstancia a sus actividades que buscan su rehabilitación.



### **3.2 VARIABLES RELACIONADAS CON LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

La relación entre conciencia de enfermedad y las características sociodemográficas personales no está clara. La mayoría de los autores no encuentran relación entre las variables sociodemográficas y la conciencia de enfermedad. Sin embargo otros investigadores encuentran mayor conciencia de enfermedad en personas de más edad (Vaz FJ, Casado M, Hoge SK), más años de educación (David A, Mc Pherson R.) y edad de inicio más tardía (Amador X, Strauss D.)

#### **3.2.1 Diagnóstico**

Ghaemi y Pope (1993) encontraron que la mayoría de las investigaciones examinaban sólo a la esquizofrenia, o no realizaban un análisis diferenciado. Además, muchos de estos trabajos eran poco comparables dado que se habían aplicado criterios diversos para establecer el diagnóstico.

Varios autores han observado en enfermos ingresados que los pacientes esquizofrénicos presentaban mayor insight que los pacientes depresivos (Marková y Berrios 1992; Amador y cols., 1993), encontraron que en pacientes esquizofrénicos la conciencia de enfermedad mejoraba tras el ingreso, mientras que en pacientes con trastornos afectivos no se presentaban cambios entre el ingreso y el alta, así que la conciencia de enfermedad era mejor en los pacientes esquizofrénicos.

En estudios posteriores Amador y cols. Indicaron que la escasa conciencia de enfermedad era un factor prevalente en esquizofrénicos, y una variedad de déficits en la autoconciencia son más severos en pacientes con Esquizofrenia que en pacientes con Trastorno Esquizoafectivo o Trastorno Depresivo Mayor con o sin síntomas psicóticos y están asociados a un pobre funcionamiento psicosocial.

Greenfield y cols (1989) hallaron que los sujetos con Depresión Mayor atribuían su episodio a una enfermedad física y entendían que la toma discontinua de medicación era un factor precipitante. Por otro lado, los sujetos con Trastorno Bipolar minimizaban su vulnerabilidad a la recaída, la importancia del tratamiento e identificaban como precipitantes de su enfermedad los factores externos ambientales más que los factores biológicos. (Citado en Bulbena, 2001)

Ghaemi y cols. (1993) realizaron un estudio para examinar el insight en pacientes con Trastorno Bipolar en fase maniaca. Observaron que durante un episodio maniaco agudo, los pacientes con baja conciencia de enfermedad mejoraron de manera significativa su conciencia de enfermedad tras la resolución del episodio de descompensación. (Citado en Bulbena, 2001)

En base a un estudio sobre conciencia de enfermedad llevado a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría (como objetivo de tesis) se encontró que los pacientes con Trastorno Esquizoafectivo fueron más conscientes de tener una enfermedad mental. Específicamente dichos pacientes tuvieron significativamente mayor conciencia de alucinaciones, delirios, anhedonia y falta de socialización, en comparación con los pacientes con Esquizofrenia Paranoide. (Aceves, 2001)

De los 40 pacientes en quienes se diagnosticó Trastorno Bipolar, el 93% cumplía con criterios para episodio más reciente Maniaco. Este grupo de maniacos bipolares calificaron tan pobremente como el grupo de la Esquizofrenia.

Los resultados de este estudio indican que prevalece una pobre conciencia en la Esquizofrenia que en pacientes con Trastorno Esquizoafectivo o Depresión Mayor con o sin síntomas psicóticos. De igual forma en pacientes con Esquizofrenia se correlacionó la escasa conciencia de enfermedad con un funcionamiento social más deteriorado. (Aceves, 2001)

### **3.2.2 Gravedad del Trastorno**

La relación entre la psicopatología aguda y conciencia de enfermedad resulta incierta.

Algunos autores que han realizado estudios reportan que los pacientes con esquizofrenia que mejoran con su tratamiento también incrementan sus niveles de conciencia de enfermedad. (Small et al. 1965) (Citado en Amador X., Strauss D, 1991)

En un estudio retrospectivo usando notas de evolución de los casos Heinrichs y cols. (1985) encontraron que en el 63% de los casos la conciencia de enfermedad en el momento inicial se relacionaba significativamente con la resolución exitosa del episodio, pero en cambio no hubo correlación entre conciencia de enfermedad y gravedad del episodio.

Mc Evoy (1989) tampoco encontró relación entre el cambio de conciencia de enfermedad y gravedad de la psicopatología en el momento del ingreso, así como tampoco entre el cambio en la conciencia de enfermedad y el cambio en la psicopatología comparando la situación de los pacientes en el ingreso y tras el alta. Concluyendo que los mecanismos responsables de la conciencia de enfermedad y los síntomas positivos de la esquizofrenia son independientes.

En un artículo subsecuente de Mc Evoy et al. (1989) encontraron que mientras el grado de psicopatología disminuía durante la hospitalización en dos grupos de pacientes internados voluntariamente e involuntariamente, solo la conciencia de enfermedad de los pacientes voluntarios mejoraba durante la hospitalización.

En otros estudios se ha encontrado una respuesta diferencial en la conciencia de enfermedad según el diagnóstico tras la hospitalización (Marková y Berrios 1992), sobre una muestra de 91 pacientes halló una modesta correlación inversa entre el nivel de

psicopatología y la cantidad de conciencia de enfermedad. Amador y cols. (1993) y Vaz y cols. (1997) encuentran resultados correlacionales similares entre la pérdida de la conciencia de enfermedad y mayor gravedad del trastorno.

### **3.2.3 *Sintomatología Negativa e Interacción Social***

Vaz F.J., Casado M., en un estudio cuyo objetivo fue determinar que variables pueden estar relacionadas con el grado de conciencia de enfermedad encontraron datos interesantes con respecto a la interacción social en general. Se correlacionaron los resultados obtenidos mediante la Escala de los Síntomas Positivo y Negativo de Key y cols. (1992) con los resultados del cuestionario de Mc Evoy para medir la conciencia de enfermedad, y los ítems de la escala de síntomas que muestran una mayor correlación con la conciencia de enfermedad son los negativos, tales como hostilidad, embotamiento afectivo, retraimiento afectivo, rapport pobre y falta de cooperación.

La "hostilidad" se detecta a través de signos verbales y no verbales de enfado y resentimiento los cuales son apreciados en la conducta interpersonal del sujeto, el "embotamiento afectivo" caracterizado por una disminución de la respuesta emocional, se traduce en una reducción de la expresión facial, modulación de sentimientos y gestos comunicativos y también se manifiesta y por ello se evalúa a partir de la conducta interaccional del sujeto. Algo similar hay que decir del "retraimiento afectivo" (falta de implicación interés y responsabilidad ante diversas circunstancias vitales, incluida la entrevista de evaluación) y del "rapport pobre" (falta de empatía y accesibilidad en la conversación, con actitud hermética distanciamiento, y reducción de la comunicación verbal y no verbal). También tiene que ver con la esfera de lo interaccional la "falta de cooperación", otro de los parámetros significativos, término que tiene que ver con la oposición activa del paciente a adaptarse a las normas y deseos de los que le rodean, traduciéndose en sentimientos de desconfianza, actitud defensiva, obstinación, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad y beligerancia. Todos estos ítems tomados en conjunto, configuran una relación especial, el esquizofrénico con el entorno, relación que se caracteriza por dos tipos opuestos de conducta retracción, indiferencia y falta de reactividad, por una parte, y agresividad y hostilidad por la otra. Estos datos sugieren que características como pobre contacto con la gente, dificultad para expresar emociones y entablar una relación, están muy relacionadas con una incapacidad de reconocer que se esté enfermo, y esto podría explicarse en el sentido de que el paciente permanece apático ante todo contacto social y más al interés que pudiera tener en sí mismo y su enfermedad.

### **3.2.4 *Cumplimiento Terapéutico***

Es un hecho evidente que la mayor parte de los esquizofrénicos crónicos presentan una escasa conciencia de estar enfermos, lo que los lleva generalmente a rechazar el tratamiento farmacológico o a seguir las prescripciones de forma irregular (Lin y cols. 1979; Van Putten y cols.) (Citado en Bulbena, 2001)

Lin y cols. (1979) estudiando la conciencia de enfermedad en 100 pacientes esquizofrénicos concluyeron que la presencia de conciencia de enfermedad y los beneficios percibidos por la medicación aumentaban de forma paralela y de manera parecida. David y cols. (1992) también encontraron correlación entre adhesión al tratamiento y la capacidad del paciente para reconocer la enfermedad en sí mismo. (Citado en Bulbena, 2001)

En función de lo anterior, el grado de conciencia de enfermedad estaría asociado al grado de voluntad de exigir medicación o tratamiento (Mc Evoy, 1981), siendo mucho más evidente la estrecha relación existente entre conciencia de enfermedad y cumplimiento de las prescripciones farmacológicas y, en la misma línea, la correlación existente entre conciencia de enfermedad y mejoría clínica (Mc Evoy 1989).

La mayoría de los autores encuentran que el cumplimiento terapéutico está relacionado con el nivel de conciencia de enfermedad del paciente. (David A, Buchanan A, Amador X, Strauss D, Jorgensen P, Kampman O,)

Bartko et. al. (1989) en un estudio realizado con 58 pacientes esquizofrénicos divididos en dos grupos 26 que cumplían con su medicación y 32 que no cumplían encontraron que el grupo que no cumplía con su medicación mostraba una clara carencia de conciencia de enfermedad que aquellos que sí cumplían con su medicación.

Algunos trabajos demuestran que aquellos pacientes que no tienen una elevada conciencia de enfermedad no cumplen con los patrones establecidos por el psiquiatra, no existe un nivel de cooperación adecuado con este y suelen rechazar el tratamiento. Es de esperar que este tipo de pacientes suelen negarse a acudir a los Centros de Salud Mental y a tomar la medicación prescrita, por lo que suelen ingresar con más frecuencia que aquellos que son conscientes de padecer una enfermedad y necesitar tratamiento. (Haro J, Ochoa S, Cabrero L, 2001)

A pesar de esto es importante retomar el análisis de Mc Evoy en base a que el cumplimiento por sí solo no es una buena medida de la conciencia de enfermedad, particularmente en pacientes hospitalizados, ya que hay pacientes que pueden mostrar un buen apego a sus medicamentos y no necesariamente tener buen grado de conciencia de enfermedad, sobre todo en el tipo de ambiente hospitalario donde hay ciertos comportamientos que son esperados como el que "los pacientes tomen su medicamento".

### **3.2.5 *Curso o pronóstico***

Los estudios de seguimiento realizados no aportan datos concluyentes. Eskey (1958) no encontró relación significativa entre la presencia de conciencia de enfermedad y el pronóstico de la enfermedad medido por (el tiempo de permanencia en un hospital psiquiátrico). Mc Evoy halló un buen resultado clínico medido como (la adhesión a la medicación y bajo número de hospitalizaciones) asociado a una mayor conciencia de enfermedad.

Heinrichs y cols. (1985) apoyaron la tesis de que los pacientes con buena conciencia de enfermedad son capaces de mantenerla en las fases iniciales de la recaída lo que los lleva a una pronta intervención y a la prevención de la rehospitalización.

Estos datos solo apuntan a que la pérdida de la conciencia de enfermedad es un rasgo clínico relativamente estable (desde el punto de vista que la mayoría de los pacientes lo presentan) y no es un reflejo de la gravedad de los síntomas.

### *3.2.6 Edad*

De algunas variables demográficas solo una parece correlacionar de forma directa con la conciencia de necesitar tratamiento, la edad del paciente, esto es a mayor edad mayor conciencia de necesitar tratamiento. (Vaz F.J., Casado M., 1994).

El tiempo de evolución de la esquizofrenia parece ser un elemento importante de cara al desarrollo de la conciencia de estar enfermo y de necesitar ayuda. Esto al menos podría pensarse a la vista de los resultados que muestran cómo la edad se correlaciona positivamente con la conciencia de precisar tratamiento y también teniendo en cuenta el hecho de que las puntuaciones más bajas en los factores aislados se obtienen en los sujetos diagnosticados de Trastorno Esquizofreniforme (evolución breve), las cuales contrastan con las obtenidas en los diagnosticados de Esquizofrenia Residual (evolución larga). (Vaz F.J., Casado M., 1994)

### *3.2.7 Nivel Académico*

En un estudio realizado por Mc Pherson y cols. 1996, en el cual correlacionaron los años de educación con el insight obtenido mediante la Escala para Evaluar el Insight (SAI) de David, se demostró una correlación significativa, de tal forma que los grupos con alto nivel académico puntuaron alto en el SAI indicando buen insight. No así entre el IQ y el insight. (Mc Pherson, 1996)

De igual forma Haro, encontró diferencias significativas en función del nivel de estudios: aquellas personas que no tienen estudios y aquellos que tienen estudios universitarios presentan peores puntuaciones en las subescalas de conciencia de padecer un trastorno mental y conciencia de problemas sociales debidos a la enfermedad de la (Escala de Conciencia de Enfermedad, SUMD de Amador) que aquellas personas que tienen estudios secundarios o primarios acabados. (Haro J, Ochoa S, Cabrero L, 2001)

Así podemos esperar que sujetos con más alto nivel académico presenten un nivel de conciencia de enfermedad menor.

## CAPITULO IV

### MÉTODO

#### **4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Lograr la conciencia de enfermedad en los pacientes psiquiátricos forma parte de los objetivos de los programas diseñados a trabajar con la rehabilitación del paciente, ya que en la investigación se han encontrado indicadores de relación entre la conciencia de enfermedad y el cumplimiento y apego terapéutico.

A un paciente con adecuada conciencia de enfermedad le resultará más fácil seguir las indicaciones de su médico tratante por lo que cooperará más con su tratamiento, lo cual se verá reflejado en su recuperación (Haro J, Ochoa S, Cabrero L, 2001)

Es de esperar que pacientes que cuenten con una pobre conciencia de enfermedad suelen negarse a acudir a los centros de salud mental y a tomar la medicación prescrita, por lo que suelen ingresar con más frecuencia que aquellos que son conscientes de padecer una enfermedad y necesitar tratamiento. (Haro J, Ochoa S, Cabrero L, 2001)

En base a que en los objetivos planteados por el programa de Hospitalización Parcial de Día se encuentra dentro del objetivo general "*Favorecer e incrementar el nivel de conciencia de enfermedad*", y dentro de los objetivos específicos "*Fomentar la conciencia de enfermedad y reforzar la adherencia terapéutica*". Podemos plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre el tiempo de estancia al Servicio de Hospital Parcial de día y el grado de conciencia de enfermedad que el paciente tiene?

#### **4.2 HIPÓTESIS**

El objetivo general del programa de Hospital Parcial de Día es otorgar atención integral (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) a pacientes con problemas de tipo psicótico, con el fin de disminuir el índice de recaídas y reingresos, favorecer e incrementar el nivel de conciencia de enfermedad, lograr un adecuado control sintomático y disminuir el abandono y deserción del tratamiento.

Ya que favorecer la conciencia de enfermedad y reforzar la adherencia terapéutica en el paciente es una de las tareas a lograr dentro del programa de Hospitalización Parcial, podemos plantear la siguiente hipótesis:

#### ***Hipótesis de trabajo***

El tiempo de estancia en el Servicio de Hospital Parcial de Día incrementa el grado de conciencia de enfermedad del paciente.

## ***Hipótesis estadísticas***

Ho. No existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de estancia en el Servicio de Hospital Parcial de Día y el grado de conciencia de enfermedad que el paciente tiene.

Hi. Si existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de estancia en el Servicio de Hospital Parcial de Día y el grado de conciencia de enfermedad que el paciente tiene.

### **4.3 VARIABLES**

#### **Variable Dependiente. - Conciencia de Enfermedad**

*Definición Conceptual.*- Es una forma de autoconocimiento que incluye el conocimiento del paciente respecto a sí mismo (como se encuentra) y de su trastorno (lo que le pasa), pero también el entendimiento de los efectos que la enfermedad provoca en su interacción con el mundo. Es un proceso continuo de pensamiento y sentimiento que deberá graduarse. (Marková y Berrios, 1992).

*Definición Operacional.*- Es el grado de conciencia de enfermedad que los pacientes que asisten actualmente al programa de Hospital Parcial de Día tienen en base a la escala para evaluar Insight de Berrios y Marková (1992).

#### **Variable Independiente. - Tiempo de Estancia**

*Definición Conceptual de tiempo.*- Duración de las cosas sujetas a cambios. (Diccionario de la Lengua Española).

*Definición Conceptual de estancia.*- Permanencia durante cierto tiempo en un lugar determinado. (Diccionario de la Lengua Española).

#### *Definición Operacional del tiempo de estancia*

Se tomó en cuenta el tiempo que el paciente tuviera asistiendo al Servicio de Hospitalización Parcial, para lo cual se dividió a la muestra en tres grupos.

El primer grupo estuvo constituido por pacientes que tuvieran:

De 0 hasta 3 meses de tiempo de estancia en el Servicio de Hospitalización Parcial.

El segundo grupo se constituyó por pacientes que tuvieran:

De 4 a 9 meses de estancia en el Servicio de Hospitalización Parcial.

Y finalmente un tercer grupo que estuvo constituido por pacientes que tuvieran: Más de un año de tiempo de estancia en el Servicio.

#### **4.4 SUJETOS**

Se trabajó con una muestra total de 66 pacientes, los cuales se encontraban internados (el tiempo que duró la aplicación) bajo la modalidad de Hospitalización Parcial de Día (perteneciente al área de Servicios Ambulatorios) del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

De ambos sexos en un rango de edad entre los 18 y 51 años de edad, de estrato socioeconómico medio bajo, con predominio de la clase baja, la mayoría habitan en la Ciudad de México, con parte minoritaria que proviene del Estado de México y del interior de la República.

Los pacientes son enviados a dicho programa de los servicios de preconsulta, consulta externa, y hospitalización continua del mismo Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

##### *Criterios de Inclusión:*

- Ser pacientes que se encontraran hospitalizados bajo la modalidad de Hospital Parcial de Día.
- Ser pacientes con psicosis activa, en remisión o controlada, que no ameriten hospitalización continua pero sí un manejo integral ambulatorio.
- Asistir regularmente al Servicio de Hospital Parcial de Día.
- De diagnóstico indistinto, quedando excluidos los trastornos de la personalidad y trastornos límites de la personalidad.

##### *Criterios de Exclusión:*

- Pacientes que debido a su padecimiento hubieran presentado riesgo suicida, dificultad grave para establecer relaciones interpersonales, bajo control de impulsos, conductas agresivas, negación a aceptar cualquier tipo de tratamiento.
- Pacientes en estado de intoxicación y pacientes con algún trastorno de la personalidad.

#### **4.5 MUESTRA.** - Se trabajó con una muestra no probabilística o dirigida, por cuota.

Dado que la elección de los sujetos no dependió de la probabilidad sino de los criterios del investigador en base al tipo y diseño de la investigación se trabajó con una muestra no probabilística o dirigida, y por cuota porque se cubrió en base al número de pacientes con el que se disponía en el Hospital de acuerdo a la variable demográfica.



**4.6 ESCENARIO.-** El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", en el área de Servicio de Hospital Parcial de Día.

Las entrevistas y aplicación de la escala para evaluar el insight se aplicaron en los cubículos de estudio ubicados dentro del área de Hospital Parcial, mismos que se ocupan para las consultas individuales. Son espacios pequeños alejados del ruido evitando cualquier distractor.

#### **4.7 TIPO DE ESTUDIO**

Se llevó a cabo un tipo de estudio correlacional, pues el objetivo de la investigación fue evaluar si existía alguna relación entre el tiempo de estancia y el grado de conciencia de enfermedad del paciente internado bajo la modalidad de Hospitalización Parcial.

Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más variables en un contexto en particular con el propósito de saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.(Hernández S, 1998)

#### **4.8 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

En base a que no hubo manipulación de variables ni asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones se realizó un diseño de investigación no experimental o ex post facto de tres grupos independientes con una sola medición.

El criterio para conformar cada grupo fue el tiempo de estancia que tuviera el paciente en Hospital Parcial, (0 a 3 meses), (4 a 9 meses), (más de 1 año). A cada uno de los grupos se le aplicó una sola medición, para evaluar la relación entre el tiempo de estancia y el grado de conciencia de enfermedad.

En el diseño de investigación no experimental las variables independientes no pueden ser manipuladas, porque ya ocurrieron al igual que sus efectos, por lo que no se tiene un control directo sobre las mismas. (Hernández S, 1998)

Es Transversal Correlacional porque se buscó describir una correlación entre las dos variables estudiadas en los tres grupos en un momento determinado.

El diseño Transversal recolecta datos en un solo momento o en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández S, 1998)

Finalmente es un estudio de campo porque fue desarrollado en un escenario real.

## 4.9 INSTRUMENTOS

### Carta de Consentimiento Informado:

En la carta de consentimiento informado se explicó al paciente sobre la investigación y así mismo se pidió su autorización para participar en esta. (Anexo 1)

### Cuestionario de Datos Generales:

Se aplicó un cuestionario de datos generales que sirvió para obtener más información acerca de los aspectos sociodemográficos de los pacientes. Datos como género, edad, estado civil, lugar de nacimiento, nivel de estudios, ocupación, integrantes de su familia, personas con las que vive, quién es su responsable directo, tiempo de evolución número de hospitalizaciones previas y diagnóstico. (Anexo 2)

### Escala de Insight Berrios y Marková (1992)

Es una escala autoaplicada que consta de 32 ítems que se contestan con las alternativas sí, no, no sé, y que mide el grado de insight o conciencia de enfermedad que el paciente tiene. Los ítems se eligieron según el método de validez aparente, dividiendo el concepto de insight o conciencia de enfermedad en componentes que representan aspectos relevantes en el autoconocimiento de la enfermedad del paciente. Se incluyen cuestiones pertenecientes a las siguientes áreas:

1. hospitalización (1,4,6a,7,21,25,26)
2. enfermedad mental en general (3,11)
3. percepción de estar enfermo(2,5,6b,10,13)
4. cambios en uno mismo (6d,8,9,14,16,17,18,21,22,23,24,30)
5. control sobre la situación (20,27,28,29)
6. percepción del ambiente (6c,15,20,23,26)
7. querer entender su propia situación (31,32)

Se puntúa con dos puntos a las respuestas positivas (sí) y con un punto a las negativas (no), y los ítems se subdividen en:

Aquellos cuyas respuestas positivas podrían indicar mayor insight (positivo),(5,6b,8,9,13,14,16,17,18,22,23,24,26,32) (Grupo A)

Aquellos cuyas respuestas positivas podrían indicar menor insight (negativo), (1, 3, 7, 10, 11, 15,20) (Grupo B)

La consistencia interna de los ítems se analizó usando el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach hallándose un  $\alpha$  de 0.75 en el grupo A y de 0.55 en el grupo B.

La interpretación se hace en el sentido de que a mayor puntuación significa mejor insight positivo, la puntuación máxima que se puede obtener es 28. La formulación contraria apunta al insight negativo, el puntaje máximo esperado es 7. (Anexo 3)

#### **4.10 PROCEDIMIENTO**

Se buscó la autorización para poder realizar la investigación en el "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez" en el área de Hospitalización Parcial, una vez concedido el permiso por el Comité de Ética y Vigilancia se procedió a realizar el proyecto.

Como primer paso se revisaron todos los expedientes de los pacientes que se encontraban en ese momento internados bajo la modalidad de Hospitalización Parcial, mismos que deberían de estar asistiendo con frecuencia a dicho programa.

Durante la revisión de los expedientes se obtuvieron datos clínicos importantes, como el diagnóstico, el tiempo de estancia en hospitalización parcial, número de hospitalizaciones previas tanto en el Servicio como en el hospital en general, y el tiempo de evolución de la enfermedad, estos mismos datos se cotejaron con los proporcionados por el propio paciente durante la entrevista y la aplicación de los instrumentos, de tal forma que permitió también averiguar la claridad del paciente sobre sus antecedentes clínicos y su diagnóstico.

La muestra fue dividida en tres grupos tomando en cuenta el tiempo de estancia en el Servicio. Se trató de asignar la misma cantidad de sujetos a los grupos que fueron formados.

El primer grupo incluyó pacientes que tuvieran de 0-3 meses de estancia en el servicio, y estuvo conformado por 20 sujetos.

El segundo grupo incluyó pacientes que tuvieran entre 4 y 9 meses de estancia y se formó de 22 sujetos.

Finalmente el tercer grupo incluyó pacientes con un año o más tiempo de estancia en el programa y estuvo conformado por 24 sujetos.

Durante la entrevista con el paciente se le explicó acerca de la investigación y se le pidió su autorización para participar en esta por medio de un consentimiento informado el cual debía firmar. (ANEXO 1)

Ya que el paciente aceptaba colaborar en la investigación se daba inicio con la entrevista semiestructurada cuyo objetivo fue explorar en primer lugar, la explicación que él daba del porque asiste a un Hospital Psiquiátrico, y literalmente si él tenía o no una enfermedad de tipo mental, además de crear un buen rapport con el paciente.

También se les solicitó llenar un cuestionario con sus datos personales e información necesaria acerca de su enfermedad como el tiempo de evolución, número de hospitalizaciones previas y diagnóstico. (ANEXO 2)

Esta información proporcionada por el paciente fue cotejada con los datos asentados en su expediente.

Finalmente se aplicó la Escala de Insight para evaluar el grado de insight o conciencia de enfermedad del paciente, de Berrios y Marková (1992) (ANEXO 3)

La entrevista, el cuestionario y la escala de insight fueron aplicadas en una sola sesión de 40 min. para cada paciente pues fue de forma individual.

Para evaluar si existía relación entre el tiempo de estancia en el Servicio de Hospital Parcial de Día y el grado de conciencia de enfermedad se utilizó la Correlación de Spearman.

Y un ANOVA para medir diferencias entre los grupos con respecto al grado de conciencia de enfermedad, se compararon las medias de los tres grupos, así como también se compararon las medias de los diagnósticos, nivel académico, sexo, edad con respecto al grado de conciencia de enfermedad.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

En este capítulo se realiza la presentación de los resultados obtenidos mediante el análisis descriptivo e inferencial que se hicieron de los datos. Este capítulo está dividido en dos partes.

En la primera parte se empleó estadística descriptiva para describir las características de la muestra con la que se trabajó, porcentajes de género, edad, estado civil, nivel académico, ocupación, tiempo de estancia en hospitalización parcial, apoyo familiar, número de hospitalizaciones previas, tiempo de evolución, diagnóstico, etc., información que fue recabada mediante la entrevista semiestructurada y la aplicación del cuestionario de datos generales.

Posteriormente se presenta el análisis estadístico inferencial que se realizó para dar respuesta a la pregunta de investigación.

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la correlación de Spearman para evaluar la relación entre el tiempo de estancia en el Servicio de Hospital Parcial de Día y el grado de conciencia de enfermedad, una ANOVA para medir diferencias entre los grupos con respecto al grado de conciencia de enfermedad, género, diagnóstico, tiempo de evolución, número de hospitalizaciones previas, nivel académico y personas con las que vive el paciente, además de realizar un análisis de frecuencias.

Los cuestionarios y la escala para evaluar el insight fueron aplicados a una muestra total de 66 pacientes, los cuales se encontraban en el momento de la aplicación internados bajo la modalidad de hospitalización parcial de día, la muestra se formó de acuerdo al tiempo de estancia que llevaban internados en dicho programa.

Los datos recabados para la descripción de la muestra son los siguientes:

## 5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

De acuerdo a la edad se obtuvieron las frecuencias que se muestran a continuación en la tabla.

Tabla 1.  
Frecuencias de acuerdo a la edad

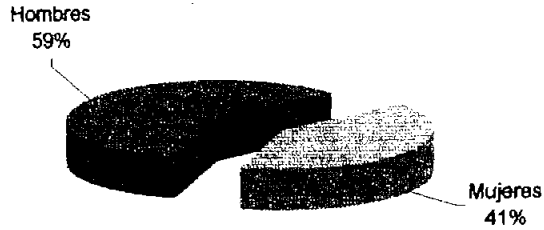
Edad	Frecuencia
18	2
19	5
20	2
21	1
22	2
23	5
24	2
25	2
26	3
27	3
28	1
29	1
30	8
31	4
32	1
33	5
34	1
35	3
36	2
40	3
42	2
43	3
44	1
46	2
50	1
51	1

La edad promedio fue de 30 años, que corresponde a una población adulta joven, el rango de edad fue de 18 a 51 años encontrándose más de la mitad de la muestra en un rango entre los 18 a los 30 años, mientras que sólo una quinta parte de la muestra rebasa los 40.

Con respecto al género, de los 66 pacientes 39 fueron del sexo masculino y 27 del sexo femenino. Solo 12 hombres por arriba de la cantidad de las mujeres.

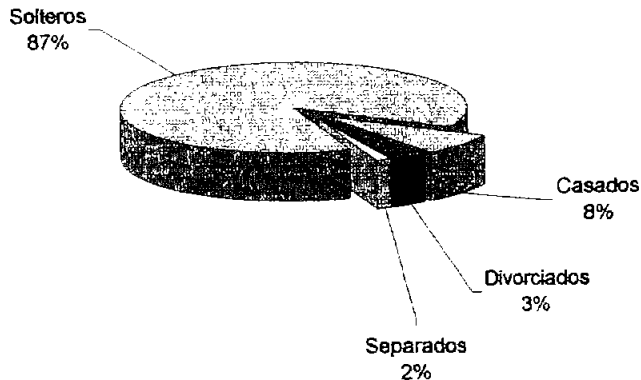
En la gráfica siguiente se muestra la distribución de los porcentajes de acuerdo al género.

### DISTRIBUCIÓN DEL GÉNERO DE LA MUESTRA



Gráfica 1.

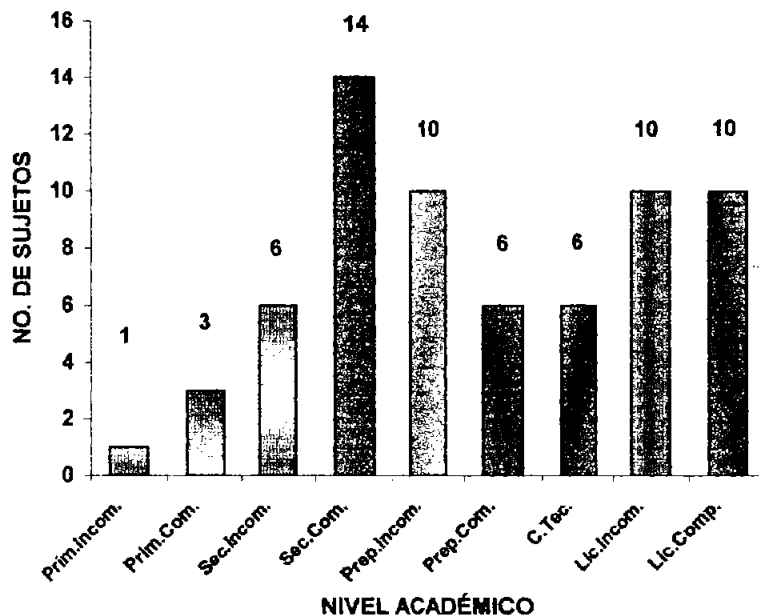
### DISTRIBUCIÓN DEL PORCENTAJE DEL EDO. CIVIL DE LA MUESTRA TOTAL



Gráfica 2.

En la gráfica anterior se muestra la distribución del porcentaje del estado civil, se observó que una mayoría considerable de los pacientes son solteros, asociándose a que se trata de una población joven, sin dejar de lado las características del propio padecimiento, que muchas veces impide mantener una relación marital. La categoría subsiguiente es la de casados, estando conformada por tan solo 5 pacientes.

### FRECUENCIAS DEL NIVEL ACADÉMICO



**Gráfica 3.**

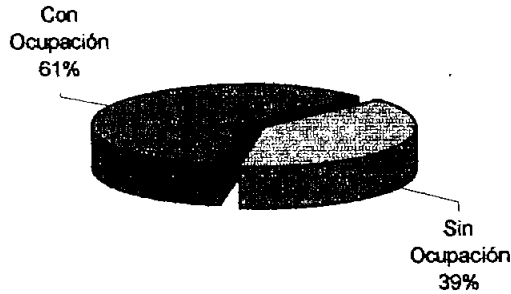
En esta gráfica se observan las frecuencias del nivel académico que poseen los pacientes con los que se trabajó. Las categorías se formaron de acuerdo al nivel mínimo y máximo que reportaron tener.

Como se puede observar la mitad de las categorías que sobresalen son las que pertenecen a un nivel académico más alto, a partir de la secundaria completa, seguidas de preparatoria incompleta, licenciatura incompleta y licenciatura completa.

Cabe mencionar que 20 de los pacientes iniciaron una licenciatura y solo 10 la concluyeron.



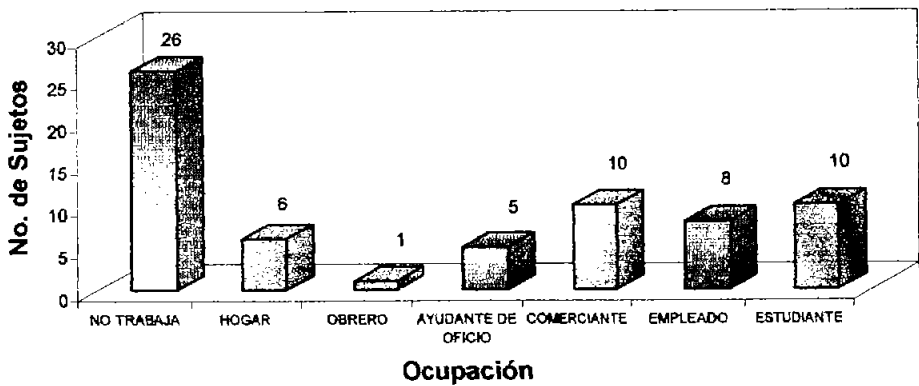
## PORCENTAJE DE LA OCUPACIÓN



**Gráfica 4.**

Esta gráfica presenta el porcentaje de los pacientes que tienen una ocupación que les permite estar activos y el porcentaje de aquellos que no cuentan con ocupación por diferentes razones como el abandono de sus estudios, el no encontrarse en condiciones de laborar, o bien porque son desempleados. Lo importante es que más de la mitad de la muestra cuentan con alguna ocupación.

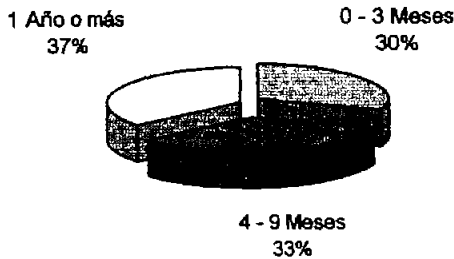
## CATEGORÍAS DE LAS OCUPACIONES



**Gráfica 5.**

En la gráfica anterior se muestran las categorías de las ocupaciones con que cuentan los pacientes, observando que las más altas son las de estudiante y comerciante seguida por la de empleado.

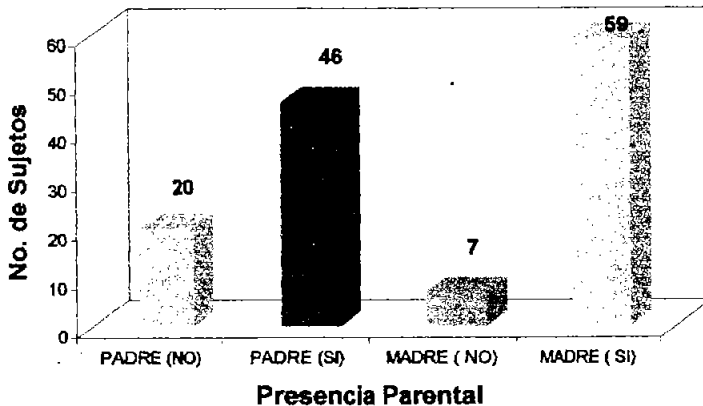
**DISTRIBUCIÓN DEL PORCENTAJE DEL TIEMPO DE ESTANCIA AL SERVICIO DE HOSPITAL PARCIAL**



**Gráfica 6.**

Como se muestra en la gráfica, se trató que los tres grupos formados con respecto al tiempo de estancia que tienen en el Servicio de Hospital Parcial fueran uniformes en cuanto al número de personas para cada uno. El primer grupo lo constituyeron pacientes de nuevo ingreso que como máximo tenían 3 meses de estancia y estuvo formado por 20 pacientes, el segundo grupo fueron pacientes que tenían de 4 a 9 meses en el Servicio, formado por 22 pacientes, y el último grupo lo conformaron aquellos que tenían un año o más de permanencia, con 24 sujetos.

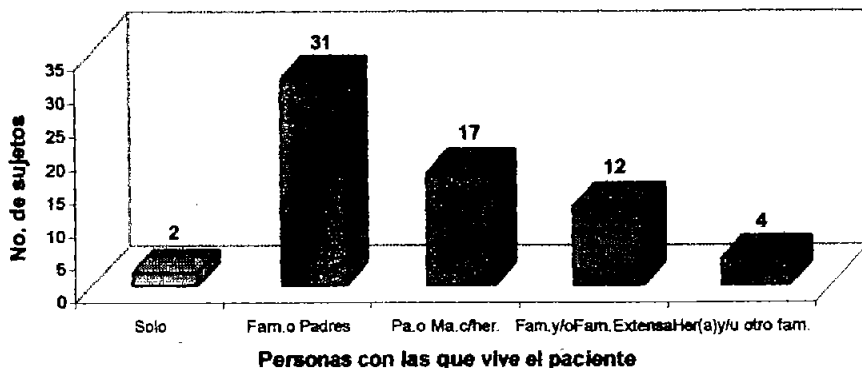
**PRESENCIA DE LAS FIGURAS PARENTALES**



**Gráfica 7.**

La gráfica anterior muestra el apoyo de la figura materna o paterna, con la que el paciente puede contar, se observa que la mayoría cuentan con los dos apoyos materno y paterno, con un mayor incremento en el caso materno. Así solo 7 pacientes no cuentan con el apoyo materno mientras que 20 no cuentan con la figura paterna.

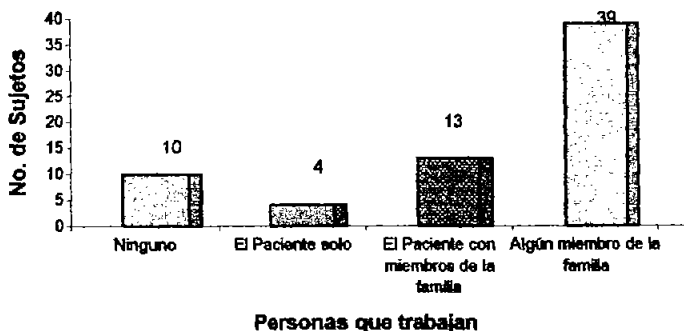
## DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE EL PACIENTE



**Gráfica 8.**

En esta gráfica se observa la distribución de frecuencias de las personas con las que vive el paciente, tomando en cuenta que forman parte de las redes de apoyo, la categoría que resalta es la de vivir con su Familia o Ambos Padres contra solo dos pacientes que viven solos. En las categorías correspondientes a Familia o Ambos Padres y Padre o Madre con hermanos que son las más altas se observa la presencia de las figuras paternales.

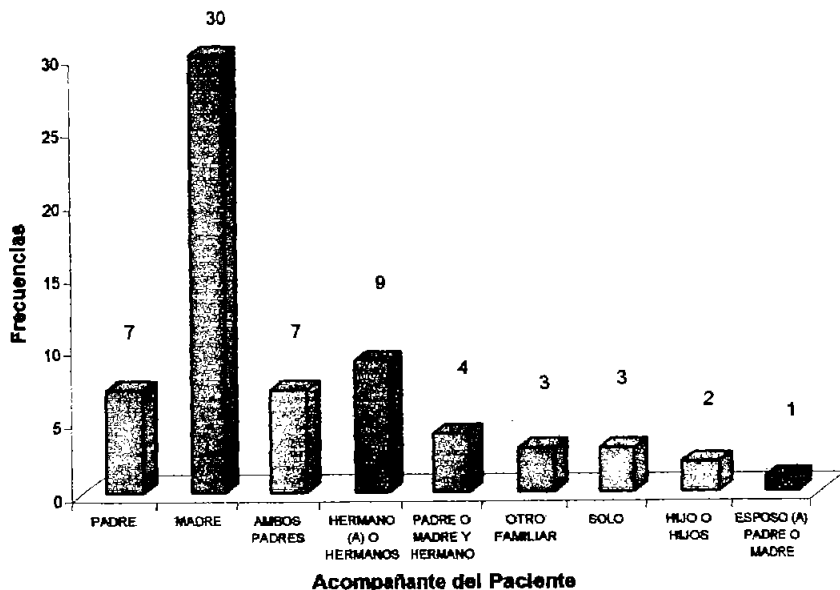
## DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN CON LAS QUE VIVE EL PACIENTE



**Gráfica 9.**

Esta gráfica muestra las personas que trabajan y viven con el paciente incluyéndose a él mismo si es el caso, así observamos que la responsabilidad de trabajar está cargada hacia algún o algunos miembros de la familia, contrastando con la categoría de el paciente solo, es decir en muy pocos casos es el paciente el único que trabaja dentro de su núcleo familiar.

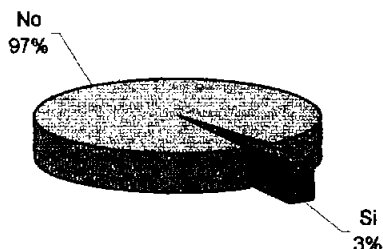
## DISTRIBUCIÓN DEL ACOMPAÑANTE FAMILIAR DEL PACIENTE AL SERVICIO



**Gráfica 10.**

Esta gráfica nos muestra a la o las personas que acompañan al Servicio de Hospital Parcial al paciente, quienes se convierten en los responsables directos del mismo, la categoría que sobresale de las demás es la de la madre así que podemos esperar sea esta quien brinde más apoyo y funja un papel importante en la evolución del paciente, de cualquier forma dentro de las categorías con mayor frecuencia se encuentran la de padre y ambos padres, por lo que en general son los padres quienes están al cargo de sus hijos. Lo que corrobora lo mencionado en las gráficas anteriores donde se resalta la importancia de las figuras parentales especialmente de la madre quien generalmente acompaña a su hijo durante todo el proceso de su enfermedad.

### PORCENTAJE DE PACIENTES QUE HAN ESTADO ANTERIORMENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITAL PARCIAL DE DÍA

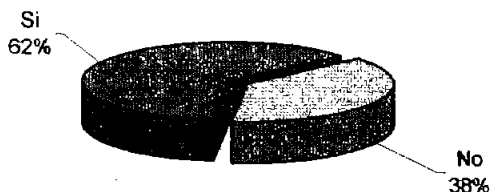


**Gráfica 11.**

En la gráfica se presenta el porcentaje de pacientes que han ingresado al Servicio por primera vez y los que han reingresado, observándose que solo dos pacientes son de reingreso (segunda vez).

Así la mayoría de los pacientes están por primera vez en Hospital Parcial, generalmente los pacientes son enviados de los Servicios de Consulta Externa u Hospitalización Continua.

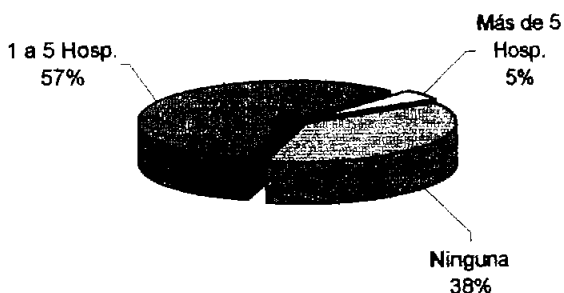
### PORCENTAJE DE PACIENTES QUE HAN ESTADO INTERNADOS EN HOSPITALIZACIÓN CONTÍNUA



**Gráfica 12.**

Esta gráfica muestra el porcentaje de pacientes que han estado internados en Hospitalización Continua, y un dato importante es que más de la mitad de ellos tienen uno o más internamientos previos.

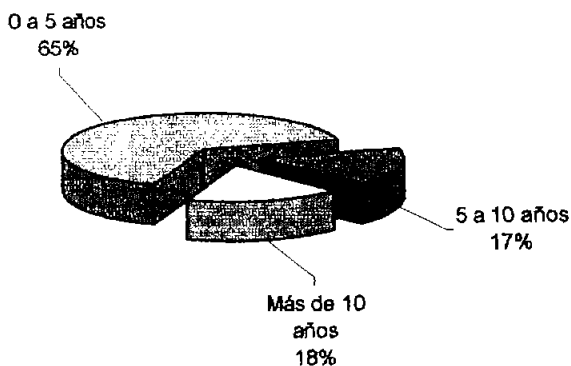
### PORCENTAJE DEL NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES



**Gráfica 13.**

En esta gráfica se presenta el porcentaje del número de hospitalizaciones que tienen los pacientes que ya han estado internados en hospitalización continua (piso), y como se puede observar la mayoría de ellos se encuentran en el rango de 1 a 5 internamientos.

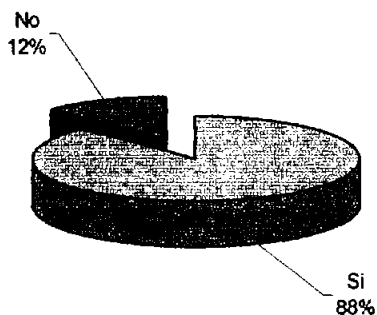
### PORCENTAJES DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES



**Gráfica 14.**

La evolución se refiere al tiempo que lleva un paciente con la enfermedad, este es un dato importante pues se ha observado que es determinante para el deterioro de los pacientes, y como se observa en la gráfica anterior la mayoría se encuentra en el rango de 0 a 5 años, pero el segundo rango de mayor porcentaje son de aquellos que llevan más de 10 años de evolución.

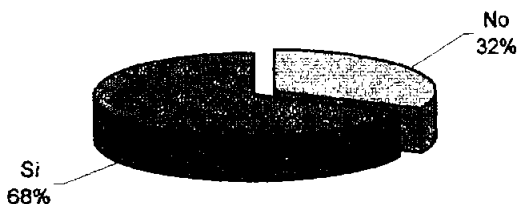
### PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CONOCEN Y QUE NO CONOCEN SU DIAGNÓSTICO



**Gráfica 15.**

La gráfica presenta el porcentaje de los sujetos que reconocen tener una enfermedad, y los que no por el contrario. Observamos que la mayoría reporta conocer su diagnóstico, pero esto no significa que sea el certero.

### PORCENTAJES DE LA COINCIDENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS



**Gráfica 16.**

Aquí se muestran los porcentajes de la coincidencia de los diagnósticos, el que proporciona el propio paciente y el que se tiene realmente. En la mayoría de los casos ambos diagnósticos coinciden.

Finalmente en la siguiente tabla se muestran los diagnósticos que poseen los pacientes que conformaron la muestra.

**Tabla 2.**  
**Frecuencias de los Diagnósticos de la muestra total**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencias</b>
Esquizofrenia Paranoide	34
Esquizofrenia Indiferenciada	7
Trastorno Bipolar	6
Trastorno Esquizofreniforme	5
Trastorno Esquizoafectivo de Tipo Depresivo	3
Trastorno Esquizoafectivo de Tipo Maniaco	2
Esquizofrenia Simple	2
Trastorno del Humor (Afectivo Orgánico)	2
Trastorno de Ideas Delirantes de la Personalidad	1
Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo	1
Trastorno Paranoide de la Personalidad	1
Trastorno Esquizoide de la Personalidad	1
Trastorno Mental del Comportamiento Secundario a Encefalopatía Hipóxica	1

El diagnóstico no fue criterio empleado al momento de elegir la muestra, de tal forma que se incluyeron diferentes diagnósticos entre los que se encontraban con mayor frecuencia la Esquizofrenia Paranoide, Esquizofrenia Indiferenciada y el Trastorno Bipolar.

Como se aprecia en la tabla más de la mitad de la muestra cuentan con un diagnóstico que entra dentro del grupo de las Esquizofrenias.



## 5.2 ANALISIS INFERENCIAL

Una vez concluido con el análisis descriptivo de la muestra se procedió al análisis estadístico inferencial el cual permitió dar respuesta a la pregunta de investigación:

¿Existe relación entre el tiempo de estancia en el Programa de Hospital Parcial y el grado de conciencia de enfermedad que el paciente tiene?

Para dar respuesta a tal pregunta se empleó una muestra de 66 pacientes pertenecientes al Servicio de Hospital Parcial de Día, los cuales estuvieron divididos en tres grupos de acuerdo al tiempo de estancia que tenían asistiendo al Servicio, de 0 a 3 meses (primer grupo), de 4 a 9 meses (segundo grupo), y de 1 año o más (tercer grupo) a los cuales se les aplicó la escala de insight de Marková y Berrios, para evaluar el grado de conciencia de enfermedad.

Por medio de tal escala se obtuvieron dos puntajes, el insight positivo (que a mayor puntaje demuestra mayor conciencia de enfermedad), la puntuación máxima para considerar al paciente con buena conciencia de enfermedad es de 28) y el insight negativo (que a menor puntaje demuestra también mayor conciencia de enfermedad, el puntaje máximo esperado es 7).

Para obtener los resultados que a continuación se describirán se utilizó la correlación de Spearman para determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de estancia y el insight positivo y negativo del sujeto. Posteriormente se realizó también una comparación entre grupos, utilizando el análisis de varianza de una sola vía.

Como primer paso, en la presentación de resultados, se elaboró una tabla con las medias y desviaciones estándar de los puntajes de insight positivo e insight negativo, la cual se presenta a continuación:

**Tabla 1**  
**Medias y desviación estándar del Insight Positivo**  
**y Negativo de la muestra total**

	$\bar{X}$	Desviación Estándar
<i>Insight Positivo</i>	21.54	3.04
<i>Insight Negativo</i>	8.01	1.18

Para buscar si hay relación entre el tiempo de estancia y la conciencia de enfermedad se empleó la Correlación de Spearman obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 2**  
**Correlación del Insight Positivo y**  
**Negativo con el Tiempo de estancia**

<i>Tiempo de estancia</i>	Insight Positivo		Insight Negativo	
	r	Sig.	r	Sig.
	.002	.98	-.09	.43

Los resultados obtenidos que se observan en la tabla nos muestran que no hay una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de estancia y el insight (positivo y negativo).

Sin embargo en ambos casos se obtuvo la tendencia esperada, una correlación positiva entre el tiempo de estancia y el insight positivo que indica que a mayor tiempo de estancia el insight positivo incrementa, y una correlación negativa entre el tiempo de estancia y el insight negativo que indica que a mayor tiempo de estancia el insight negativo decrecienta como se esperaría, no obstante que ambos valores son muy bajos y no significativos.

Para ver si influye el tiempo de estancia en la conciencia de enfermedad de los pacientes pertenecientes al Servicio de Hospital Parcial de Día se dividió a la muestra en tres grupos, como ya se mencionó anteriormente, los cuales se describen a continuación:

- Grupo 1 de 0 a 3 meses de tiempo de estancia.
- Grupo 2 de 4 a 9 meses de tiempo de estancia.
- Grupo 3 de 1 año a más tiempo de estancia.

Las medias y desviaciones estándar que obtuvieron dichos grupos se presentan a continuación, además se compararon las medias a través del ANOVA y los resultados también se observan en la siguiente tabla:

**Tabla 3**  
**Medias y Desviaciones estándar del Insight Positivo y Negativo de cada uno de los grupos con respecto al tiempo de estancia**

Variable	Grupo	$\bar{X}$	Desv. Estándar	Gl	F	Sig.
<i>Insight Positivo</i>	Grupo 1 (de 0 a 3 meses)	21.60	3.08	2	0.006	.994
	Grupo 2 (de 4 a 9 meses)	21.54	3.46			
	Grupo 3 (más de un año)	21.54	2.73			
<i>Insight Negativo</i>	Grupo 1 (de 0 a 3 meses)	7.95	.99	2	2.12	.128
	Grupo 2 (de 4 a 9 meses)	8.40	1.5			
	Grupo 3 (más de un año)	8.01	.75			

Como lo muestra la tabla no se encontraron diferencias entre los grupos de acuerdo al tiempo de estancia y el insight positivo y negativo.

Las medias no varían y se mantienen uniformes sin ninguna diferencia significativa en los tres grupos.

El puntaje más bajo para el insight negativo lo obtuvo el primer grupo de (0 a 3 meses de estancia).

En base a estos resultados en los cuales no se encontraron relaciones significativas entre tiempo de estancia y grado de conciencia de enfermedad se procedió a buscar otras variables que pudieran estar relacionadas con la conciencia de enfermedad, ya que como se mencionó en el marco teórico, la conciencia de enfermedad no es un fenómeno dicotómico sino por el contrario es multidimensional, y puede estar influido por diversas variables.

Las variables que se analizaron tomando en cuenta lo anteriormente expuesto fueron (género, edad, diagnóstico, tiempo de evolución, número de hospitalizaciones previas, nivel académico y personas con las que vive el paciente).

Los resultados encontrados de la relación entre dichas variables y el grado de conciencia de enfermedad se muestran a continuación:

### 5.2.1 Análisis de los reportes

En el caso del género no se encontraron diferencias con respecto al insight positivo y negativo, esto significa que tanto hombres como mujeres pueden tener el mismo grado de conciencia de enfermedad, no llegando a ser una variable significativa para marcar diferencias.

**Tabla 4**  
Media y Desviación Estándar del Género  
con respecto al Insight Positivo y Negativo

	Género	N	$\bar{X}$	Desviación Estándar	t	Sig.
<i>Insight Positivo</i>	Masculino	39	21.43	3.05	.167	.684
	Femenino	27	21.70	3.09		
<i>Insight Negativo</i>	Masculino	39	8.02	1.03	.680	.413
	Femenino	27	8.00	1.38		

Se utilizó la correlación de Spearman para encontrar relación entre la edad y el insight positivo y negativo, y los resultados son los siguientes:

**Tabla 5**  
Correlación del Insight  
Positivo y Negativo con la edad

<i>Edad</i>	Insight Positivo		Insight Negativo	
	r	Sig.	r	Sig.
	.101	.419	-.139	.267

No se encontró una correlación significativa entre la edad y la conciencia de enfermedad. La correlación entre el insight negativo y la edad resultó negativa, lo que indicaría una tendencia a que a mayor edad el grado de insight negativo disminuye. Estos resultados no son significativos, pero es importante mencionarlos porque es una tendencia que se espera suceda, ya que es probable que a mayor edad el sujeto mejore su capacidad de juicio.

Para observar si existen diferencias entre el grado de conciencia de enfermedad con respecto al diagnóstico se compararon las medias de todos los diagnósticos mediante un ANOVA, los cuales estuvieron divididos en cuatro categorías:

*Esquizofrenias*, constituido por (Esquizofrenia Simple, Esquizofrenia Indiferenciada, Esquizofrenia Paranoide, y los Trastornos Esquizoafectivos).

*Trastornos del Estado de Ánimo* (Trastorno Bipolar, de Tipo Maniaco y de Tipo Depresivo).

*Trastornos debidos a una Causa Orgánica* (Trastorno Esquizofeniforme Orgánico y Trastorno del Humor Afectivo Orgánico).

*Otros Trastornos Psicóticos* que no entran en ninguno de los grupos ya mencionados anteriormente, (Trastorno de Ideas Delirantes de la Personalidad, Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo, Trastorno Paranoide de la Personalidad, Trastorno Esquizoide de la Personalidad, y Trastorno Mental del Comportamiento Secundario a Encefalopatía Hipóxica.)

Las medias de cada una de las categorías se muestran a continuación:

**Tabla 6**  
**Medias y Desviaciones Estándar de los Diagnósticos**  
**de acuerdo al Insight Positivo y Negativo**

Variable	Diagnóstico	$\bar{X}$	Desv.Estándar	Gl	F	Sig.
<b>Insight Positivo</b>	<i>Esquizofrenias</i>	21.3	3.1	3	1.97	.127
	<i>Trastornos del Humor (Afectivos)</i>	22.3	2.5			
	<i>Trastornos debidos a una causa Orgánica</i>	23.4	2.5			
	<i>Otros Trastornos Psicóticos</i>	19.4	2.4			
<b>Insight Negativo</b>	<i>Esquizofrenias</i>	8.02	1.1	3	.961	.417
	<i>Trastornos del Humor (Afectivos)</i>	7.3	.81			
	<i>Trastornos debidos a una causa Orgánica</i>	8.2	1.3			
	<i>Otros Trastornos Psicóticos</i>	8.4	1.5			

Los datos observados en la tabla nos muestran que la categoría de diagnósticos que obtuvo la media más alta para el insight positivo es la que corresponde a los Trastornos debidos a

una causa Orgánica, en la cual están incluidos los diagnósticos de Trastorno Esquizofreniforme y Trastornos del Humor Afectivo Orgánicos.

Cabe mencionar que al menos el Trastorno Esquizofreniforme (incluido dentro de esta categoría) se caracteriza por su corto tiempo de duración el cual generalmente le permite al paciente volver a su nivel de funcionamiento normal una vez resuelto el episodio psicótico, lo que no sucede en otros padecimientos, más específicamente en el caso de las Esquizofrenias en los cuales se puede observar un deterioro mayor en el paciente.

La categoría subsecuente con mayor puntuación en el insight positivo es la de Trastornos del Humor (Afectivos), que incluye el Trastorno Bipolar en fase Maniaca y en fase Depresiva, obteniendo un puntaje bajo en el insight negativo como se esperaría. Al igual que los Trastornos debidos a una Causa Orgánica los Trastornos del Humor tampoco involucran un deterioro cognitivo significativo.

Otras variables que se compararon como ya se mencionó fueron, tiempo de evolución y número de hospitalizaciones previas en hospitalización continua, mostrando los siguientes resultados:

**Tabla 7**  
**Medias del Tiempo de Evolución**  
**con respecto al Insight Positivo y Negativo**

Variable	Tiempo de Evolución	$\bar{X}$	Desv. Estándar	Gl	F	Sig.
<i>Insight Positivo</i>	0-5 años	21.4	2.8	2	.177	.838
	6-10 años	22	2.5			
	+ de 10 años	21.3	4.1			
<i>Insight Negativo</i>	0-5 años	8.07	1	2	.130	.878
	6-10 años	7.9	1.1			
	+ de 10 años	7.9	1.8			

No hay una variación importante entre las medias de acuerdo al tiempo de evolución, la que se observa más alta, como lo muestra la tabla, es la que corresponde a la categoría de 6 a 10 años, la cual está aún ligeramente por arriba de la de menor tiempo de evolución de 0 a 5 años. Estos datos no resultaron significativos, pero sugieren que posiblemente pacientes con mayor tiempo de evolución puedan tener mejor nivel de conciencia de enfermedad que aquellos que tienen menor tiempo de evolución.

**Tabla 8**  
**Medias del Número de Hospitalizaciones previas**  
**con respecto al Insight Positivo y Negativo**

Variable	Hospitalizaciones Previas	$\bar{X}$	Desv. Estándar	Gl	F	Sig.
<b>Insight Positivo</b>	<i>Ninguna</i>	21.2	3.33	2	1.368	.262
	<i>1-5 Hospitalizaciones</i>	21.5	2.85			
	<i>+de5 Hospitalizaciones</i>	24.3	2.30			
<b>Insight Negativo</b>	<i>Ninguna</i>	8.04	1.01	2	.515	.600
	<i>1-5 Hospitalizaciones</i>	8.05	1.31			
	<i>+de5 Hospitalizaciones</i>	7.3	.57			

Con respecto al número de hospitalizaciones la media más alta de insight positivo presenta la categoría de más de 5 hospitalizaciones, así como la media más baja para el insight negativo, marcando una diferencia entre los grupos, esto significa que los puntajes más altos de insight positivo los obtuvieron la categoría de los pacientes que tienen más de 5 hospitalizaciones aún por arriba de los que no tienen ninguna o bien tienen menos de 5 hospitalizaciones. Esta tendencia indica que mientras más hospitalizaciones tenga el paciente su conciencia de enfermedad incrementa

Se evaluó también la variable de Nivel Académico comparando las medias a través del ANOVA y los resultados que se obtuvieron fueron:

**Tabla 9**  
**Medias y desviaciones estándar del**  
**Nivel Académico con respecto al**  
**Insight Positivo y Negativo**

Variable	Grupo	$\bar{X}$	Desv. Estándar	Gl	F	Sig.
<i>Insight Positivo</i>	Primaria	24.5*	2.6	4	2.498	.052
	Secundaria	22.1	2.7			
	Preparatoria	20.5	2.7			
	Técnica	23*	3.2			
	Licenciatura	20.7	3.2			
<i>Insight Negativo</i>	Primaria	8.7	2.8	4	1.615	.182
	Secundaria	8.3	1.2			
	Preparatoria	7.6	.79			
	Técnica	8.3	1.5			
	Licenciatura	7.7	.57			

Las diferencias entre los grupos resultaron significativas con respecto al insight positivo únicamente ubicándose las mejores puntuaciones en los niveles académicos de Primaria, Carrera Técnica y Secundaria.

Como se muestra en la tabla la media del insight positivo más alta la obtuvo el nivel académico correspondiente a Primaria, lo que sugiere que los pacientes con este nivel educativo obtuvieron mejor puntuación de insight positivo, indicando mayor conciencia de enfermedad que aquellos que tienen preparatoria y aun licenciatura, siendo este un dato significativo.

Con respecto al insight negativo, las medias más bajas se obtuvieron en los niveles de Preparatoria y Licenciatura contrastando con la tendencia anterior, más sin embargo estos resultados no son significativos como lo son en el caso del insight positivo.



También se compararon las medias de las categorías que se formaron mostrando las personas con las que vive el paciente y los resultados se observan a continuación:

**Tabla 10**  
**Medias del Insight Positivo y Negativo**  
**de acuerdo a las personas con las que vive el paciente.**

Variable	Grupo	$\bar{X}$	Desv. Estándar	Gl	F	Sig.
<i>Insight Positivo</i>	Solo	19.5	4.9	4	1.957	.112
	Ambos padres	20.6	2.8			
	Padre o Madre c/her.	22.58	2.8			
	Fam. y/o fam. Extensa	22.41	2.7			
	Hermano(a) y/u otro familiar	22.7	4.03			
<i>Insight Negativo</i>	Solo	7.5	.70	4	.287	.885
	Ambos padres	8.16	1.18			
	Padre o Madre c/her.	7.9	1.47			
	Fam. y/o fam. Extensa	7.8	.83			
	Hermano(a)y/u otro familiar	8.0	1.15			

La comparación entre los grupos no arrojó diferencias estadísticamente significativas, la media más alta se localiza en la categoría de vivir con Hermano(a) y/u otro Familiar, seguida por la de vivir con el Padre o la Madre y hermanos. La categoría de vivir solo obtuvo un puntaje muy bajo con respecto a la media del puntaje total, indicando que la conciencia de enfermedad no es muy favorecida cuando se vive solo, este dato resulta muy importante porque estaría comprobando la relevancia que tiene el apoyo social y familiar en la conciencia de enfermedad y por lo tanto la recuperación del paciente, solo que lo que hay que considerar es, que esta categoría solo la constituyó un paciente por lo que no puede ser significativa.

Con estos datos nuevamente se corrobora la importancia de las figuras parentales pues al menos las dos categorías que incluyen vivir con los padres (Padre o Madre con hermanos y Familia y/o Familia extensa), se encuentran dentro de los tres grupos con mayor puntuación en insight positivo.

Con respecto al insight negativo, las categorías que obtuvieron los puntajes más bajos fueron la de vivir Solo, seguida por Familia y/o Familia extensa

El análisis anterior intentó buscar alguna relación entre género, edad, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, número de hospitalizaciones y nivel académico, pero no se encontró un patrón específico que indicara cuales variables intervienen en el grado de conciencia de enfermedad.

Lo importante que se pudo observar es que existe una tendencia a que a mayor número de hospitalizaciones más insight positivo, de igual forma sucede con los pacientes que tienen de 6 a 10 años de evolución, en los cuales también se observa un ligero incremento del insight positivo que no es significativo.

Es importante señalar que al realizar un análisis por sujeto a través de los reportes se observó que no necesariamente los sujetos que tienen mayor tiempo de evolución de enfermedad han ingresado más veces al hospital, puesto que incluso, hay sujetos con muchos años de evolución que solo tienen un ingreso al hospital, de ahí que no se observe el mismo patrón por tiempo de evolución y número de hospitalizaciones.

Con la finalidad de obtener más información se realizó un análisis por reactivo del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 11.**  
**Frecuencias de sujetos que contestaron afirmativamente**  
**a los reactivos que miden el Insight Positivo.**

<b>Reactivo Insight Positivo</b>	<b>Frecuencias de Sujetos que respondieron afirmativamente</b>
5. Mi estado puede ser tratado con medicinas	64
6b. Estoy enfermo y necesito tratamiento	53
8. Para sentirme bien solo necesito algún consejo y hablar	41
9. He tenido algunos pensamientos raros o absurdos	47
13. Nadie cree que yo esté enfermo	18
14. Algo muy raro me está pasando	30
15. Siento como si estuviera perdiendo la razón	8
17. Sé que mis pensamientos son extraños pero no lo puedo evitar	34
18. No puedo dejar de preocuparme por las cosas	44
22. Me siento diferente de mi estado normal	37
23. Estoy perdiendo contacto con mi ambiente	26
24. Estoy perdiendo contacto conmigo mismo	20
26. Sé porque otras personas piensan que yo debería estar en el hospital	39
32. Quiero saber porque me siento así	52

Como se puede observar en la tabla anterior, 64 de los 66 pacientes reconocen que su estado puede ser tratado con medicamentos, 53 que están enfermos y necesitan tratamiento, esto está relacionado con tener aceptación a llevar un tratamiento, específicamente en la parte correspondiente a la medicación donde solo 2 pacientes negaron que su estado puede ser tratado con medicinas, si pensamos en un sentido estricto esto hasta cierto punto sería algo esperado pues los pacientes asisten frecuentemente al hospital para "curarse" y una forma de hacerlo es tomando medicamentos, además también podría asociarse al modelamiento ya que la mayoría lo hace y el medio influye determinadamente.

Algo presente en la mayoría de los pacientes es la necesidad de entender que es lo que les ocurre, como lo podemos observar en el reactivo 32.

En base a haber encontrado que la media para el insight negativo se acerca más a lo esperado que la correspondiente al insight positivo, se analizaron los reactivos que evalúan el insight negativo.

**Tabla 12.**  
**Frecuencias de sujetos que contestaron negativamente a los reactivos que miden el Insight Negativo.**

Reactivo Insight Negativo	Frecuencias de Sujetos que respondieron negativamente
1. He venido al hospital para descansar	66
3. La enfermedad mental no existe	64
7. ¿Debería estar aquí otra persona en vez de usted?	62
10. No me ocurre nada	39
11. La mente no puede llegar a estar enferma solamente el cuerpo	59
15. Mis vecinos están en contra de mí	58
20. Alguien controla mi mente	59

Las frecuencias de sujetos que negaron las situaciones o estados a los que se refieren los reactivos para el insight negativo son muy altas en general todas están por arriba de la mitad, lo que implica que los sujetos respondieron en su mayoría lo que se esperaba. La conciencia es más clara. Es importante mencionar que son reactivos relacionados con las actitudes hacia la enfermedad mental y la hospitalización, pero que aún así implica mostrar un reconocimiento de la enfermedad.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El creciente auge que la enfermedad mental ha cobrado en los últimos tiempos se debe, como ya se mencionó, a los factores biológicos familiares y a los grandes cambios sociales que hemos vivido, el desempleo, la pobreza, desintegración familiar, falta de oportunidades y el estrés son factores que cada vez ponen en riesgo a la población.

La escasa habilidad que tenemos los seres humanos de hacer un buen manejo de las emociones nos lleva a veces a la ruptura de la personalidad mostrando cambios que son casi imperceptibles ante la gente que nos rodea incluyendo a la misma persona.

Desafortunadamente el apoyo social y económico hacia el rubro de la salud en México es escaso, existen pocos programas preventivos que salgan a difundir la salud; y más aun hay muy poca información acerca de los factores que ponen en riesgo a las poblaciones de niños, adolescentes y adultos. La atención secundaria y terciaria también se ven afectadas pues son pocos los espacios disponibles para llevarlas a cabo.

Generalmente la salud mental en un inicio está a cargo de otros medios que no resultan ser los más adecuados como el sacerdote, los espiritistas o los chamanes, tal situación provoca que la atención que requiere el paciente no sea inmediata, esto aunado al gran miedo que tiene la población en general de acudir a los lugares donde se tratan las enfermedades mentales. Es por esto que resulta imperante que el personal que brinda primera atención en los centros de salud y clínicas esté preparado para realizar un diagnóstico certero que a su vez permita hacer una canalización adecuada y así comenzar con el tratamiento apropiado sin dejar pasar tiempo. Finalmente los centros donde se brinda atención terciaria son muy pocos y lo peor es que no en todos existen programas formales que busquen rehabilitar al paciente.

Debe quedar claro a la población que la atención para los trastornos de tipo mental solo se encuentra en manos de psicólogos y médicos especializados en psiquiatría, siendo los segundos los únicos profesionales capacitados para recetar medicamentos y así brindar el tratamiento farmacológico.

Fomentar los tres niveles de atención son retos y metas primordiales que por mucho tiempo han pasado desapercibidos.

Un problema tan grave necesita del apoyo de diversas instituciones, comenzando por las escuelas las cuales son el principal foco rojo en donde se descubre que algo pasa con el niño o el adolescente, de ser descubiertos a tiempo se ahorraría mayor gasto social y lo mejor, se reduciría el deterioro del sujeto.

Si pensamos que a lo anterior no se le ha dado la importancia debida mucho menos se le ha dado al ámbito de la investigación de temas que estén directamente relacionados con el tema de la salud y enfermedad mental mismos que puedan brindar información valiosa con

la cual trabajar en los programas que existen o mejor aun creando programas que tengan como único objetivo lograr la mejoría y rehabilitación del paciente para que pueda regresar a su vida "normal".

Un tema que resultó importante para fines de esta investigación fue la conciencia de enfermedad considerando que las implicaciones de tener buena o mala conciencia de enfermedad se verá reflejada en el cumplimiento terapéutico del paciente y un buen apego a su tratamiento, trayendo como consecuencia una más pronta y mejor recuperación.

A un paciente con adecuada conciencia de enfermedad le resultará más fácil seguir los patrones establecidos por su psiquiatra, y así tener una mejor comprensión de su enfermedad y de lo que le está pasando. Esto se resume en una mejor calidad de vida a la que todos tienen derecho. (Haro J, Ochoa A, Cabrero L, 2001)

La investigación que existe alrededor de este tema es escasa, ya se citaba en el marco teórico que apenas en una revisión de la literatura correspondiente se han encontrado apenas 42 trabajos con criterios de investigación empírica lo que hace también que los resultados y conclusiones sean discrepantes entre los autores no llegando a datos claros. (Bulbena, 2001)

Muchos han sido los autores que consideraron a la conciencia de enfermedad como un síntoma presente o ausente (Carpenter, 1975 McEvoy, 1989) más sin embargo muchos otros llegaron a la conclusión de que la conciencia de enfermedad no es un fenómeno dicotómico sino por el contrario es un fenómeno multidimensional que se relaciona con otras variables (David, Strauss, Berrios, Marková, 1992).

Este estudio buscó evaluar la conciencia de enfermedad en 66 pacientes pertenecientes al Servicio de Hospital Parcial de Día del psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y observar si la variable tiempo de estancia tiene una influencia sobre el grado de conciencia de enfermedad, ya que dentro de los objetivos del Programa de Hospitalización Parcial esta el fomentar, incrementar y favorecer la conciencia de enfermedad.

Para lo cual se dividió a la muestra en tres grupos de acuerdo a su tiempo de estancia:

- 1er. Grupo (0 a 3 meses) de estancia
- 2º. Grupo (4 a 9 meses) de estancia
- 3er. Grupo (1 año o más de estancia)

El promedio de las edades de los sujetos de la muestra fué de 30 años (encontrándose en el rango de adultos jóvenes).

37 de los pacientes se encuentran por debajo de los 30 años, en un rango de entre los 18 a 30 años, esto nos indica que más de la mitad de la población es joven, aproximadamente la edad más vulnerable para presentar algún tipo de problema mental.

Que poco más de la mitad de la muestra sea joven podría explicar de alguna manera por que hay pacientes que no tienen ocupación o algunos que están estudiando y más aún ser una razón más del por que son dependientes y viven con su familia, requiriendo de apoyo tanto económico como emocional. Claro está que además de la edad el factor más importante que los hace vivir con su familia es la discapacidad con la que cuentan.

Trece de los pacientes tienen hijos, el promedio del número de hijos es 1, de los cuales 6 son madres solteras que se tienen que hacer cargo de sus hijos en la mayoría de los casos, solamente una no ve a su hija porque está con su papá y suegra. 5 están casados, 1 está divorciada y tiene con ella a sus hijos y 1 paciente que está separado pero continúa viendo a su hija.

La tendencia de estos datos apoya la idea de que personas con este tipo de padecimientos muestran una menor capacidad para relacionarse interpersonalmente, sostener una relación estable, y más aún formar una familia. De los pacientes que se encuentran casados en la mayoría de los casos su padecimiento inició después de haberse casado y del nacimiento de sus hijos, o bien el inicio del padecimiento coincide con el nacimiento de su último hijo, esto también sucede para los casos de madres solteras.

Con respecto a los resultados encontrados tenemos, en primer lugar que el nivel de conciencia de enfermedad evaluado mediante la escala de insight de Berrios y Markova fue para los tres grupos aceptable obteniendo una media de 21.5 cuando la puntuación máxima es de 28, lo que iría en contra de la idea de que la pobre conciencia de enfermedad es una característica presente en todos los pacientes con enfermedad mental especialmente la esquizofrenia, (Carpenter y cols. 1975, Amador, Strauss 1993) (Lin y cols 1979, Van Putten y cols. 1976, citados en Vaz, 1994), con la población que se trabajó demuestra que aún los pacientes que son de nuevo ingreso al programa de Hospital Parcial llegan con un nivel adecuado de conciencia de enfermedad, lo que puede estar asociado a que generalmente son pacientes que provienen de otro servicio en tal caso Hospitalización Continua, y al llegar al nuevo Servicio (Programa de Hospitalización Parcial) los pacientes ya vienen con un tratamiento, resultando de considerable importancia el apego a la toma de sus medicamentos, muy pocos son los pacientes que no aceptan la toma de los mismos.

En base a los resultados anteriores con respecto a la pregunta de investigación ¿Existe relación entre el tiempo de estancia al Servicio de Hospital Parcial de Día y el grado de conciencia de enfermedad que el paciente tiene? La respuesta es que no se encontró relación estadísticamente significativa entre las dos variables, así la hipótesis de trabajo "El tiempo de estancia en el Servicio de Hospital Parcial de Día incrementa el grado de conciencia de enfermedad del paciente" no pudo ser comprobada, lo que pareciera indicar que el permanecer en dicho programa por mayor tiempo no incrementa la conciencia de enfermedad.

Al respecto de la relación entre el tiempo de hospitalización y el incremento en la conciencia de enfermedad no se encuentran datos claros que apoyen o contrasten con esta idea.

Autores como Mac Evoy, Freter, Everett y cols. (1989) encontraron que la pobre conciencia de enfermedad aparece estable sobre el tiempo y no esta asociada solo con la exacerbación de los síntomas, el episodio agudo o la psicosis.

Por el contrario Marková IS, Berrios GE, (1992) sí encontraron una mejoría significativa entre los puntajes de insight en su escala, del momento de la admisión a que el paciente fuera dado de alta.

Tales diferencias entre estos resultados pudieran explicarse probablemente a los instrumentos empleados y al concepto que de conciencia de enfermedad cada autor tiene, así por ejemplo:

Con la escala para evaluar el insight de Marková y Berrios, se trata de evaluar la percepción de estar enfermo, que implica un reconocimiento de los cambios en ellos mismos, en su ambiente y la forma en la que se relacionan con el mundo exterior. Otros factores importantes son el reconocimiento de necesitar ayuda y hospitalización. Mientras que la escala de Mc Evoy y cols. se enfocaba solo a reconocer que se está mentalmente enfermo y la necesidad de tratamiento, dejando de lado el buen juicio que el paciente puede hacer de su enfermedad.

De hecho Marková y Berrios retoman la definición de Jaspers quien pone énfasis en que la conciencia de enfermedad requiere de hacer un juicio correcto de los cambios y de lo que estar enfermo significa.

Para analizar las diferencias de la conciencia de enfermedad entre los tres grupos con respecto al tiempo se empleó una ANOVA, los resultados obtenidos mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los mismos, indicando que el nivel de conciencia de enfermedad se mantuvo a través del tiempo y no mostró ningún cambio, como se hubiera esperado de acuerdo a los objetivos del Programa de Hospital Parcial. Esto apoyaría lo encontrado por Mc Evoy, Freter, Everett y cols. (1989)

Las puntuaciones se mantuvieron de manera uniforme sin cambios, esto es en ambos puntajes, tanto para el insight positivo como para el insight negativo, solamente con un ligero incremento en el insight negativo del grupo 2 (de 4 a 9 meses de estancia en el servicio), indicando que su conciencia de enfermedad disminuyó ligeramente, más específicamente al responder preguntas relacionadas con la actitud hacia la enfermedad mental y la hospitalización, sin llegar a ser significativo.

Las tendencias esperadas fueron una media de insight positivo un poco más elevada en el primer grupo (0-3 meses) de estancia sin llegar a ser significativo y una correlación negativa entre el insight negativo y el tiempo de estancia, lo que indicaría que a mayor tiempo de estancia el insight negativo decrece como se esperaría sin llegar a ser significativo en ambos casos pues solo son muy ligeras tendencias.

Estos resultados indican que de hecho los pacientes de nuevo ingreso al servicio tienen un nivel de conciencia de enfermedad aceptable, ya que no existieron diferencias entre los tres grupos. Esto probablemente se debe a que son pacientes que generalmente provienen de

otros servicios, ya sea Consulta Externa u Hospitalización Continua, y con una psicosis en remisión lo cual les permite tener mayor capacidad de juicio, además de haber trabajado ya en parte la conciencia de enfermedad en los otros servicios.

Los resultados mediante la escala para evaluar el insight demuestran lo anterior, sin embargo es importante mencionar que durante la entrevista que se le realizó a los pacientes antes de la aplicación de la prueba se observó que estos no tienen complicaciones al responder a la pregunta ¿por qué está aquí? y la respuesta ser porque “tengo una enfermedad”, y ellos mismos dar su diagnóstico acertado o no, más sin embargo fallan al tratar de explicar que es lo que implica estar enfermos y describir y reconocer parte de su sintomatología, esto es algo que les genera mucho trabajo.

En parte esto había sido explicado por Mc Evoy (1989) quien lo describió como un proceso de aprendizaje relacionado a un “discurso aprendido” de responder un sí a la pregunta ¿padece alguna enfermedad? y decir su diagnóstico, pero cuando se intenta hacer un análisis más a fondo de su enfermedad es donde el paciente falla, es decir saben que tienen una enfermedad “esquizofrenia paranoide” pero no saben que implica estar enfermos.

Algo similar sucede con la gran aceptabilidad que los pacientes tienen a tomarse los fármacos y sobre todo más cuando se encuentran hospitalizados ya sea en un servicio de Hospitalización Continua u Hospitalización Parcial, lo cual podría estar en función a la adaptabilidad, aprendizaje y modelamiento ya que los “demás” lo hacen.

Esta idea es apoyada por (Mac Evoy, Freter, Everett y cols. 1989), quienes consideraron que si el paciente cuenta con alguien que colabore a fomentar la toma de sus medicamentos y continuar con su tratamiento cumplirá independientemente de tener buena o mala conciencia de enfermedad.

Lo anterior surge de considerar que es fácil encontrar pacientes que pueden “reconocer” que están enfermos y nombrar acertadamente su enfermedad lo cual también los lleva a aceptar un tratamiento farmacológico porque es lo mejor para ellos, pero esto no necesariamente implica que tengan buena conciencia de enfermedad, sino que se necesitan de más elementos para pensar que un paciente tiene buena conciencia de enfermedad tales como el reconocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad, así como de los cambios que va experimentando y la atribución (explicarse acerca de las causas de su enfermedad), los pacientes pueden tener insight en algunos pero no en todos los signos de la enfermedad. (Amador, Strauss, Scott y cols. 1993)

Las implicaciones que tendría esta observación serían directamente con el hecho de mejorar la forma en la que se busca lograr la conciencia de enfermedad en el paciente, la cual no solo debe de ir enfocada a lograr que el paciente aprenda que tiene una enfermedad sino a que adquiera una comprensión de la misma, lo que también implicaría reconocimiento de su sintomatología.

Por eso es que en el Programa de Hospital Parcial de Día se implementan grupos psicoeducativos, con la finalidad de que el paciente intente entender su enfermedad por



medio de pláticas informativas que explican primero la enfermedad, los signos y síntomas de la enfermedad mental y las causas de tal, esto entre otros temas.

Un dato importante resultó de analizar las características de los reactivos, en los cuales los puntajes para el insight negativo estaban más cerca de lo esperado, dicha situación se puede asociar a que los reactivos que evalúan el insight negativo son más concretos y claros, de negarlos se estaría negando la presencia del individuo en el hospital. Además que mantienen íntegra la personalidad del sujeto, en cambio los reactivos que evalúan el insight positivo implican un reconocimiento de los cambios en uno mismo y el reconocimiento de cómo estos cambios afectan el funcionamiento del individuo. Van directamente relacionados con las experiencias de los sujetos y como éstos las han vivido.

Resulta más fácil para el paciente reconocer que va al hospital o que está en un hospital o que algo le ocurre, que reconocer estoy enfermo o "tengo una enfermedad de tipo mental", es decir lo primero no implica necesariamente lo segundo.

De tal forma que teóricamente el cumplimiento al menos en la toma de medicamentos no va ligada específicamente a tener una buena conciencia de enfermedad, pero prácticamente sí, pues tomando en cuenta los resultados obtenidos mostrando un aceptable grado de conciencia de enfermedad la gran mayoría de los pacientes acepta tomar medicación sin mayor problema, lo que sin duda contribuye a su estabilidad, control y rehabilitación, pues la parte médica es un aspecto muy importante.

En función de ello, el grado de conciencia de enfermedad estaría asociado al grado de voluntad de exigir medicación o tratamiento (Mc Evoy 1981), siendo mucho más evidente la estrecha relación existente entre conciencia de enfermedad y cumplimiento de las prescripciones farmacológicas y, en la misma línea la correlación existente entre conciencia de enfermedad y mejoría clínica. (Mc Evoy 1989).

Otras variables que resultaron importantes para analizarse fueron sexo, edad, nivel académico, personas con las que vive el paciente, diagnóstico, tiempo de evolución y número de hospitalizaciones previas, mediante el análisis de medias y un ANOVA.

Con respecto a la edad no hay relación estadísticamente significativa entre esta y el grado de conciencia de enfermedad, con respecto al insight positivo se obtuvo una correlación muy baja, en el caso del insight negativo la correlación resultó negativa interpretándose como, a mayor edad el insight negativo decrece, esperando que a mayor edad haya un mejor enjuiciamiento de la enfermedad o de los cambios que van sucediendo en uno mismo, es importante mencionar que esto es tan solo una tendencia y que no se encontraron datos significativos que lo confirmen, de acuerdo a la literatura se ha encontrado una correlación positiva entre la edad y la conciencia de enfermedad. (Vaz, Casado, Salcedo y Béjar 1994), pero esto no lo podemos apoyar.

En la variable sexo no se encontraron diferencias, así podemos decir que ser hombre o mujer no guarda ninguna relación con respecto al grado de conciencia de enfermedad.

Contrastando con los resultados obtenidos por Haro, Ochoa y Cabrera, en donde los hombres mostraron tener más conciencia de enfermedad significativamente en las tres subescalas conciencia de padecer un trastorno mental, conciencia de necesidad de medicación, conciencia de problemas sociales debidos a la enfermedad, de la Escala para evaluar la falta de conciencia de enfermedad mental (SUMD). (Haro, Ochoa y Cabrera 2001).

De acuerdo a los resultados obtenidos de analizar las diferencias entre los diagnósticos se encontró que la categoría con un nivel de insight más elevado lo muestra la de los Trastornos debidos a una causa orgánica, en la cual están incluidos el (Trastorno Esquizofreniforme Orgánico y el Trastorno del Humor Afectivo Orgánico), resaltando que estos trastornos son de evolución breve y en general son pacientes que pueden llegar a tener un menor deterioro cognitivo pues una vez resuelto su episodio ellos pueden reintegrarse a su vida normal sin mayores problemas, lo cual no sucede en el caso de las Esquizofrenias.

La segunda categoría en mayor puntuación fue la de los Trastornos del Humor Afectivos, los cuales al igual que lo anterior el deterioro que muestran es menor al que puede llegar a mostrar un esquizofrénico, además de contar con un mejor pronóstico porque las funciones mentales no se encuentran tan deterioradas como en el caso de los esquizofrénicos que por definición es un trastorno del pensamiento y por tal motivo resulta más difícil trabajar la conciencia de enfermedad.

De forma independiente los puntajes más altos de insight positivo se encuentran en la Esquizofrenia Simple teniendo un puntaje bajo de insight negativo respectivamente. Este diagnóstico es seguido del Trastorno Esquizoafectivo de tipo Depresivo, con un puntaje muy bajo de insight negativo, y finalmente el Trastorno del Humor Afectivo de igual forma con un puntaje de insight negativo bajo.

Así se afirma la idea de que el grupo de las Esquizofrenias son los diagnósticos que llegan a presentar niveles más bajos de conciencia de enfermedad. (Carpenter, citado en Amador y cols, 1991)

Con respecto al nivel académico se obtuvieron diferencias significativas entre esta variable y la conciencia de enfermedad. Contrariamente a lo que se esperaría que a mayor nivel académico mayor conciencia de enfermedad los resultados muestran lo opuesto, los niveles que obtuvieron mayor puntuación son primaria y carrera técnica, esto puede estar asociado a que en estos niveles se muestra un nivel de pensamiento más concreto y mecánico que puede aprender y aceptar más fácilmente lo que se le dice, así si se le explica que está enfermo que su diagnóstico es tal y que debe de tomar sus medicamentos el paciente lo hará mecánicamente más fácilmente, sin embargo si esto sucede con un nivel más alto como licenciatura probablemente tenderá a racionalizar más, y a considerar si se debe de tomar o no sus medicamentos, por ejemplo. Siguiendo esta tendencia Haro y cols. 2001 encontraron que en personas que no tienen estudios se muestra una mejor conciencia de enfermedad.

Se trató de buscar una relación entre sexo, edad, diagnóstico y no se encontró un patrón lógico que especificara que alguna combinación determinada mostrara alguna asociación significativa.

Dato importante fue que se encontró una tendencia a que a mayor número de hospitalizaciones mayor conciencia de enfermedad. Lo cual podría estar explicado por medio de un proceso de aprendizaje relacionado con un discurso aprendido de responder un sí a la pregunta ¿padece alguna enfermedad mental? y decir su diagnóstico sin mayor problema.

De igual forma esto se relaciona con la gran aceptabilidad que los pacientes tienen a tomarse los medicamentos y sobre todo más cuando se encuentran hospitalizados ya sea en un servicio continuo o en un servicio ambulatorio, estando más en función de la adaptabilidad y el aprendizaje.

Esto lo corrobora la tendencia de a mayor número de hospitalizaciones y más años de evolución mejor insight positivo, mientras el insight negativo baja, así tal vez el sujeto aprende con cada regresada al hospital.

Otra variable importante para relacionar el grado de conciencia de enfermedad es con quien vive el paciente, mostrando ciertas diferencias entre los grupos con respecto al insight positivo solamente, observando claramente que si el paciente vive solo se presenta menor insight positivo, y mayor insight positivo en aquellos pacientes que viven con el padre o madre y hermanos, o bien hermanos u otro familiar. Quedando claro que el apoyo familiar es necesario para la evolución del paciente.

En general podemos concluir que los resultados que muestra esta investigación son satisfactorios para demostrar que los pacientes que asisten al servicio de Hospital Parcial de Día cuentan con un aceptable nivel de conciencia de enfermedad, desde este punto el Servicio estaría cumpliendo su función de fortalecer y rehabilitar a sus pacientes. Que el nivel de conciencia de enfermedad no varíe con respecto al tiempo puede deberse a diferentes causas, pero algo importante y que está fundamentado por otras investigaciones es que la conciencia de enfermedad no cambia y puede llegar a mantenerse independientemente de la psicopatología, su gravedad y la resolución del episodio agudo. Además de que los pacientes pueden tener conciencia de enfermedad en algunos aspectos pero no en todo.

Cambiar el sistema de creencias del paciente con respecto a su enfermedad es una tarea ardua y pareciera que hasta el momento lo que se ha logrado es brindarle calidad de vida lo cual resulta imprescindible si partimos de la idea que es uno de los principales objetivos de los Servicios en Salud Mental.

La existencia de programas psicoeducativos que busquen lograr la rehabilitación del paciente no está negada y muchas son las investigaciones que apoyan el hecho que esto favorece sin lugar a dudas la reintegración del paciente y su recuperación. (Hagarty y cols. 1985, citado en Mc Evoy 1989).

En primer lugar brindan las herramientas para que el paciente acepte la toma de medicamentos la cual en una primera instancia es necesario aunque esto no indique que el paciente tiene una aceptación de su enfermedad, ya que una vez controlada la sintomatología aguda se puede proceder a realizar un mejor enjuiciamiento de la situación,

aunque a veces algunos sistemas se queden cortos y se conformen con que el paciente tenga un buen apego a su tratamiento farmacológico.

Pero lo que resalta a la luz es la necesidad de mantener y difundir más programas que tengan que ver con la rehabilitación del paciente y que logren que el paciente con enfermedad mental comprenda y acepte su enfermedad lo cual lo llevará a tener un mejor manejo de su sintomatología y por lo tanto una mejor calidad de vida. Traduciéndose en mejores oportunidades y una mayor reintegración a su vida habitual a la que todo ser humano tiene derecho.

## CAPÍTULO V11

### LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Cabe señalar algunas consideraciones sobre este estudio. En primer lugar la muestra empleada fue pequeña debido a que dependió del número de pacientes con los que se contaba en ese momento, tomando en consideración que el Servicio es chico, y por tal motivo la muestra no fue homogénea a pesar de que representó más de la mitad de los pacientes que estaban internados bajo esa modalidad.

Estuvo conformada por pacientes de distintos diagnósticos, pues este no es un criterio para ingresar a dicho Programa, que van de las Esquizofrenias a los Trastornos del Humor, y a los Trastornos de Causa Orgánica, así hubo diagnósticos constituidos por solo un paciente lo cual no podría ser representativo del diagnóstico en ningún caso.

Además del diagnóstico los pacientes también diferían en la edad y principalmente en el tiempo de evolución ya que había pacientes de recién inicio, mediano inicio y otros más de larga evolución.

También es importante mencionar que dentro del Servicio los pacientes son tratados por diferentes médicos quienes tienen una forma distinta de abordar y llevar el tratamiento, lo que sin duda puede influir en la forma en que fomentan la conciencia de enfermedad.

Dado que la selección de la muestra se realizó mediante muestreo no probabilístico, no se puede realizar una generalización de los datos.

Así que es recomendable tener un mayor control de las variables ya explicadas, lo cual requeriría de tiempo, una de las limitaciones a las que se enfrentó el presente trabajo.

Y es que el tiempo resulta necesario para poder formar una muestra más homogénea, considerando que la afluencia de pacientes al Servicio no es mucha, ya que se requiere de mayor difusión y reconocimiento.

Con el tiempo y el apoyo tanto Institucional como Económico pueden hacerse recomendaciones que están relacionadas con las limitaciones que presentó este trabajo.

Por lo que para futuras investigaciones se sugiere:

Realizar un Diseño de Pre prueba Post prueba con un solo grupo, es decir, formar un grupo de pacientes representativos de nuevo ingreso, realizar una aplicación y dejar pasar 6 meses o más tiempo para evaluar si la conciencia de enfermedad se modificó durante este tiempo, y solo con determinados diagnósticos para analizar si existen diferencias con respecto a este.

O bien con un mayor apoyo se pueden realizar diseños de grupos que incluyan un grupo control, lo cual sería lo más recomendable, y entonces bien comparar entre grupos de Hospital Parcial, con grupos de pacientes psiquiátricos que no estén recibiendo en ese momento ningún tipo de tratamiento, para lo cual no debe dejarse pasar mucho tiempo pues no resultaría ético dejar a pacientes sin tratamiento. O también comparar con grupos de otros Servicios, en tales casos, Servicio de Consulta Externa que son los que menos asisten al hospital y Servicio de Hospitalización Continua.

Otra de las limitantes que ya se mencionó es el apoyo, pues desafortunadamente son pocas las facilidades que las Instituciones prestan para desarrollar estos estudios y más porque implican tiempo, que de ninguna forma sería una pérdida, pero al menos para las aplicaciones se requiere que los pacientes falten a ciertas actividades interfiriendo con estas, con lo cual el personal no está totalmente de acuerdo cerrando a veces las puertas y limitando el tiempo que puedan brindar los pacientes, más siendo una persona externa a la Institución, así que resulta imperante hacer conciencia de las implicaciones que tiene el realizar investigación a cualquier nivel, para que se puedan brindar más facilidades y que a la vez permitan a la larga contribuir al conocimiento y a la implementación de nuevos métodos de intervención, siempre con la finalidad de mejorar.

Finalmente se reconoce la importancia de realizar mayor difusión de los programas que están relacionados con la salud mental, en específico con la rehabilitación. En base a que queda demostrado la gran contribución que tienen a ayudar con el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aceves G, Estudio de la Conciencia de Enfermedad en pacientes esquizofrénicos, Tesis de Especialidad (Especialista en Psiquiatría), UNAM, México, 2001
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, and Gorman IM, Awareness of illness in schizophrenia, Schizophr Bull 1991; 17: 113-132
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott JE, Gorman JM, Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry 1993; 150: 873-879
- Behamandes A, Proyectos Hospital de Día de Psiquiatría, Revista Médica de Santiago, 1(1), 1998, 8-17
- Belloch A, Sandín B, Ramos F, (1996) Manual de Psicopatología I, Ed. Mac Graw Hill, Madrid, 3-45
- Benassini O., La Atención Psiquiátrica hacia el siglo XXI, Salud Mental, 24(6) Diciembre 2001, 62-73
- Berenzon S, La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, UNAM, México, 2003
- Bulbena Vilarrasa Antonio (2001) Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología Ed. Masson, Madrid España, p. 137-150
- Calderón Narváez (1984) Salud Mental Comunitaria: Un nuevo enfoque de la psiquiatría, Ed. Trillas, 2ª edición, México, 87-117
- Caraveo AJ, Colmenares BE, Saldivar HG, Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. Salud Mental, 22 (Número Especial) 62-67
- Castañeda C, Freyre J, Evolución de las Instituciones psiquiátricas en México, Psiquis, 1991, 1(1)18-22
- CIE-10 Clasificación Internacional de las enfermedades, Criterios Diagnósticos de Investigación, Madrid.
- Congreso Estatal de Salud Mental, Memorias del 1er. Congreso de Salud Mental: La Salud Mental y el Tercer milenio, Puebla, 1992
- Dell'Osso, Pini S, Cassano GB, Mastrocinque C, Seckinger RA, Saettoni M, Pappasogli A, Yale SA, Amador XF, Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features, Bipolar Disorders, 2002, 4(5), 315-322

Diccionario de la Lengua Española, Grupo Editorial Océano, México 1990

DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Masson, 4ª edición, Barcelona, 1995

Davison G, Neale J, (2000) Psicología de la conducta anormal, Ed. Limusa Wiley, 2ª edición, México, 28-85

De la Fuente Ramón (1997) La Salud Mental en México, Fondo de Cultura Económico, México, p.13-40

De la Hera C., Zamora C., Llano C., (2004) <http://www.sepsiquiatria.org> Algunos desarrollos en psiquiatría comunitaria Área de Conocimiento 16, Madrid. (Obtenido el 15 de Junio de 2004)

Díaz A, Jiménez RE, Prevención de la Salud Mental en México: Estado Actual y perspectivas, Salud Mental (Número especial), 1999, p. 8-15

Fenichel Otto (1999) Teoría Psicoanalítica de las Neurosis Ed. Paidós, México, p.30-34

García J, De las Heras B, Pañuelos E, (1997) Rehabilitación Psicosocial: Conceptos y Estrategias, Ed. Oviedo, p. 18-30

García J, Fundamentos y medidas operativas de la rehabilitación en psiquiatría comunitaria, Revista Clínica y Salud 3(1) 1992, 67-77

Ghaemi NS, Pope HG, (eds) Lack of insight and affective disorders. A review of empirical studies. Harvard Rev Psychiatry 1981; 2:22-33

Goldman H, (1994) Psiquiatría General, Ed. El Manual Moderno, México, 189-443

Haro JM, Ochoa AS y Cabrero L., Conciencia de Enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2001; 29 (2): 103-108

Hernández S., Fernández C., Baptista L., (1998) Metodología de la Investigación Ed. Mac Graw Hill, 2ª edición, México

Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez SSA, Una reseña Histórica de la Psiquiatría en México, 1997

Kaplan HI, Sadock BJ, (1999) Sinopsis de Psiquiatría, Ed. Médica Panamericana, 8ava edición, Madrid España

Kaplan HI, Sadock BJ (1992) Tratado de Psiquiatría, Ed. Médica Panamericana, 3ª edición, Madrid España



Llera Villena Miriam De la Implementación del Modelo de Hospital Parcial en un Hospital Psiquiátrico. Tesis de Licenciatura, UNAM, México 2002

Marková I, Berrios G, The Meaning of Insight in clinical psychiatry, British Journal of Psychiatry, 1992; 160: 850-860

Marková IS, Berrios GE, The assesment of insight in clinical psychiatry: a new scale, Acta Psychiatr Scand, 1992: 86: 159-169

Mc Pherson R, Jerrom B, Hughes A, Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia, Br J Psychiatry 1996; 168: 718-722

Mc Evoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS y cols. Isight in Schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology, J. The Journal of Nervous and Mental Disease; 1989: 177(1): 43-47

Mc Evoy JP, Freter S, Everett y cols. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. Journal of Nervous and Mental Disease, 1989, 177(1): 48-51

Medina M, Guilherme B, Lara M, Benjel C, Blanco J, Bautista F, Villatoro V, Rojas G, Zambrano R, Casanova R, Aguilar G, Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatría en México, Salud Mental 26 (4) agosto 2003

Pini S, Cassano G, Dell'Osso L, Amador X, Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features, Am J Psychiatry 2001; 158: 122-125

Postel J, Quetel C, Nueva Historia de la Psiquiatría, Fondo de Cultura Económica, 2ª. Edición, 2000

Programa de Acción en Salud Mental / Secretaría de Salud, Mexico 2001

Río NA, Verdusco MA, Hospital de día y sus alternativas en México. Tesis de Licenciatura, UNAM, México 1979

Rozanes M, Algunas consideraciones sobre la Hospitalización Parcial del paciente psiquiátrico, Salud Mental, 7(3) otoño 1984, p.22-24

Ryan P, Valencia M, Otero B, Núñez M, González N, Rascón Ma., Alternativas para el hospitalismo, Salud Mental, 5(3) otoño 1982, 8-15

Salomon P. (1976) Manual de Psiquiatría El Manual Moderno, 2ª Edición, México, 116-122

Sarason I, (1996) Psicología Anormal, Editorial, Ed. Pearson, 7ª. Edición, México, p. 31-52

Sue D, Sue D, Sue S, (1995) Comportamiento Anormal, Ed. McGraw Hill, 4a edición, México, 325-421

Vaz FJ, Béjar A, Casado M. Salcedo MS, Conciencia de enfermedad y síndrome positivo/negativo en la esquizofrenia. Actas Luso Esp. Neuropsiquiatr. Cienc Afin 1997; 25: 153-158

<http://www.inegi.gob.mx> (2004) Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (Consultada el 26 de Agosto de 2004)

## **ANEXO 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**A quien corresponda:**

**Se solicita de la manera más atenta al paciente, su consentimiento para incluirlo en el estudio "Conciencia de Enfermedad en Pacientes Psiquiátricos Pertenecientes al Servicio de Hospital Parcial de Día", que llevará a cabo la Pasante en Psicología Paola Nayeli Aguilar González.**

**En tal estudio se le solicitará que resuelva algunas preguntas, es importante mencionar que los datos que usted proporcione serán confidenciales y se utilizaran solamente para fines de la misma investigación.**

**De conformidad**

---

**Firma**

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas:

#### DATOS PERSONALES:

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_
2. EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
3. SEXO M ( ) F ( )
4. EDO. CIVIL a) soltero ( ) b) casado ( ) c) divorciado ( ) d) separado ( )
5. (en caso de estar casado) ¿Tiene hijos? Si ( ) No ( ) Cuántos ( )
6. NIVEL DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_
7. LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
8. OCUPACION: \_\_\_\_\_
9. ¿Ha trabajado anteriormente? \_\_\_\_\_

#### DATOS SOCIALES:

10.- ¿Cuántas personas integran su familia nuclear?

- Padre ( )  
Madre ( )  
Ambos Padres ( )  
Hermanos ( )                      Número de Hermanos ( )

11.- ¿Con quién vive actualmente?

12.- ¿Cuántas de estas personas trabajan?, (especifique quienes)

13.- ¿Cómo se sostiene económicamente?

## **DATOS CLÍNICOS:**

14.- ¿Quién lo acompaña al Servicio de Hospital Parcial?

15.- ¿Ha estado con anterioridad en el Servicio de Hospital Parcial? (en caso de contestar afirmativamente especifique cuántas veces)

16.- ¿Ha estado internado en Hospitalización Continua (piso), dentro de este Hospital o algún otro? (de ser así especifique cuántas veces)

17.- ¿A qué edad inició su padecimiento?

18.- ¿Conoce que diagnóstico tiene actualmente?

ANEXO 3  
Escala de Insight

Instrucciones

Por favor, marque la respuesta adecuada

- |   |                             |                             |                                |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. He venido al hospital para descansar .....                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 2. Nunca he estado tan enfermo(a) en mi vida .....                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 3. La enfermedad mental no existe .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 4. Estoy aquí porque fui invitado(a) a venir .....                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 5. Mi estado puede ser tratado con medicinas .....                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 6. ¿Por qué ha venido al hospital? .....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| (puede marcar más de una opción)  |                             |                             |                                |
| <input type="checkbox"/> Mi médico me lo pidió                                  |                             |                             |                                |
| <input type="checkbox"/> Estoy enfermo(a) y necesito tratamiento                |                             |                             |                                |
| <input type="checkbox"/> Mi esposa/a podía abandonarme si no lo hacía           |                             |                             |                                |
| <input type="checkbox"/> Estoy nervioso(a) pero no enfermo(a)                   |                             |                             |                                |
| <input type="checkbox"/> Fui forzado(a)   |                             |                             |                                |
| 7. ¿Debería estar aquí otra persona en vez de usted? .....                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 8. Para sentirme bien sólo necesito algún consejo y hablar .....                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 9. He tenido algunos pensamientos raros o absurdos .....                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 10. No me ocurre nada .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 11. La mente no puede llegar a estar enferma, solamente el cuerpo .....         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 12. Demandaré al hospital si no me permiten salir .....                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 13. Nadie se cree que yo esté enfermo(a) .....                                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 14. Algo muy raro me está pasando .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 15. Mis vecinos están en contra de mí .....                                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 16. Siento como si estuviera perdiendo la razón .....                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 17. Sé que mis pensamientos son extraños, pero no lo puedo evitar .....         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 18. No puedo dejar de preocuparme por las cosas .....                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 19. Las voces que oigo no están en mi mente .....                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 20. Alguien controla mi mente .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 21. Todo lo que necesito es calmarme .....                                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 22. Me siento diferente de mi estado normal .....                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 23. Estoy perdiendo contacto con mi ambiente .....                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 24. Estoy perdiendo contacto conmigo mismo(a) .....                             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 25. Sé por qué estoy en el hospital .....                                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 26. Sé por qué otras personas piensan que yo debería estar en el hospital ..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 27. Controlo mis pensamientos .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 28. Controlo mis sentimientos .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 29. Podría haber evitado esta situación .....                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 30. Tengo dificultad para explicar cómo me siento .....                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 31. Quiero saber qué me está ocurriendo .....                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| 32. Quiero saber por qué me siento así .....                                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |