

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE TRASTORNO BIPOLAR

APROXIMACIÓN A LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

INGRID VARGAS HUICOCHEA

TUTOR TEÓRICO:



DRA. DANIELIA MENDIETA CABRERA

TUTOR METODOLÓGICO:



DR. CARLOS BERLANGA CISNEROS

MÉXICO D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

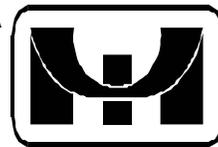
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO BIPOLAR**

*Aproximación a la relación
médico-paciente*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A

INGRID VARGAS HUICOCHEA



TUTOR METODOLÓGICO: DR. CARLOS BERLANGA CISNEROS
TUTOR TEÓRICO: DRA. DANIELA MENDIETA CABRERA
COTUTOR TEÓRICO: DRA. LAURA HUICOCHEA GÓMEZ
COTUTOR TEÓRICO: DR. MANUEL A. MUÑOZ SUÁREZ

MÉXICO, D. F.

2007



Calz. México - Xochimilco 101,
Col. San Lorenzo Huipulco,
Del. Tlalpan, C.P. 14370, México, D.F.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



Tel. 56 55 28 11, Fax 56 55 04 11
<http://www.impcdsm.edu.mx>

Dr. Carlos Berlanga C.
Maestro en Ciencias Médicas-Psiquiatría
TUTOR METODOLÓGICO

Dra. Danelia Mendieta
Maestra en Ciencias Médicas-Psiquiatría
TUTOR TEÓRICO

Dra. Laura Huicochea-G.
Doctora en Antropología
CO-TUTOR TEÓRICO

Dr. Manuel Muñoz S.
Psiquiatra
CO-TUTOR TEÓRICO



Vo Bo
Claudia Ornelas L.

Agradezco el apoyo de las siguientes instituciones:

A la Universidad Nacional Autónoma de México, especialmente al departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, especialmente a los médicos de la Clínica de Trastorno Bipolar, al departamento de Enseñanza y al departamento de Investigaciones Clínicas.

A la Secretaría de Salud.

A los que creyeron en mí...

Agradecimientos

A mi familia:

Mi más profundo agradecimiento y toda mi admiración a mi “madre académica”: **Laura Huicochea Gómez**, por su incondicional entrega a este proyecto. Entrañable compañera de aventuras que me siguió en cada momento, me regaló mucho de su valioso y ocupado tiempo para orientarme y compartir conocimientos, críticas y experiencias; y que además me apoyó sin titubeos en esta empresa aún cuando la burocracia de las instituciones no le otorgó el reconocimiento oficial. ¡Gracias Laura por el conocimiento, las risas, los regaños y los dolores de cabeza! ...que al final del día dieron el fruto esperado.

A mis padres: **Juana Patricia Huicochea Gómez** y **Mario Vargas Rangel**, por su unión y fortaleza, por sus desvelos y enseñanzas, por sus consejos y sabiduría, por su tiempo y paciencia, por su sencillez y calidad humana, por su cariño y apoyo, por darme la vida y enseñarme a vivirla...

A **Emmanuel García Ruiz**, mi esposo...un “hombro” de apoyo, una gran “oreja” que escucha y un “corazón” comprensivo y cariñoso. Gracias por las críticas y reflexiones, los momentos de realidad y fantasía, la ternura y la paciencia, la “fauna” de nuestro cariño...y los sueños.

A mi abuelita y madre: **Leonor Gómez Pérez** le agradezco mi infancia llena de risas, juegos, dulces y cosas nuevas por descubrir cada día; así también su gran sabiduría, su valentía e iniciativa, sus mascotas, su tiempo y lo más importante: su alegría de vivir.

A mis hermanos: **Rodrigo** por los buenos ratos y las peleas, los juegos de la infancia, Santa Cruz, las buenas compras, Star Wars, las aventuras de viaje, sus cuidados al Clem, su saludo diario y su interés por mi vida. **Diana** por su gastronomía, el gimnasio, las peleas cotidianas, su ternura disfrazada, los gatos, y su compañía.

A mis tíos: **Oscar**, sus arrullos, su tiempo, su coraje, su apoyo, las buenas pláticas, la crítica, los conocimientos y las risas. **Saul**, el kinder, su comida, la música y la diversión. **Xóchitl**, tíos **Adriana**, **Francisco**, **Isabel**, **Armando** y “**Chabela**” gracias por estar ahí y formar parte de la familia, por interesarse en mi vida y compartir mis logros.

A quienes se nos adelantaron pero viven desde donde están el sueño de haber logrado una etapa más: los **abuelos**.

A mis maestros y asesores:

Al doctor **Carlos Berlanga Cisneros** porque me dio su apoyo para iniciar este proyecto en el Instituto cuando muchos no quisieron arriesgarse, por sus conocimientos y su tiempo, por su experiencia, por su impulso para promover los resultados en foros nacionales e internacionales, por los pacientes, por su paciencia, por acompañarme en este difícil proceso lleno de obstáculos, por confiar en mí...

Al doctor **Manuel Alejandro Muñoz Suárez** por su amistad, su tiempo, su guía y orientación; por las buenas charlas, los libros y por su compañía en este primer logro.

A la doctora **Danelia Mendieta Cabrera** por su disposición, su amabilidad, su tiempo, su dedicación, sus conocimientos y experiencia, y por su paciencia.

A mis amigos:

Rafita, Liz, Mario, Danny, Robert, por los buenos ratos, sus “porras”, la paciencia de escuchar todos los sinsabores de este largo proceso, sus risas y motivaciones ante los logros de este proyecto, los “chismes”, pero sobretodo: por su compañía.

A la **Facultad de Medicina**, en especial al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

A los miembros de la Clínica de Trastorno Bipolar del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”: **Dra. Doris Gutiérrez, Claudia, Rodrigo, Yalí, Margarita, Paco,** por sus observaciones, por los pacientes y por su apoyo.

Al Departamento de Enseñanza del INPRFM, en especial a la doctora **Blanca Vargas Terrez** por su apoyo.

A mis compañeros residentes: **Omar, María José, Leo,** por su ayuda.

A los pacientes que participaron en esta investigación, por su tiempo y confianza.

***"... No te engañes. Vuelve atrás,
regresa junto a la roja flor del cactus
y ponte en camino para recorrer el último
kilómetro. Acércate y llama a la vieja
puerta desgastada por la intemperie. Sube
a la cueva. Trepas a la ventana de un
sueño. Recorre cuidadosamente el desierto
a ver qué encuentras. Es lo único que
tenemos que hacer..."***

***Clarissa Pinkola Estés
Mujeres que corren con lobos 2004***

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	ANTECEDENTES	4
III.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
IV.	OBJETIVOS	9
V.	MARCO TEÓRICO	10
VI.	JUSTIFICACIÓN	13
VII.	MATERIAL Y MÉTODO	13
VIII.	RESULTADOS	36
IX.	DISCUSIÓN	61
X.	CONCLUSIONES	68
XI.	REFERENCIAS	71
ANEXO A	ENTREVISTA CORTA DE MODELOS EXPLICATIVOS (SEMI)	78

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se originó luego del trabajo constante con pacientes diagnosticados con trastorno bipolar (TBP) tanto en la consulta externa como en el servicio de hospitalización y urgencias del INPRFM a lo largo de los dos primeros años de la residencia en Psiquiatría, tiempo durante el cual pude observar la cronicidad¹ de una enfermedad que no tenía manifestaciones constantes en el paciente sino períodos de relativa estabilidad alternantes con episodios depresivos y de elevación del ánimo.

En México, como a nivel mundial, un importante porcentaje de personas se enfrenta con esta intermitencia de episodios agudos o *crisis* que afectan su salud (y que parecen remitir por momentos), con manifestaciones de enfermedad que invariablemente vuelven a aparecer y que provocan una alteración importante en diversas esferas de funcionamiento; esta dificultad en mantener la estabilidad y la incertidumbre que ello genera representa un importante componente en el difícil proceso de concepción de la enfermedad para la propia persona que la padece. A partir de dicha concepción, generarán su percepción de la bipolaridad que los llevará a tomar comportamientos activos en cuanto a sus prácticas de atención a la salud.

Lo anterior dio origen al cuestionamiento medular de esta investigación ¿cómo perciben su enfermedad los individuos a los que se les ha diagnosticado trastorno bipolar?.

Conforme avanzó el estudio y tras la presentación de algunos avances ante foros nacionales e internacionales del ámbito médico y antropológico, surgió la interrogante del

¹ Las características de cronicidad del TBP pueden identificarse dentro de la definición tradicional de *enfermedades crónicas* de la sociología de la salud (Strauss et al, 1984): son a largo plazo por naturaleza, son inciertas en varios sentidos incluyendo su pronóstico, requieren enormes esfuerzos en cuidados paliativos, son múltiples enfermedades, son desproporcionadamente intrusivas en las vidas de los pacientes y de sus hogares, requieren de una amplia variedad de servicios auxiliares para ser tratadas adecuadamente, su tratamiento tiene un costo elevado.

papel de las percepciones de pacientes diagnosticados como bipolares en la interacción médico-paciente.

La percepción de verse afectados por una enfermedad se percibe y vive de forma distinta cuando se adopta la bandera de una patología y los demás también asignan esa condición al afectado. Por ello, la finalidad de este trabajo es la aproximación de las percepciones de la enfermedad desde el punto de vista del que padece y cómo viven el hecho de ser *diagnosticados* con TBP. Me refiero, al cómo viven la “etiqueta” de ser un tipo de enfermos de acuerdo a los parámetros médicos que determinan que la alteración del comportamiento es una enfermedad llamada bipolaridad. Por tal razón, se tuvo la intención de investigar bajo un escenario médico a personas que con un diagnóstico de Trastorno bipolar.

En esta investigación se realizó un análisis cualitativo de las percepciones del TBP desde la perspectiva de los enfermos bipolares basándose para algunos aspectos en la “teoría fundamentada” (Strauss A y Corbin J, 1998) y se aplicaron otras herramientas de carácter cuantitativo en los datos derivados de las entrevistas hechas a los pacientes para obtener frecuencias de respuestas con la finalidad de obtener información general de ciertos comportamientos de la muestra.

Esta tesis es un avance sobre el tema, está dividido en antecedentes, objetivos y el material y método empleados; en este último apartado se describe la recolección de la información, la categorización de los datos cualitativos para reconocer y recontextualizar los datos obtenidos. La codificación realizada fue útil para resumir la información y comparar las entrevistas, además de conocer las constantes de las respuestas, percepciones, creencias y representaciones en los entrevistados. Esta información y los resultados se

pueden observar en las tablas contenidas en dicha sección. Termino la obra con el análisis, discusión y conclusiones.

Se agrega también un anexo donde puede encontrarse la Entrevista Corta de Modelos Explicativos que fue el instrumento base para las entrevistas y fungió como una guía porque sigue una cierta coherencia pero hay la libertad de cambiar y mover las preguntas al momento de entrevistar. Al ser una entrevista de preguntas abiertas permite tribuna libre al encuestado y la oportunidad para el encuestador de recabar más información de la que se pregunta de forma directa. Otro beneficio de utilizar este cuestionario es que permite que los resultados se puedan comparar con estudios procedentes de otros grupos de estudio a nivel internacional.

II. ANTECEDENTES

Las alteraciones mentales constituyen día con día una preocupación creciente a nivel mundial, debido al aumento en su incidencia (relacionado sobretodo con un aumento en la detección del problema), y a la generación de incapacidad (Aghanwa HS, 2004; World Bank, 1993). De las diez principales causas de incapacidad por enfermedad en el mundo, cinco de ellas son trastornos mentales y si consideramos los años de vida productiva perdidos por incapacidad (DALY por sus siglas en inglés *disability-adjusted life years loss*), tenemos que equivalen a 12% de éstos. Más aún, la patología psiquiátrica constituye aproximadamente 10% del impacto global de las patologías en general (Aghanwa HS, 2004).

El trastorno bipolar (TBP) es un trastorno psiquiátrico mayor que por lo general inicia en la tercera década de la vida, es crónico, recurrente, con síntomas que reflejan alteraciones en el afecto, pensamiento, comportamiento y sensopercepción; está asociado con un alto costo social, disminución de la productividad y de la calidad de vida, así como a un aumento en la frecuencia de suicidio sin un diagnóstico y tratamiento adecuados (Goodwin FK, 1990; Murray CJ, 1997). Tiene una prevalencia en la población general que se ha calculado entre 0.4 y 1.6%, pero que llega a ser hasta de 5-7% si consideramos todo el espectro bipolar. La recurrencia de episodios en este trastorno permanece constante durante décadas y desafortunadamente, el deterioro funcional del paciente está relacionado con el número y la severidad de episodios agudos de la enfermedad, así como con la sintomatología residual interepisódica (Murray CJ, 1997; Lish JD et al, 1994; Suppes T et al, 2001; Kupfer DJ et al, 2002), es decir, aquellos síntomas subclínicos de la enfermedad que persisten entre un episodio afectivo y otro en el curso del TBP.

Se ha descrito al TBP como la sexta causa de incapacidad y como el lugar número 22 de DALY a nivel mundial, esto implica una pérdida alrededor de 14.3 años de vida productiva (Murray CJ, 1997).

Las consecuencias sociales del TBP son evidentes en muchas en las personas que lo padecen. Es frecuente encontrar que estos pacientes viven solos -a causa de divorcios o separaciones familiares- y que su funcionamiento laboral tiende a verse afectado por la elevada cifra de fallas en el trabajo -que van de 33 a 40%, donde 15% corresponde a desempleo y alrededor de 25% a pensiones otorgadas por incapacidad- (Goodwin FK, 1990; Murray CJ, 1997; Goldberg JF, 2002). Aunado a lo anterior, las implicaciones económicas del deterioro del trastorno son de un alto impacto negativo, y para ello basta observar lo documentado en los Estados Unidos de Norteamérica acerca de los costos directos de la enfermedad, es decir, aquello que corresponde a la atención médica y a los costos legales de las implicaciones del trastorno; así como los costos indirectos -producto de la pérdida de la productividad del individuo arriba mencionada- calculados en 18 billones de dólares en el año de 1991. En conjunto, se estima una pérdida de alrededor de 45 billones de dólares por costos directos e indirectos (Goodwin FK, 1990; Goldberg JF, 2002).

Si hablamos del riesgo de mortalidad en pacientes con TBP: en el 2001, del total de suicidios consumados al año en la población estadounidense, cerca de 2% correspondió a pacientes con TBP. Además, se describe que aproximadamente 19% del total de muertes de pacientes con TBP se debe a suicidios consumados, mismos que se han relacionado con factores como la gravedad de la enfermedad, la desesperanza (asociada con errores en el diagnóstico y con pobre respuesta del paciente a los tratamientos aplicados), los episodios

depresivos de la enfermedad y el abuso de sustancias psicoactivas (Goodwin FK, 1990; Murray CJ, 1997; Kupfer DJ et al, 2002).

Es poca la información específica referente al TBP en México, sin embargo, dentro de lo registrado se sabe que su prevalencia en el país es de 1.2% en mujeres y 1.6% en hombres (muy similar a lo descrito para la población mundial general). También se documenta que sólo 33% de los trastornos afectivos (incluyendo el TBP) accedió en algún momento a un servicio de salud y que, de dicho porcentaje, 19% contó con tratamiento y únicamente 14% tuvo acceso a un tratamiento que diera control a su enfermedad (Medina-Mora ME, 2003).

Hasta el momento no se cuenta con una “cura” para el TBP, pero la búsqueda de un control sintomático del padecimiento con la consecuente mejoría en la evolución y funcionamiento del enfermo, se presenta como necesaria para la prevención del deterioro.

Hablar de un tratamiento que proporcione una mejoría sintomática en el paciente, que favorezca la disminución o remisión de los episodios de crisis y que promueva el mantenimiento de un funcionamiento psicosocial de la persona afectada, se antoja difícil, ya que el tratamiento del TBP, al igual que en muchos padecimientos psiquiátricos, debe ser individualizado pero también dinámico porque hablamos de una enfermedad con fluctuaciones anímicas constantes y con una variedad de presentaciones sintomáticas que nos obligan como médicos a mantenernos muy de cerca en la evolución del paciente y a realizar aquellas intervenciones médicas, sociales y psicológicas necesarias; para ello, el paciente debió acudir o solicitar ayuda, situación que no siempre se da y que, desafortunadamente, también es frecuente que, de hacerlo así, no se otorgue de forma “adecuada” (Goodwin FK, 1990; Murray CJ, 1997; Kessler RC et al, 1998; Morselli PL, 2000). Lo anterior plantea la interrogante acerca de los factores que determinan las

diferentes actitudes del enfermo bipolar frente al problema que lo aqueja, los aspectos que influyen en que un paciente busque una determinada vía de atención y a mantenerse o no ellas

A lo largo de la historia humana, la enfermedad mental y su tratamiento han sido atribuidos a diversas causas, todas ellas dependientes del momento y lugar. Actualmente se asocian con posesiones demoníacas, brujería, castigos, manipulación, hipnotismo y ciencias ocultas; de ahí que la reacción social ante el enfermo psiquiátrico (e inclusive ante el clínico que la trata) es controversial aún con los adelantos de la ciencia y en las sociedades más *avanzadas* (Aghanwa HS, 2004; Bhugra D, 1989; Graf J et al, 2004; Stip E et al, 2001).

Hoy en día, no obstante el evidente impacto social de la enfermedad mental, la ignorancia y el consecuente estigma en torno a ella están presentes; así nos enfrentamos con un desafortunado contraste entre los resultados de los estudios sobre el estigma hacia los enfermos mentales (por ejemplo en *Changing Minds: Every Family in the Land* del Royal Collage of Psychiatrists) y aquellos de las investigaciones acerca de actitudes públicas ante estos padecimientos que han documentado un rechazo y distanciamiento social para los enfermos psiquiátricos que resulta en un aumento del deterioro del enfermo. En aquellas excepcionales situaciones en las que se encuentra una actitud favorable ante la enfermedad mental, el origen parece ser una difusión de información por parte de la misma comunidad de enfermos psiquiátricos y por las campañas de educación para la salud a las que ocasionalmente tiene acceso la población (Bhugra D, 1989; Graf J, 2004; Wolff G et al, 1996).

La estigmatización a la que se enfrenta una persona con un problema de salud mental puede ser uno de los factores de influencia en las diferentes etapas de la atención

médica; si bien el paciente inicia un tratamiento, el estigma¹ de saberse *enfermo mental* constituye un potencial obstáculo para tener un acercamiento franco y dar continuidad a la ayuda que un médico de cualquier sistema de atención. Si consideramos que ese estigma nace de las diferentes percepciones de los aspectos mentales, se hace obvia la necesidad de aproximarnos a las percepciones de los componentes del proceso de atención de la salud mental desde las perspectivas del paciente y del médico.

En este punto es indispensable partir de la consideración de que el proceso de salud/enfermedad se constituye por una doble construcción: la elaborada por el profesional y la que se expresa a través del enfermo, ambas aunque de manera diferente, están condicionadas por aspectos sociales, culturales y técnicos. En el curso de la misma, desencadenan un complejo proceso que pretende alcanzar la mejoría. La solicitud de atención médica está determinada por esto, y en consecuencia cargada de una gran cantidad de confrontaciones (Mendoza Z, 1997).

Este proceso clínico de la relación médico/paciente del que hemos comenzado a hablar en el párrafo anterior, se compone de una serie de *intercambios* con diferentes orientaciones cognoscitivas; esto es, hay un proceso comunicativo en el que se da una traducción de los diferentes lenguajes entre médico y paciente, que articulan la enfermedad como una experiencia cultural para cada parte del binomio.

Los modelos explicativos del paciente tienden a expresar vivencias y experiencias subjetivas, formas de sentir y vivir el dolor y el sufrimiento, los cuales construye a partir de su contexto e historia como persona (Martínez CF, 1995); en el médico las explicaciones

¹ Erving Goffman (1970) menciona que *estigma* hace referencia a aquellos atributos indeseables que son incongruentes con el estereotipo que tenemos acerca de cómo deber ser cierto tipo de individuo. De esta forma, toda característica física, psicológica o conductual que se presente fuera del patrón preconcebido de *normalidad* en un individuo o grupo de individuos, sería estigmatizado o etiquetado como algo *diferente* y muchas veces *malo*, originando en torno a sí una serie de opiniones, actitudes y creencias negativas en torno al afectado y a los que están asociados a él.

de la enfermedad pueden venir en dos versiones: una articulada en un nivel científico profesional y otra (con frecuencia tácita) que comparte muchas características con el modelo del paciente (Kleinman A, 1978).

Hay quien propone que por medio de los modelos de atención a la salud se pueden entender los procesos de producción, funcionamiento y organización de los saberes teórico-técnicos (percepciones y prácticas) respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención en contextos históricamente determinados (Menéndez E, 1992).

Según Eisenberg, la transición entre la experiencia de la enfermedad y el diagnóstico clínico como tal, están determinados tanto por los puntos del contexto social e individual de cada sujeto, como por los criterios biomédicos establecidos para una enfermedad (Eisenberg L, 1981). Desde esta perspectiva, la indagación de la percepción de los sujetos alrededor del problema de salud específico de la bipolaridad -basándose inicialmente en la observación y conversación activas- nos permitiría permitirían una visión más cercana a la realidad del mundo del paciente bipolar si la llevamos acabo estando bajo un ambiente francamente médico (hablando tanto de la infraestructura alrededor de la cual se llevan acabo el contacto con el paciente y las entrevistas de este estudio, como del personal clínico propio del escenario médico y del abordaje médico del afectado) que se conjugue con los antecedentes de la persona (sus experiencias, vivencias, expectativas y percepciones de origen) .

Los modelos explicativos, las percepciones y las prácticas de atención, desde una concepción médico-antropológica, son los responsables de la forma cultural de una realidad clínica, es decir, de la interacción de dos personas que por medio del padecer y de la enfermedad intentan llegar a la mejoría del problema de salud y atención (Kleinman A, 1978; Bhui K y Bhugra D, 2002).

Ante la información de las líneas anteriores que dan prueba de la realidad individual y social de estos padecimientos, se hace palpable la necesidad de tener un mayor conocimiento de las percepciones y por tanto de las actitudes y de las prácticas de atención a la salud de la población -incluyendo los pacientes psiquiátricos, sus familiares y los diferentes prestadores de salud que con ellos interactúan- alrededor de la patología mental; dada la posibilidad de que un conflicto entre las percepciones de los diferentes actores del proceso de atención a la salud de un determinado problema de enfermedad, puede representar fallas en el proceso de salud-enfermedad-atención. Es entonces que, a partir de este marco referencial adecuamos la *Entrevista Corta de Modelos Explicativos* (SEMI) (Lloyd K, 1998) con la finalidad de explorar en una primera etapa, las percepciones de la enfermedad de los pacientes en una muestra de sujetos con TBP.

V. MARCO TEÓRICO

Uno de los enfoques para comprender las percepciones y actitudes desde los enfermos hacia la enfermedad es el de *modelos explicativos de la enfermedad* planteado por Kleinman en 1980, con la finalidad de describir las percepciones que los implicados más inmediatos en el proceso de salud-enfermedad (pacientes, las familias y los prestadores de salud) tienen acerca de un proceso de salud en específico.

Los modelos explicativos responden a preguntas como:

- *¿cuál es la naturaleza de la enfermedad?*
- *¿por qué me afectó a mí?*
- *¿por qué ahora?*
- *¿cuál será su curso?*
- *¿cómo afecta mi cuerpo?*
- *¿qué tratamiento deseo?*

- *¿qué es lo que más temo en torno a esta enfermedad y a su tratamiento?*

Es decir, a partir de dichos cuestionamientos, se busca obtener respuestas a circunstancias urgentes de la vida; así también, son justificaciones para una acción práctica y representaciones del flujo cultural de nuestras experiencias de vida (Kleinman A, 1980; Littlewood R, 1990; Kleinman A, 1988).

Por su parte, Eduardo Menéndez propone el estudio de las percepciones y de las interacciones de los sistemas de salud a partir de un análisis de las relaciones de hegemonía/subalteridad entre lo que reconoce como modelos de atención a la salud: el hegemónico (saber biomédico, medicina científica, alópata), el alternativo subordinado (prácticas médicas tradicionales y otras alternativas) y el de autoatención (Menéndez E, 1992).

De acuerdo a lo descrito por Luz María Vargas en 1994, la percepción es:

“una forma de conducta humana que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible; concepto que tiene como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad para la producción simbólica que, a través de la vivencia, atribuye características cualitativas a los sujetos o circunstancias, mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos contruidos y reconstruidos por el grupo social. Esto permite entonces generar evidencias sobre la realidad...”

(Vargas

LM, 1994)

Tenemos así que la importancia del conocimiento de la percepción de la enfermedad mental en el paciente psiquiátrico radica en que no se trata únicamente del reconocimiento y evocación de experiencias pasadas y presentes, si no también de la remisión a objetos, sucesos y significados que permiten reformular lo percibido y sus estructuras conceptuales (Huicochea L, 2002).

El proceso de percepción de la enfermedad en el paciente no es un proceso pasivo y estático, sino que subyace a etapas que terminan traducándose en una reacción activa hacia la enfermedad. Dichas etapas son: la interpretación de la misma, la traducción de éstas en comportamiento activo (ya sea la búsqueda o la evitación de ayuda), la respuesta social en reacción a tal comportamiento y la atribución de la experiencia (Lloyd K et al, 1998).

El paciente percibe el mundo y su enfermedad dentro de un contexto personal y familiar, esto lo lleva a buscar o no atención (comportamiento activo como lo mencionábamos en el párrafo anterior) y a comprender de una forma sociocultural (también arriba expresado) su problema de salud; y es aquí donde se ve necesario el surgimiento de estrategias que apoyen al paciente una vez que se hace evidente la reacción personal y social ante el trastorno mental, con la finalidad de expresarlo, comprender lo que acontece, dialogar con su terapeuta e identificar los caminos y tratamientos que lleven a un equilibrio y bienestar para su salud . Si la relación con el médico se ve deteriorada, es probable que exista poca satisfacción con la conducta de tratamiento elegida; la evidencia empírica sugiere que los pacientes están más satisfechos con aquellos psiquiatras que entienden sus experiencias y sensaciones durante el proceso de salud-enfermedad (Callan A, 1998).

Uno de los mecanismos propuestos para que el paciente y el médico vivan el proceso clínico de manera que se disminuyan conflictos y se trabaje en la solución o mejoría de la enfermedad, es la comunicación (Bhui K y Bhugra D, 2002). Para lograr una mejoría en la comunicación es necesario comprender las percepciones, actitudes y prácticas de los enfermos sobre su problema de salud.

El análisis de las percepciones – por ejemplo a partir del abordaje socio-antropológico de los modelos explicativos de la enfermedad- puede acercarnos a la

explicación de cómo conceptualizan, viven y perciben la enfermedad los actores del proceso salud/enfermedad; busca mejorar la relación médico-paciente y por ende la atención que el enfermo recibe, sin eliminar las creencias del afectado, pero sí con la intención de buscar por parte del médico puentes de comunicación que permitan a ambas partes trabajar conjuntamente y que logren la identificación de potenciales problemas en las actitudes de médico y paciente, para establecer un mejor nexo de atención.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN)

¿Cuáles son las percepciones de la enfermedad en los pacientes diagnosticados con TBP en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”?

IV. OBJETIVOS

O. GENERAL.

Describir las percepciones de la enfermedad en los pacientes con diagnóstico de TBP que son atendidos de manera subsecuente en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, por medio de la aplicación de la Entrevista Corta de Modelos Explicativos (SEMI).

O. ESPECIFICOS.

A. Realizar la adaptación transcultural de la Entrevista Corta de Modelos Explicativos (SEMI).

B. Describir las percepciones de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de TBP atendidos en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” por medio de la aplicación de la Entrevista Corta de Modelos Explicativos (SEMI).

C. Estudiar y analizar cualitativa y cuantitativamente las percepciones de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de TBP atendidos en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” a partir de los resultados de la aplicación de la Entrevista Corta de Modelos Explicativos (SEMI).

D. Identificar el efecto del diagnóstico clínico de TBP sobre la percepción de salud y enfermedad en los sujetos afectados.

E. Identificar la influencia de las percepciones del paciente entorno a la bipolaridad sobre la dinámica de la relación médico-paciente.

VI. JUSTIFICACIÓN

Cuando no existe concordancia entre el modelo explicativo del paciente y el del clínico, puede haber alteraciones en la búsqueda de ayuda (MacCarthy B, 1998; McCabe R,

2004), en el seguimiento de las medidas terapéuticas (Foulks EF et al, 1986; McCabe R, 2004) y en la satisfacción de la atención recibida (Callan A, 1998; McCabe R, 2004). Bajo estas consignas, se hace evidente la necesidad de conocer los modelos explicativos de los pacientes con TBP (Goodwin FK, 1990; Murray CJ, 1997; Kessler RC et al, 1998; Morselli PL, 1998), con la finalidad de evitar la confrontación que lleve a una mala relación médico-paciente con conceptos no comprendidos y no compartidos, mal seguimiento del tratamiento y deterioro en la evolución y funcionamiento a futuro del paciente.

La tendencia biologicista en la orientación de la atención médico-psiquiátrica, con frecuencia deja de lado la indagación de la vivencia experiencial del paciente respecto a su enfermedad afectando, en cierta forma, la calidad de la misma.

Las percepciones y atribuciones hacia los fenómenos poco comprendidos como son la mente y sus implicaciones, con frecuencia generan algunos de los modelos explicativos que resultan en consecuencias no muy afortunadas tanto para el paciente y su entorno sociofamiliar como para la sociedad en general (Bhugra D, 1989; Graf J et al, 2004; Wolf G et al, 1996).

El análisis de las percepciones se presenta como una alternativa para buscar mayor comunicación entre el médico y el paciente y para mejorar la atención que el enfermo recibe con la intención fomentar la comunicación entre ambos. Con ello, el paciente podría identificar las atribuciones potencialmente nocivas de su problema de salud, el médico conocería y entendería el proceso vivencial del enfermo y ambos establecerían una comunicación de tolerancia, entendimiento y apertura que se viera reflejada en una mejor evolución para el enfermo.

VII. MATERIAL Y MÉTODO.

a) MATERIAL

Este estudio se llevó a cabo en una muestra de pacientes bipolares en eutimia de la consulta externa del INPRFM a los cuales se le aplicó la SEMI para evaluar sus percepciones. Los datos arrojados tras la aplicación de la SEMI se agruparon por grupos y categorías para su análisis cualitativo y en variables dependientes e independientes para su manejo cualitativo.

a.1) TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, descriptivo.

a.2) PACIENTES:

Cincuenta pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres mayores de dieciocho años que:
 - a) supieran leer y escribir,
 - b) fueran pacientes subsecuentes con diagnóstico de Trastorno Bipolar (Trastorno Bipolar tipo I, Trastorno Bipolar tipo II, Trastorno Bipolar no especificado),
 - c) fueran atendidos en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” dentro de la Clínica de Trastorno Bipolar hasta el segundo trimestre del 2005,
 - d) aceptaran participar en el estudio al firmar la hoja de consentimiento informado,
 - e) contaran con diagnóstico de TBP confirmado con la aplicación del SCID-I,

- f) no cursaran con algún episodio agudo de la enfermedad (depresivo, maníaco o hipomaníaco); es decir, que al momento de la entrevista se encontraran en eutimia.

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes que no cumplieran los criterios de inclusión.
- b) Pacientes con diagnóstico de TBP en eutimia que al momento de la entrevista se encontraran bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva.
- c) Pacientes con diagnóstico de TBP en eutimia que tuvieran un deterioro cognoscitivo clínicamente suficiente como para impedir un nivel adecuado de comprensión.
- d) Pacientes con diagnóstico de TBP en eutimia que al momento de la entrevista cursaran con alguna entidad médica descompensada clínicamente evidente.

a.3) GRUPOS Y CATEGORÍAS:

Para analizar las respuestas de los entrevistados en forma y contexto se realizó una categorización de la información obtenida a partir de las respuestas de la SEMI. A continuación presento a manera de tabla los grupos, categorías y propiedades en los que se codificó la información obtenida en las entrevistas para su análisis cualitativo:

GRUPO:

CAUSAS ATRIBUIDAS AL TRASTORNO BIPOLAR

CATEGORÍA

PROPIEDADES

Causas (detonantes) que determinaron el inicio del TBP

“No sé”/Familia y pareja/Problemas o cambios en el cuerpo/Problemas laborales y escolares/Soledad/
Uso de sustancias psicoactivas o medicamentos/
Amigos/Castigo de Dios/ Brujería/Problemas económicos/Esotería

Causa (origen) del TBP

“No sé”/ Problemas o cambios en el cuerpo/Familia o pareja/Castigo de

Dios/Problemas laborales o escolares/ Uso de sustancias psicoactivas o medicamentos/ Amigos/ Brujería/ Problemas económicos/ Soledad

GRUPO:

síntomas EXPERIMENTADOS POR EL TRASTORNO BIPOLAR

CATEGORÍA	PROPIEDADES
Parte corporal percibida como afectada por el TBP	Ninguna/Cerebro/Estómago/Intestino/Riñón/Extremidades/ Otros
Gravedad atribuida al TBP	Muy grave/moderadamente grave/sin gravedad
Miedo ante el TBP	Recaer/Que sea un problema de por vida/"Suicidarse"/ "Quedarse solo"/Dañar a familiares o amigos/"Volverse loco"/"Tener que tomar medicamentos psiquiátricos"/ Incapacidad de por vida/Estigma
Dificultad percibida como resultado del TBP	Aceptación del problema/Falta de "control" de la enfermedad/ Uso constante de psicofármacos/Estigma/"No tengo ninguna dificultad"/Problemas con la comunidad/ Problemas laborales/Problemas con la familia/Fallas cognitivas/Problemas económicos
Afección en el estilo de vida debido al TBP	Ninguna/ "No sé"/ "Sí, hay aislamiento social"/ "Sí, me siento lento en mis actividades"
Problemas sociales percibidos en relación al TBP	Ninguno/ "No sé"/Sí, aislamiento social/ "Sí, abandono de amigos"/Sí, limitaciones por la comunidad
Problemas familiares percibidos en relación al TBP	Ninguno/Sí, falta de aceptación del problema/Sí, problemas con la pareja/Sí, problemas con los hijos/Sí, problemas con los hermanos
Problemas en las relaciones interpersonales percibidos en relación al problema actual	Ninguno/Sí, aislamiento social/ "Sí, me siento intolerante con los otros"/ "Sí, me siento limitado para relacionarme con los demás"/ "Sí, siento que me rechazan"
Problemas laborales percibidos en relación al TBP	Ninguno/Sí, despido laboral/ "Sí, me siento lento en las actividades de mi trabajo"/Sí, limitación por parte de las autoridades y compañeros
Consumo de tabaco en los pacientes con TBP de la muestra	Sí/No/ A veces
Consumo de alcohol en los pacientes con TBP de la muestra	Sí/No/ A veces
Consumo de drogas recreativas en los pacientes con TBP de la muestra	Sí/No/ A veces

grupo:

Prácticas de atención a la salud en relación al tbp

CATEGORÍA

Motivo de acudir a la consulta previa con el médico psiquiatra

Motivo de consulta al psiquiatra por primera vez

Consejo no psiquiátrico buscado por los pacientes de la muestra para mejorar o curar el TBP

Tratamiento diferente al psiquiátrico buscado por los pacientes de la muestra para mejorar o curar el TBP

Principal tratamiento farmacológico recibido por los pacientes bipolares de la muestra al momento de la entrevista

Formas alternativas de tratamiento realizadas al momento de la entrevista por los pacientes de la muestra buscando mejorar o curar el TBP

Expectativas del tratamiento psiquiátrico en los pacientes de la muestra

Respuestas al cuestionamiento “¿ha preguntado directamente al médico sobre su problema?”

Causas de insatisfacción en el tratamiento médico alópata del TBP

PROPIEDADES

Búsqueda de mejoría/Vigilancia médica/Obtención de un diagnóstico/No perder la cita/Petición de la familia/Por obligación legal

Sugerencia de la familia/Sugerencia de médico general/Sugerencia de un conocido/“Porque empeoré”/“Por voluntad propia”/Motivado por un programa de radio o TV/Sugerencia de médico especialista no psiquiatra

“No, ninguno”/Médico general/Psicólogo/Sacerdote/Brujo/Médico especialista diferente al psiquiatra/Médico tradicional/Curandero

Ninguno/Psicólogo/Médico especialista diferente al psiquiatra/Brujo/Médico alternativo/Homeópata/Médico general/Curandero

Ninguno/ Valproato de magnesio/Litio/Antipsicótico atípico/Topiramato/Antipsicótico típico/ Inhibidor selectivo de recaptura de serotonina/ Carbamazepina/Lamotrigina/Benzodiacepina

Ninguno/Ejercicio físico aeróbico/Homeopatía/ Yoga/Acupuntura/Infusiones/Oración/Flores de Bach/Masajes

Lograr una vida estable/Lograr curación/Obtener un diagnóstico/ “Para mejorar como persona”/ “Para evitar problemas”

“Sí, dudas en general”/ “No, por falta de tiempo”/

“Sí, el diagnóstico”/ “No, el médico es inaccesible”/ “No, me da pena”/ “Sí, el tratamiento”/ “Sí, la causa”/ “No, no lo necesito”

Ninguna /Efectos secundarios de medicamentos/ Falta de apoyo del médico/Cambios frecuentes de médico/Dudas que quedan sin aclarar/Errores previos en el diagnóstico/Usos constantes de psicofármacos/Falta de tiempo en cada consulta

grupo:

Percepciones de la enfermedad mental en general

Para este grupo, se aplicaron tres viñetas (casos hipotéticos de personas con una afección mental), la primera de ellas es un caso de ansiedad con agorafobia desde la perspectiva psiquiátrica, la segunda un caso de *somatización* y la tercera un caso de depresión mayor grave. Para cada caso se codificaron categorías y propiedades específicas.

CATEGORÍA

PROPIEDADES

Percepción de la presencia de un <i>problema</i> en la persona del caso 1.	“Sí, ansiedad”/ “Sí, no sé que tenga”/ “Sí, miedo”/ “Sí, una fobia”/ “Sí, depresión”/No
Percepción de la presencia de una <i>enfermedad</i> en la persona del caso 1.	“No sé”/ “Sí, ansiedad”/ “Sí, fobia”/ “Sí, no sé que tenga”/ “Sí, depresión”/No
Causa atribuida para las manifestaciones expresadas por la persona del caso 1.	“No sé”/Miedo/El trabajo/ “Un trauma”/ “La situación monetaria”/Falta de apoyo familiar/ “Algo biológico”/No tiene causa
Consejo que el entrevistado daría a la persona del caso 1.	Acudir con un psicólogo/Acudir con un psiquiatra/Buscar un apoyo o motivación/Buscar alguien que lo escuche/ “Echarle ganas”
Acción a realizar, según el entrevistado, por parte del médico general que atendiera a la persona del caso 1.	Enviarlo con un psicólogo/Escucharlo/Enviarlo con un psiquiatra/Prescribirle vitaminas/Apoyarlo, motivarlo/“No sé”
Percepción de la presencia de un <i>problema</i> en la persona del caso 2.	“Sí, depresión”/ “Sí, no sé que tenga”/ “Sí, ansiedad”/ “Sí, miedo”/ “Sí, autoestima baja”/No
Percepción de la presencia de una <i>enfermedad</i> en la persona del caso 2.	“No sé”/ “Sí, depresión”/ “Sí, no sé”/ “Sí, ansiedad”/No
Causa atribuida para las manifestaciones expresadas por la persona del caso 2.	El trabajo/Miedo/ “Un trauma”/ “Su situación monetaria”/Falta de apoyo de sus conocidos/ “Algo biológico”
Consejo que el entrevistado daría a la persona del caso 2.	Buscar apoyo o motivación/Acudir con un psiquiatra/Acudir con un psicólogo/ “Echarle ganas”/Buscar alguien que lo escuche
Acción a realizar, según el entrevistado, por parte del médico general que atendiera a la persona del caso 2.	Enviarlo con un psicólogo/Enviarlo con un psiquiatra/Prescribirle vitaminas/Apoyarlo o motivarlo/Escucharlo/“No tiene que hacer nada”/ Prescribirle analgésicos
Percepción de la presencia de un <i>problema</i> en la persona del caso 3.	“Sí, depresión”/ “Sí, autoestima baja”/ “Sí, no sé”/ “Sí, ansiedad”/No
Percepción de la presencia de una <i>enfermedad</i> en la persona del caso 3.	“No sé”/ “Sí, depresión”/ “Sí, “no sé”/ No
Causa atribuida para las manifestaciones expresadas por la persona del caso 3.	Los problemas económicos/La situación social/ La situación familiar/ “Un trauma”/ “Algo biológico”
Consejo que el entrevistado daría a la persona del caso 3.	Acudir con un psiquiatra/Buscar apoyo o motivación/Acudir con un psicólogo/ “Echarle ganas”/Buscar alguien que lo escuche
Acción a realizar, según el entrevistado, por parte del médico general que atendiera a la persona del caso 3.	Enviarlo con un psiquiatra/Enviarlo con un psicólogo/Escucharlo/Prescribir vitaminas/ Apoyar o motivar/“Debe pensar en darle algún medicamento”/“No sé”/“No tiene nada

que hacer”

a.4) VARIABLES:

Para el manejo cuantitativo de la información se agrupó la información en variables dependientes e independientes. Se presentan también tablas con esta misma agrupación donde se expresan los niveles de medición de las mismas (tipo de variable), forma de medición y su origen. Estos son datos importantes para el manejo de la información en el programa informático (SPSS) empleado para el análisis de frecuencias y los cruces de datos

V. DEPENDIENTES:

Percepción del trastorno bipolar en los pacientes bipolares

Aspectos de la relación médico paciente

V. INDEPENDIENTES:

Variables sociodemográficas

Variables clínicas

Creencias del problema actual

Comportamiento de búsqueda

Expectativas/satisfacción

Actividades y funcionamiento

Otras conductas

Creencias de la enfermedad mental en general

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SE MIDE EN...	OBTENCIÓN
Edad	Dimensional	Años	Hoja de datos demográficos

Sexo	Nominal	Femenino/Masculino	Hoja de datos demográficos
Origen	Nominal	D.F., Edo. México,...	Hoja de datos demográficos
Residencia	Nominal	D.F., Edo. México,...	Hoja de datos demográficos
Estado civil	Nominal	Con pareja/sin pareja	Hoja de datos demográficos
Años de estudio	Dimensional	Años	Hoja de datos demográficos
Ocupación	Nominal	Estudiante, empleado...	Hoja de datos demográficos

VARIABLES CLÍNICAS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SE MIDE EN...	OBTENCIÓN
Edad de diagnóstico	Dimensional	Años	Hoja de datos clínicos
Tiempo entre inicio del TBP y el diagnóstico	Dimensional	Semanas	Hoja de datos clínicos
Número de hospitalizaciones	Dimensional	Número de hospitalizaciones	Hoja de datos clínicos y expediente clínico
Tiempo en eutimia	Dimensional	Días	Hoja de datos clínicos y expediente clínico
Diagnóstico por SCID-I	Nominal	TBP I, TBP II, TBPNE, Ciclotimia	SCID-I para trastornos afectivos
Psicoeducación en paciente. Folleto	Nominal	No, si1, si2, si3, si4*	Hoja de datos clínicos
Psicoeducación en paciente. Internet	Nominal	No, si1, si2, si3, si4*	Hoja de datos clínicos
Psicoeducación en paciente. Libro	Nominal	No, si1, si2, si3, si4*	Hoja de datos clínicos
Psicoeducación en paciente. Curso externo	Nominal	No, si1, si2, si3, si4*	Hoja de datos clínicos
Psicoeducación en paciente. Curso interno	Nominal	No, si1, si2, si3, si4*	Hoja de datos clínicos

Psicoeducación en familia. Folleto	Nominal	No, si1, si2, si3, si4*	Hoja de datos clínicos
Psicoeducación en familia. Internet	Nominal	No, si1, si2, si3, si4*	Hoja de datos clínicos
Psicoeducación en familia. Libro	Nominal	No, si1, si2, si3, si4*	Hoja de datos clínicos
Psicoeducación en familia. Curso externo	Nominal	No, si1, si2, si3, si4*	Hoja de datos clínicos
Psicoeducación en familia. Curso interno	Nominal	No, si1, si2, si3, si4*	Hoja de datos clínicos

* Número de intervenciones psicoeducativas recibidas por cada subtipo de psicoeducación cuestionado. Por ejemplo, “si2” de la variable “Psicoeducación en paciente, curso externo”, significa que el paciente cuestionado había recibido en dos ocasiones psicoeducación por cursos externos al INPRFM.

CREENCIAS DEL PROBLEMA ACTUAL

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SE MIDE EN...	OBTENCIÓN
Problema por el que acude a consulta	Nominal	Obligatorio, cita, medicamentos, familia...	S.E.M.I [†]
Problemas de salud en el último año	Nominal	Psiquiátrico, respiratorio, cardiovascular...	S.E.M.I [†]
Nombre de esos problemas	Nominal	Enfermedad, estrés, no sé...	S.E.M.I [†]
Inicio del problema actual	Dimensional	Edad en años	S.E.M.I [†]
Razón de inicio del problema actual	Nominal	Familia, genética, sustancias...	S.E.M.I [†]
Causa interna	Nominal	No, si, a veces, no sé	S.E.M.I [†]
Causa externa	Nominal	No, si, a veces, no sé	S.E.M.I [†]
Causa del problema actual	Nominal	Familia, genética, sustancias...	S.E.M.I [†]
Creencia en brujería	Nominal	No, si, a veces, no sé	S.E.M.I [†]

[†] Entrevista corta de modelos explicativos (S.E.M.I. por su denominación en inglés: *Short Explanatory Model Interview*)

COMPORTAMIENTO DE BÚSQUEDA

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SE MIDE EN...	OBTENCIÓN
Gravedad percibida del problema actual	Ordinal	Muy grave, moderadamente grave, sin gravedad	S.E.M.I [†]
Temor del problema actual	Nominal	Suicidio, recaída, hospitalización	S.E.M.I [†]
Porqué acudir al psiquiatra por primera vez	Nominal	Yo lo pedí, familia sugirió, médico sugirió...	S.E.M.I [†]

[†] Entrevista corta de modelos explicativos (S.E.M.I. por su denominación en inglés: *Short Explanatory Model Interview*)

EXPECTATIVAS/SATISFACCIÓN

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SE MIDE EN...	OBTENCIÓN
Expectativas del tratamiento	Nominal	Obtener diagnóstico, vida estable, cura...	S.E.M.I [†]
Pregunta al médico sobre el problema actual	Nominal	Si el diagnóstico, si el tratamiento, no...	S.E.M.I [†]
Respuesta del médico	Nominal	Explicó, dio material, no entendí	S.E.M.I [†]
Satisfacción con el tratamiento recibido	Nominal	Si, no, a veces	S.E.M.I [†]
Causas de insatisfacción	Nominal	Efectos de medicación, ninguna, ...	S.E.M.I [†]

[†] Entrevista corta de modelos explicativos (S.E.M.I. por su denominación en inglés: *Short Explanatory Model Interview*)

ACTIVIDADES Y FUNCIONAMIENTO

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SE MIDE EN...	OBTENCIÓN
Dificultades (debidas al problema actual)	Nominal	Aceptación, medicamentos, economía, estigma...	S.E.M.I [†]
Parte corporal afectada	Nominal	Cerebro, estómago, riñón...	S.E.M.I [†]
Afección emocional por el diagnóstico	Nominal	Si, no, a veces, no sé...	S.E.M.I [†]
Afección en el manejo usual	Nominal	Si, no, a veces, no sé...	S.E.M.I [†]
Afección social	Nominal	Si aislado, si me limitan, no, no sé...	S.E.M.I [†]
Afección familiar	Nominal	Si problemas con hijos, sí problemas con pareja, no...	S.E.M.I [†]
Afección en relacionarse	Nominal	Si aislado, si intolerante, no...	S.E.M.I [†]
Afección laboral	Nominal	Si me despidieron, si lento, no...	S.E.M.I [†]

[†] Entrevista corta de modelos explicativos (S.E.M.I. por su denominación en inglés: *Short Explanatory Model Interview*)

OTRAS CONDUCTAS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SE MIDE EN...	OBTENCIÓN
Consejo no psiquiátrico	Nominal	Médico alternativo, médico general, curandero...	S.E.M.I [†]
Tratamiento no psiquiátrico	Nominal	Médico alternativo, médico general, curandero...	S.E.M.I [†]
Automanejo	Nominal	Si, no, a veces	S.E.M.I [†]
Cómo se automaneja	Nominal	Cambio dosis, no tomo medicamento, no sé	S.E.M.I [†]
Tratamiento psicofarmacológico	Nominal	Litio, Acido valprórico,	S.E.M.I [†]

Curas alternativas que use actualmente	Nominal	carbamazepina, antipsicótico atípico...	S.E.M.I [†]
Uso de cigarro/alcohol/drogas recreativas	Nominal	Acupuntura, infusiones... Si, no, a veces	S.E.M.I [†]

[†] Entrevista corta de modelos explicativos (S.E.M.I. por su denominación en inglés: *Short Explanatory Model Interview*)

CREENCIAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN GENERAL

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SE MIDE EN...	OBTENCIÓN
¿La persona del ejemplo tiene algún problema? I/II/III	Nominal	Si, no sé, sí miedo, sí depresión...	S.E.M.I [†]
¿Tiene alguna enfermedad? I/II/III	Nominal	Si, no sé, si depresión, no...	S.E.M.I [†]
¿Cuál es la causa de su problema? I/II/III	Nominal	Miedo, familia, economía...	S.E.M.I [†]
¿Qué debería hacer? I/II/III	Nominal	Buscar que lo escuchen, echarle ganas, ir con psicólogo, ir con psiquiatra...	S.E.M.I [†]
¿Qué debería hacer un médico? I/II/III	Nominal	Escuchar, motivar, dar vitaminas, dar otros medicamentos, enviar a un psicólogo, enviar a un psiquiatra	S.E.M.I [†]

[†] Entrevista corta de modelos explicativos (S.E.M.I. por su denominación en inglés: *Short Explanatory Model Interview*)

a.5) INSTRUMENTOS:

Para este estudio se empleó la SEMI para la evaluación en el entrevistado de: percepción, actitudes y prácticas de atención hacia el trastorno bipolar; el SCID-I en el apartado para trastornos afectivos, se utilizó para corroborar el diagnóstico de TBP; finalmente, las calificaciones de las escalas de Young para manía (YMRS) y de Hamilton para depresión (HAM-D) nos permitieron la evaluación del estado de eutimia en los sujetos de esta muestra. A continuación describimos los procesos de validación a los que han sido sometidos los instrumentos comentados en investigaciones anteriores:

a.5.1.- Entrevista Corta de Modelos Explicativos (*Short Explanatory Model Interview. SEMI*).

La SEMI es una entrevista semi-estructurada diseñada por Lloyd y colaboradores (Lloyd KR et al, 1998) para su uso en la práctica clínica rutinaria y de investigación. Se diseñó sin la intención de reemplazar los métodos antropológicos amplios y ya validados para el conocimiento de los modelos explicativos de la enfermedad; pero sí para ser un medio a partir del cual puedan incluirse algunos conceptos con frecuencia omitidos en el campo de la investigación psiquiátrica. Emplea un lenguaje sencillo y cotidiano, toma alrededor de 30-45 minutos en ser completada y, dado que no emplea lenguaje técnico ni complejo, puede ser transcrita con facilidad a otros idiomas y permitir a los entrevistadores de cualquier tipo de formación entrenarse con rapidez para el uso del instrumento. Al entrevistado se le invita a hablar abiertamente acerca de sus actitudes, experiencias y prácticas de atención con el fin de evidenciar conceptos en el discurso, así como la relación de éstos con la situación actual y la cultura del sujeto.

La entrevista parte de un cuestionario de preguntas abiertas dividido en cinco secciones, las cuales se contestan a través de respuestas abiertas pero en las que puede guiarse de cierta forma al paciente para la respuesta:

- 1. Datos sociodemográficos.
- 2. Creencias personales acerca de la naturaleza del problema actual, motivo de consulta, nombre del problema, causas percibidas, consecuencias, severidad y sus efectos a nivel del cuerpo, emociones, redes sociales, vida familiar y desempeño laboral.
- 3 y 4. Trayectoria de atención, especialmente aquella búsqueda no alopática respecto a la cual se le invita al entrevistado a detallar sus diferentes prácticas, además de explorar las expectativas y satisfacciones de los tratamientos recibidos.
- 5. La sección de creencias de la enfermedad consiste en 3 viñetas que identifican “depresión”, “ansiedad” y “somatización”, en las que cada una describe los problemas enfrentados por individuos con los trastornos mencionados. Las viñetas contienen preguntas abiertas que identifican las actitudes del paciente entorno a un problema clínico, buscando encontrar si el sujeto considera la presentación de esas situaciones como problema y más aún, como enfermedad. Aquí también se busca abordar las atribuciones de causas y evolución potenciales, así como interacción con un prestador de salud (médico alópata u otro).

La secuencia de preguntas no es rígida y permite al entrevistador cierta flexibilidad y adecuación para cada caso y estudio particular.

La SEMI fue aplicada por primera vez en un grupo piloto de treinta médicos generales en el sur de Londres. Los datos descriptivos cualitativos generados de este primer estudio, se agruparon por códigos numéricos para completar un análisis numérico; estos

resultados permitieron afinar el instrumento y dejar la versión final en 1998, cuando se aplicó en consultorios generales del sur y del oeste de Londres, así como en centros de atención primaria de Harare, Zimbabwe. Los pacientes que completaron la SEMI se reclutaron para estudios de detección y curso de enfermedades mentales comunes en la práctica primaria y todos reunieron criterios para probables trastornos mentales comunes.

En cuanto a la confiabilidad inter-evaluador, ésta se realizó en dos evaluadores en una muestra de treinta sujetos, y fue calculada usando el estadístico de kappa. Aquellos valores de kappa mayores a 0.7 para los ítems de la SEMI en cada una de las cinco secciones de la entrevista, son las que se preservaron para dar origen a la versión final de la SEMI.

Las respuestas de la SEMI de los pacientes con probable trastorno mental (un puntaje de ≥ 3 en el General Health Questionnaire-12 o un puntaje de ≥ 12 en el Revised Clinical Interview Schedule) se compararon para ilustrar el rango de respuestas obtenidas en diferentes planteamientos. La prueba de X^2 se empleó para valorar si las asociaciones eran estadísticamente significativas.

Los datos arrojados por la SEMI se emplean predominantemente para análisis cualitativo, pero a través de la codificación de los criterios según sean las necesidades de investigación del estudio, puede también obtenerse un análisis cuantitativo.

La considerable variación entre las respuestas obtenidas en la SEMI demuestra su potencial de aplicación, ya que no se realizan inferencias etiológicas acerca de las diferencias entre las respuestas, si no que se considera que el instrumento tiene la capacidad de identificar las variaciones en creencias, atribuciones y prácticas de atención acerca de la enfermedad.

La SEMI ha sido aplicada en estudios en poblaciones de enfermos del primer nivel de atención (Lloyd KR et al, 1998; Ngoma MC et al, 2003); en pacientes con otras patologías aparte de enfermedades mentales (Sumathipala A et al, 2000; Manoharam E et al, 2001; Warsop A et al, 2004); en población abierta y psiquiátrica, ya sea para explorar los caminos de búsqueda de atención (Jacob KS et al, 1998; Shawn CM et al, 1999) o para hacer comparaciones transculturales (Lloyd K y Fuller E, 2002; McCabe R y Priebe S, 2004; Snowden L y Yamada A, 2005). Así también, ha sido descrita como parte de los instrumentos empleados en estudios que hablan de los modelos explicativos en general (Bhui K y Bhugra D, 2002), de sus implicaciones en la práctica clínica y en la investigación (Bhui K y Bhugra D, 2002), e incluso en el abordaje de los modelos explicativos de los propios prestadores de salud (Joel D et al, 2003).

a.5.2.- Escala de Evaluación de Manía de Young (*Young Mania Rating Scale, YMRS*).

La escala de evaluación de manía de Young (Young RC, et al 1978) se publicó por primera vez en 1978. Los autores al notar la existencia de pocas escalas de evaluación para el estado de manía en comparación con el número de aquellas existentes para depresión, intentaron desarrollar una escala que fuera más amplia que las escalas existentes hasta ese momento, pero también más corta y sencilla de usar que la Escala de Evaluación de Manía de Beigel *BMRS* (Beigel A, et al 1971) que se había creado para administrarse por las enfermeras durante el tiempo de hospitalización de los pacientes.

La YMRS se diseñó entonces para medir la severidad de los síntomas de manía y evaluar el efecto del tratamiento en la gravedad de la misma. También se puede usar para detectar la reaparición de síntomas de manía (por ejemplo en una recaída o recurrencia de un episodio de elevación anímica). Sus parámetros se seleccionaron con base en las

descripciones clínicas de los síntomas de la fase de manía del trastorno bipolar (Carlson GA y Goodwin FK, 1973). El diseño de esta escala se hizo siguiendo el que tiene la escala de depresión de Hamilton. Consta de once apartados, cada uno de los cuales se califica con puntajes de 0 a 4 de acuerdo a la severidad de síntomas. La escala está diseñada para que se aplique en un tiempo de 15 a 30 minutos por personas con entrenamiento clínico y la calificación de cada uno de los apartados se asigna en base al informe subjetivo del paciente. Cuatro de los apartados (5,6,8, y 9) son calificados dándoles un doble peso a fin de compensar la pobre cooperación de los pacientes severamente enfermos. (Young RC, et al 1978).

La validación de esta escala fue evaluada con la correlación que se realizó con otras escalas de manía, encontrando que la YMRS presentaba una correlación alta con la escala de Petterson (0.89) y una baja pero aceptable correlación con la escala de Biegel (0.71). Al valorar la sensibilidad se encontró que la YMRS diferenciaba los puntajes pre-tratamiento y post-tratamiento ($p=0.005$). La confiabilidad inter-evaluadores fue muy buena (0.93), con un rango de confiabilidad de 0.66 para el apartado de conducta agresiva a un 0.95 para el apartado de sueño, siendo significativas todas las correlaciones ($p=0.001$). Al revisar estos resultados se puede concluir que la YMRS es una escala explícita y definida al compararla con sus antecesoras (Young RC et al, 1978).

Para evaluar la validez y confiabilidad de la YMRS en nuestro país, se reclutaron pacientes del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con los diagnósticos de trastorno bipolar en fase de manía o de esquizofrenia. De la muestra seleccionada se conformaron dos grupos de tipo independiente y mutuamente excluyente. El grupo considerado como experimental o de trabajo se denominó Grupo I y

se integró con 26 pacientes con el diagnóstico de episodio maníaco y el Grupo II considerado como control se formó con 28 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia.

A cada uno de los grupos se les aplicó el CIDI (*composite diagnostic interview, CIDI*), mismo que se utilizó como el estándar de oro. La aplicación del CIDI y la YMRS se hizo de forma simultánea en dos ocasiones (con un intervalo de 48 horas de diferencia) con la finalidad de tener un test-retest por evaluadores independientes, médicos psiquiatras con un entrenamiento previo para la aplicación de ambos instrumentos. Los puntajes de la YMRS en el Grupo I (Trastorno bipolar en fase maníaca) oscilaron entre 23 y 56 puntos, promediando para el test 41.15 +/- 7.87 y para el retest de 41.46 +/- 8.04 teniendo una correlación de $r=0.98$. En el Grupo II (esquizofrenia) el puntaje fue sensiblemente inferior al compararlo con el del Grupo I, obteniéndose de 5 a 27 puntos, promediando el test de estos pacientes 15.1 +/-7.60 y para el retest 14.6 +/- 7.44 obteniéndose un coeficiente de correlación $r=0.90$. Estos resultados demuestran que la YMRS tiene una adecuada validez y confiabilidad por lo que puede ser utilizada en nuestro medio (Apiquián R et al., 1997)

a.5.3.- ESCALA HAMILTON DE DEPRESIÓN (*HAM-D*).

Escala que se encuentra diseñada para medir la severidad de los síntomas depresivos presentes en un cuadro depresivo, se compone de 24 reactivos que pueden ser calificados de acuerdo al grado de gravedad de 0 al 4 o del 0 al 2 en algunos casos. El puntaje de 18 puntos se ha relacionado con la presencia depresión moderada y el puntaje de 11 con una depresión leve. Estas calificaciones se obtienen mediante una entrevista clínica con el paciente. El clínico evalúa las respuestas que proporciona el paciente a preguntas acerca de sentimientos de culpabilidad, suicidio, patrones de sueño y otros síntomas. Existe una entrevista estructurada con las preguntas necesarias para cubrir cada uno de los apartados de la escala, sin embargo, es importante contar con un adecuado entrenamiento en

psiquiatría clínica para obtener una evaluación completa. En nuestro país esta escala tiene una difusión muy amplia y es muy utilizada en diversos ensayos clínicos (Hamilton M, 1960; Berrios G, 1990).

En un estudio realizado por Berlanga y colaboradores (1992) se tradujo tanto la escala de Hamilton como la de Carroll (también para depresión). Después de ser traducidos al español, dichos instrumentos se aplicaron a un grupo de 80 pacientes de la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría que cumplían los criterios diagnósticos para depresión mayor de acuerdo al DSM-III.

La validez concurrente de la versión autoaplicada de Carroll contra la versión aplicada por el clínico de la HAM-D se determinó correlacionando su puntuación total y la de cada uno de sus reactivos. La correlación entre ambas escalas fue altamente significativa ($r=0.77$ y $p=0.001$).

La confiabilidad temporal analizada mediante el procedimiento de test y retest también fue satisfactoria ($r=0.72$ y $p=0.01$). El valor del alfa de Cronbach para el total de las evaluaciones fue de 0.85. Finalmente en un análisis factorial se corroboraron los datos obtenidos en el análisis de consistencia.

a.5.4.- Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de Eje I del DSM-IV
(*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I*).

La entrevista estructurada para trastornos de eje I del DSM-IV es una entrevista semiestructurada aplicada por el clínico para su uso en pacientes psiquiátricos o en sujetos de la comunidad que no sean pacientes pero que se sometan a una evaluación psicopatológica. El SCID-I se desarrolló para brindar una mayor cobertura en el diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al DSM-IV. Diseñado para ser más eficiente y simple en su uso que otros instrumentos ya existentes.

Esta entrevista inicia con una sección en la que se obtienen principalmente datos demográficos, historia laboral, quejas principales, historia de los períodos presentes y pasados de la enfermedad psiquiátrica, historia terapéutica y asesoría del funcionamiento actual con preguntas abiertas que permiten respuestas en las propias palabras del sujeto. El cuerpo principal del SCID-I consiste de nueve módulos diagnósticos: episodios afectivos, síntomas psicóticos, trastornos psicóticos diferenciales, síntomas afectivos diferenciales, abuso de sustancias, ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos de alimentación, y reacciones de ajuste. El investigador debe elegir el poder eliminar uno o más módulos para enfocarse sólo en áreas diagnósticas de mayor interés.

Se tienen disponibles dos versiones de la escala: el SCID-I que es la versión para investigación y el SCID-CV que es la versión del clínico. El primero está diseñado para su uso en asuntos de investigación e incluye una amplia variedad de subtipos y de especificadores que pueden ser de uso sólo para el investigador con un interés en especial. El SCID-CV abarca sólo los diagnósticos más comúnmente vistos en la práctica clínica y excluye la mayoría de aquellos subtipos y especificadores de los trastornos que se encuentran en la versión de investigación; además tiene módulos simplificados de Trastornos afectivos y de Trastornos por uso de sustancias. La versión de investigación viene en tres ediciones que difieren en base al tipo de sujetos que se está entrevistando: el SCID-I/P es la entrevista estándar diseñada para sujetos de investigación identificados como pacientes psiquiátricos; el SCID-I/NP es para sujetos que no son pacientes psiquiátricos (como miembros de la comunidad, estudios de familias o pacientes en la práctica médica general); y el SCID-I/P & Tamizaje Psicótico que es para pacientes psiquiátricos que necesitan una valoración completa para trastornos psicóticos. Existe

también una entrevista aparte para trastornos de personalidad que se localizan en eje II del DSM-IV: SCID-II.

La confiabilidad del SCID-I para trastornos de eje I del DSM-III-R se determinó en diversas poblaciones y naciones. El mayor de los estudios de confiabilidad test-retest se condujo por el creador del instrumento: Williams en 1992. La confiabilidad fue muy buena con pacientes hospitalizados ($\kappa=0.61$) pero pobre con aquellos no hospitalizados ($\kappa=0.37$). La confiabilidad fue de buena a excelente para los diagnósticos de trastornos bipolar ($\kappa=0.84$), abuso o dependencia de alcohol (0.75), abuso y dependencia de otras sustancias psicoactivas (0.84), anorexia nervosa (0.72), y bulimia nervosa (0.86). La confiabilidad fue pobre para distimia (0.40), trastorno de pánico sin agorafobia (0.43), y fobia social (0.47).

Pocos son los estudios relevantes para la determinación de la validez del SCID-I. El diagnóstico de esta entrevista para abuso de sustancias en pacientes hospitalizados fue más sensible que los análisis toxicológicos en orina o la simple identificación clínica al ingreso o al egreso de aquellos ya conocidos con abuso de sustancias. Más del 85% de los pacientes con síntomas psicóticos revelaron todos o algunos de sus síntomas al aplicar la entrevista SCID-I. El valor predictivo positivo del SCID-I fue alto en una muestra de sujetos indigentes con enfermedad mental, pero el valor predictivo negativo fue bajo. Un estudio (Steiner et al, 1995) demostró pobre acuerdo entre el SCID-I y el diagnóstico clínico estándar, sin embargo, no se logró establecer cuál de los dos era más correcto.

El SCID-I es la entrevista aplicada por el clínico más aceptada por los usuarios y hace diagnósticos de acuerdo a la nomenclatura actual del DSM-IV. Aún es un instrumento que lleva un tiempo considerable para su aplicación, sin embargo, es tal vez lo más indicado para diagnósticos diferenciales o para circunstancias especiales como una

evaluación forense, por ejemplo, en la que se busca una documentación de una evaluación psicopatológica con datos detallados sobre los criterios de diagnóstico. Además, la estructura modular del SCID-I permite al clínico usarla de forma selectiva, posiblemente para confirmar el diagnóstico sospechado después de una evaluación diagnóstica clínica psiquiátrica habitual.

b) MÉTODO

Esta investigación se dividió en dos fases para su realización. Cabe resaltar que previo al inicio de la misma, el proyecto se sometió a evaluación por parte de los comités de investigación y de ética del INPRFM, los cuales lo aceptaron y autorizaron para su realización.

La primera etapa fue la adaptación transcultural al español del instrumento principal (SEMI) y, posteriormente, en una segunda fase se evaluaron las percepciones de la enfermedad en los cincuenta pacientes reclutados para el estudio. A continuación se hace la descripción del procedimiento de las dos etapas mencionadas:

b.1) Proceso de adaptación transcultural de la SEMI al español:

b.1.1.- El primer paso fue realizar la traducción por consenso al idioma español del instrumento original (SEMI) con la traducción por cuatro médicos en entrenamiento de Psiquiatría, con dominio del idioma Inglés y conocedores del manejo y tratamiento del TBP; luego de la traducción inicial, se hizo un consenso en relación a conceptos y términos traducidos en los que hubiera diferencia.

b.1.2.- Una vez que se obtuvo el consenso, un investigador independiente a la traducción del instrumento, con dominio del idioma Inglés y conocedor del manejo y tratamiento del TBP, realizó la retraducción del mismo.

b.1.3.- Se comparó la retraducción con el instrumento original y se establecieron los ajustes necesarios a realizar en el instrumento en inglés y en español si ejemplificaras o fueras mas explicita quedaría mas claro para contar con la versión final del instrumento, asegurando la equivalencia conceptual más que la lingüística.

b.1.4.- Posterior a lo anterior y, contando ya con el instrumento traducido, se llevó a cabo una prueba piloto en un total de quince pacientes de la clínica de Trastorno Bipolar, con la finalidad de asegurar la comprensión del contenido de los reactivos del instrumento.

b.1.5.- Luego de las modificaciones conceptuales surgidas del procedimiento anterior, se procedió a evaluar la confiabilidad interevaluador (con el estadístico de kappa); para este paso, se aplicó el instrumento a veinte pacientes con trastorno bipolar por parte de dos investigadores independientes, obteniendo una confiabilidad interevaluador mayor a 0.80 en las diferentes variables.

b.2) Exploración de la percepción de los pacientes bipolares del estudio por medio de la aplicación de la SEMI:

Ya con la adaptación transcultural del instrumento mencionado, se procedió a describir las percepciones de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que eran atendidos en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” hasta el segundo trimestre del 2005, por medio de la SEMI a través del siguiente procedimiento:

Se reclutaron sujetos atendidos en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” con diagnóstico de TBP, ofreciendo de forma verbal a cada paciente que acudía a consulta (y a quien su médico tratante describiera anímicamente estable) el participar en el estudio. Se obtuvo el consentimiento por

escrito de aquellos pacientes con trastorno bipolar que accedieran a formar parte de este estudio.

El número de entrevistas a realizar no se calculó con base a que fuera un tamaño de muestra estadísticamente significativo, lo cual hubiera requerido de una muestra de un tamaño mayor a los cincuenta pacientes aquí incluidos que no permitiría el análisis cualitativo de la información; de ahí que se siguió entonces el concepto de saturación teórica (pues conforme se aplicaban las entrevistas pude identificar y observar que en general se estaban marcando las mismas tendencias en las respuestas de los entrevistados) considerando el criterio de propósito teórico¹.

Fue importante trabajar con una población específica (en este caso, como lo dice el título de la investigación, pacientes con diagnóstico médico de trastorno bipolar) y corroborarlo, pues la intención del estudio era la de estudiar su percepción en una enfermedad médicamente identificada, de forma tal que el diagnóstico de TBP se estableció por medio de la aplicación de la sección diagnóstica para trastornos afectivos SCID-I a los pacientes bipolares que hayan accedido a participar en el estudio (y que de antemano conocían su diagnóstico de bipolaridad²), con la finalidad de establecer el diagnóstico de TBP tipo I, tipo II, Ciclotimia o TBP no especificado según lo establecido en la clasificación diagnóstica del DSM-IV.

Propositivamente se incluyeron individuos tanto con diagnóstico reciente de TBP (en quienes es importante la valoración de la experiencia del proceso de enfermedad en

¹ Se refiere a los criterios iniciales del muestreo intencional cuyos rasgos se definen por la información preexistente a partir del debate teórico sobre el tema, en nuestra investigación se eligió pacientes con diagnóstico médico de bipolaridad (lo que lleva ya una cronicidad implícita como explicamos antes y una etiqueta médica diagnóstica específica como se comenta en líneas posteriores) sin preferencia en cuanto al tiempo de evolución al momento de la entrevista.

² Necesario al estudiar la percepción de la enfermedad en el individuo pues requeríamos conocer lo que ello implicaba para el paciente.

un primer contacto con el sistema médico alópata y con un diagnóstico que desde este enfoque se otorga) como personas con un diagnóstico antiguo de bipolaridad (con la finalidad de tener pacientes que vinieran ya con una serie de concepciones, atribuciones y percepciones procedentes de su entorno familiar, de su grupo de procedencia y de su experiencia cotidiana de varios años con TBP, mismas que en algún punto de sus percepciones se contrapusieran, convivieran o se complementaran con la etiqueta diagnóstica impuesta por el sistema médico psiquiátrico).

En los pacientes bipolares que brindaron su consentimiento por escrito para autorizar su participación y, en quienes además, se había corroborado el diagnóstico de TBP luego de la aplicación del SCID-I, por medio del interrogatorio directo y de los datos del expediente clínico se describieron las características demográficas (edad, sexo, fecha y lugar de nacimiento, lugar de residencia, escolaridad, ocupación, estado civil) y clínicas (años de evolución de la enfermedad, tiempo transcurrido desde el último episodio, número de hospitalizaciones, si ha recibido intervenciones psicoeducativas o no, y en caso de haberlas recibido, qué tipo de intervenciones psicoeducativas ha recibido y cuántas) de cada persona. Lo anterior se requirió para realizar cruces posteriores de la información demográfica y clínica con los datos de la SEMI en cuanto a percepción de la enfermedad.

Decíamos en párrafos anteriores que el TBP se caracteriza por episodios intermitentes de ánimo bajo (depresivos) o elevado (de manía) que además conviven con períodos en los que el paciente está estable anímicamente (en eutimia), las percepciones del mundo en general se modifican durante un episodio depresivo o uno de manía, esperando así que durante el primero todo se vea de forma catastrófica, con tintes de desesperanza, minusvalía y culpa, mientras que en la manía se esperarían que

las percepciones del sujeto tengan un tinte megalómano, con planes excesivos, con un optimismo inusual o bien una irritabilidad marcada; dado lo anterior, el contar con individuos bipolares que no estuvieran ni en depresión ni en manía nos garantizaría de alguna forma que pudiéramos tener contacto con sus percepciones *no contaminadas* por una afección del ánimo activa, además de que es durante el episodio de estabilidad cuando el sujeto puede ver las consecuencias de las crisis y puede ser capaz de evaluar su funcionalidad con la enfermedad. De esta forma, el paso siguiente consistió en corroborar el estado de eutimia en los pacientes bipolares incluidos en el estudio por medio de la aplicación de la Escala de Hamilton para Depresión (HAM-D) y de la Escala de Evaluación de Manía de Young (YMRS).

Para la definición operacional de eutimia, consideramos como puntos de corte en los pacientes: 7 ó menos puntos en HAM-D (Hamilton M, 1960; Hamilton M, 1980) y 13 ó menos puntos en YMRS (Young RC, 1978). Así también, de acuerdo a lo estipulado para el proyecto multicéntrico Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) instituido por el National Institute of Mental Health de los Estados Unidos de Norteamérica, consideramos definir clínicamente el estado de eutimia solamente si el paciente, además de cumplir con los puntos de corte de HAM-D y YMRS, tenía al momento de la entrevista dos o menos síntomas moderados establecidos por los criterios diagnósticos del DSM-IV, cumpliendo esta situación por un tiempo mínimo de ocho días (Sachs G, 2003).

En nuestros sujetos evaluados que entraron al estudio, con TBP corroborado en función de una clasificación psiquiátrica, y estables anímicamente con base a parámetros clínicos, se procedió a la aplicación de la SEMI. El contacto fue en una sola ocasión, misma durante la cual se obtuvieron los datos demográficos y clínicos

expresados en líneas previas y se aplicó la SEMI como una guía de entrevista. Hemos mencionado ya las características de la SEMI, que por ser una entrevista de preguntas abiertas nos permitía guiar a nuestro entrevistado hacia un punto de interés en específico pero se daba tribuna libre al momento de sus contestaciones, las cuales eran registradas directamente en el papel conforme el sujeto iba contestando.

A partir del texto de las respuestas obtenidas tras la aplicación de la SEMI, procedí a la codificación de la información con el objetivo de acceder al universo de significados de estos cincuenta entrevistados sobre la vivencia del diagnóstico de TBP y su tratamiento. Agrupé primero la información en grandes grupos de preguntas que fueron hechas a los pacientes para evaluar sus percepciones en torno a la bipolaridad: las CAUSAS, los SÍNTOMAS experimentados y las PRÁCTICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD en relación al TBP, las PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL en general, además de los DATOS DEMOGRÁFICOS y CLÍNICOS descriptivos de cada sujeto de estudio, grupos que permitieron organizar la información para acercarnos al contexto socioeconómico de los pacientes.

Dentro de dichos grupos, al revisar las hojas de respuestas de cada individuo identifiqué variables importantes que me ayudaron a crear una guía de códigos para codificar las entrevistas, identificando así CATEGORÍAS y PROPIEDADES a partir de los diferentes tipos de contestaciones a dichas categorías. Este manual de códigos fue construido en primer lugar a partir de los ejes de la guía de entrevista (la SEMI, las interrogantes médicas sobre datos demográficos y clínicos, y los incidentes que aparecieran en las entrevistas derivados de conceptos teóricos ya trabajados) y, posteriormente, de las dimensiones que fueron apareciendo en el proceso de lectura y anotación de cada una de las entrevistas.

b.3) Los resultados cualitativos

arrojados de la descripción de las percepciones de la enfermedad luego de la aplicación de la SEMI se agruparon en las categorías descritas en el párrafo anterior para organizar la información, misma que analizamos semánticamente con el objetivo de detectar aquellos términos que coincidían con una determinada categoría especial y de esta forma poder codificar los datos para su transcripción a una base de datos que permitiera el manejo cuantitativo de la muestra para lograr resumir de alguna forma la abundante información obtenida en las entrevistas.

b.4) Los datos numéricamente codificados se analizaron con los descriptivos del programa computado SPSS versión 12 para buscar un perfil del comportamiento de la muestra y así emitir las conclusiones luego del análisis y discusión de resultados.

VIII. RESULTADOS

La muestra de cincuenta pacientes bipolares eutímicos de la consulta externa del INPRFM tuvo un rango de edad de entre 19 (n=3, 6%) y 67 años (n=1, 2%), con una media de 35.2 años y una desviación estándar de 13.7. La mayor parte de los individuos fueron mujeres (n=31, 62%). Una cuarta parte de la muestra (n=12, 24%) aún eran estudiantes y se detectó que 20% (n=10) no tenía ocupación alguna. La mayoría (n=32, 64%) eran originarios y residentes del Distrito Federal. Veinticuatro por ciento (n=12) tenía hasta el momento de la entrevista, en cuanto a escolaridad, catorce años de estudio; y solamente 2% tenía o 22 años de estudio o bien 2 años de estudio. El no tener pareja (n=33, 66%) fue lo predominante en la muestra (Tabla 1).

Tener tan sólo una (n=18, 36%) o ninguna (n=18, 36%) hospitalización para el momento en que se aplicó la entrevista, fue la característica más frecuente en este grupo de pacientes, con una media de 1.58 y una desviación estándar 2.4.

La edad mínima de cuándo el diagnóstico fue establecido, fue de 17 años (2%) y la máxima fue de 55 años (4%) con una media de 21.02 años y una desviación estándar de 11.4. El tiempo mínimo transcurrido entre el inicio del problema y el diagnóstico del mismo fue de 0 semanas (n=15, 30%) y el máximo de 3741 semanas (n=1, 2%), con una media de 674.68 semanas y una desviación estándar de 928.9.

El tiempo mínimo de eutimia fue de 10 días (n=4, 8%) y el máximo de 1825 días (n=1, 2%), con una media de 283.52 días y una desviación estándar de 406.7 (Tabla 1).

Tabla 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN 50 PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA		
	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR

Edad en años. ♦	35.2	13.7
Edad de diagnóstico en años. ☿	31.02	11.4
Número de hospitalizaciones. ☿	1.58	2.4
Tiempo en semanas entre el inicio y el diagnóstico. ☿	674.68	928.9
Tiempo de eutimia en días. ☿	283.52	406.7

♦ Información obtenida de la hoja de datos demográficos

☿ Información obtenida de la hoja de datos clínicos y del expediente clínico

Indagamos, tanto para el paciente como para sus familiares, si habían recibido psicoeducación por folletos, internet, libro, curso psicoeducativo dentro del INPRFM o externo a dicha institución; encontramos que el tipo de psicoeducación más frecuente en los pacientes fue por folleto (n=16, 32%) y en los familiares fue el curso externo al Instituto (n=8, 16%).

De entre el trastorno bipolar tipo 1 (TBP1), el tipo 2 (TBP2), la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado (TBPNE), el subtipo de trastorno bipolar más frecuente en la muestra fue el TBP1¹ (n=27, 54%) y el menos frecuente fue la ciclotimia (n=3, 6%). Por género, el mayor porcentaje tanto de hombres (n=11, 57.9%) como de mujeres (n=16, 51.6%) tuvo diagnóstico de TBP1; y fue también en este subtipo donde se observó el mayor número de hospitalizaciones (n=22, 44%). Sin embargo, en cuanto a psicoeducación, los pacientes con TBP2 fueron los que presentaron los mayores porcentajes en los cinco diferentes rubros.

Causas atribuidas al trastorno bipolar:

¹ Recordemos que este sería el subtipo “clásico” del trastorno bipolar, en el que hay francos episodios de elevación del ánimo (con importantes repercusiones a nivel familiar y social) acompañados o no de episodios depresivos.

Los *problemas familiares y de pareja* (n=14, 28%) fueron las causas que detonaron el inicio del problema de salud que ahora viven los entrevistados, sobre todo en mujeres y amas de casa. Sólo un porcentaje pequeño consideró que su estado actual había iniciado debido a la brujería, dificultades económicas o cuestiones esotéricas (Tabla 2).

Tabla 2. CAUSAS QUE DETERMINARON EL INICIO (DETONANTES) DEL TBP EN 50 PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Familia/pareja	14	28.0
Biológico	12	24.0
Laborales/escolares	6	12.0
No sé	6	12.0
Soledad	3	6.0
Sustancias/medicamentos	2	4.0
Amigos	2	4.0
Religiosa	2	4.0
Brujería	1	2.0
Dinero/economía	1	2.0
Esotérica	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

En cuanto a la causa de origen, el 30% de la muestra (n=15) dijo que el TBP era de etiología *biológica*, mientras que, para la menor parte, el problema había sido causado por *brujería*, por *problemas económicos* o por *soledad* (Tabla 3).

Tabla 3. CAUSA (ORIGEN) DEL PROBLEMA PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Biológico	15	30.0
Familia/pareja	14	28.0
Religiosa	5	10.0
Laborales/escolares	4	8.0
No se	4	8.0
Sustancias/medicamentos	3	6.0
Amigos	2	4.0
Brujería	1	2.0
Dinero - economía	1	2.0
Soledad	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

En general, los pacientes de la muestra no creen que su problema actual tenga un origen *interno* (52%) pero sí que la causa sea *externa* (50%).

Síntomas:

La denominación más frecuente del problema de salud que estaban experimentando los pacientes fue: *enfermedad* (69.6%). La edad de inicio del TBP fue entre los *15* y los *20 años*, de acuerdo a la descripción de los entrevistados (44%). Más de la mitad de la muestra (54%) dijo no haber tenido problemas de salud en el último año; de aquellos que dijeron haber tenido alguno, los *problemas mentales* (17.4%) y *gastrointestinales* (17.4%) fueron los más frecuentes.

Cuando interrogamos acerca de la parte corporal que el individuo identificaba como la más afectada por el problema actual, observamos que el mayor porcentaje (34%) se refirió al cerebro; además, hubo también un porcentaje no muy lejano (30%) que dijo no identificar ninguna parte corporal en relación al problema actual (Tabla 4).

Tabla 4. PARTE CORPORAL PERCIBIDA COMO AFECTADA EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cerebro	17	34.0
Ninguno	15	30.0
Estómago	7	14.0
Otros	5	10.0
Intestino	3	6.0
Riñón	2	4.0
Extremidades	1	2.0
Total	50	100.0

† Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

El nivel de gravedad atribuido al problema actual para la mayoría de los pacientes aquí estudiados, es: *muy grave* (n=26, 52%) (Tabla 5).

Tabla 5. GRAVEDAD ATRIBUIDA AL PROBLEMA ACTUAL EN 50 PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy grave	26	52.0
Moderadamente grave	23	46.0
Sin gravedad	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

De los temores que aquejan al paciente por tener el problema actual (bipolaridad), los tres principales referidos por los cincuenta pacientes entrevistados fueron: *recaer* (n=13, 26%), *que el problema sea de por vida* (n=7, 14%) y *el suicidio* (n=6, 12%); mientras que un pequeño número (n=2, 4%) mencionó temer *al estigma* (Tabla 6).

Tabla 6. MIEDO ANTE EL PROBLEMA ACTUAL EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Recaer	13	36.0
Que sea un problema de por vida	7	14.0
Suicidarse	6	12.0
“Quedarse solo”	5	10.0
Dañar a familiares o amigos	5	10.0
“Volverse loco”	4	8.0
Administrarse psicofármacos	4	8.0

Incapacidad de por vida	4	8.0
Estigma	2	4.0
Total	50	100.0

‡Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Para el 30% (n=15) de los pacientes bipolares entrevistados, la principal dificultad ante el problema que tienen es la *aceptación* del mismo, sobre todo para aquellos que tienen más de doce años de estudio (n=12, 24%); los *problemas económicos* (n=1, 2%), *familiares* (n=1, 2%) y las *fallas cognoscitivas* (n=1, 2%), fueron las dificultades menos expresadas. El temor a ser *estigmatizado*, constituyó una dificultad en relación al TBP sólo en 10% (n=5) de estos pacientes (Tabla 7).

Tabla 7. DIFICULTAD PERCIBIDA COMO RESULTADO DEL PROBLEMA ACTUAL EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI ‡		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Aceptación	15	30.0
Falta de “control” de la enfermedad	10	20.0
Uso constante de psicofármacos	9	18.0
Estigma	5	10.0
“No tengo ninguna dificultad”	3	6.0
Problemas con la comunidad	3	6.0
Problemas laborales	2	4.0
Problemas con la familia	1	2.0
Fallas cognoscitivas	1	2.0

Problemas económicos	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Se les preguntó a los pacientes si habían detectado que a raíz de su problema actual ellos notaban dificultad para continuar con su vida cotidiana previa, a lo que la mayor parte respondió que *no* (n=20, 40%) (Tabla 8).

Tabla 8. PERFECCIÓN DE AFECCIÓN EN EL ESTILO DE VIDA DEBIDO AL PROBLEMA ACTUAL EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	20	40.0
No sé	15	30.0
Sí, hay aislamiento social	8	16.0
Sí, “me siento lento en mis actividades”	7	14.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Se indagó sobre la afección a nivel de las esferas de la vida a nivel social, laboral, familiar y de relaciones interpersonales en este grupo de pacientes, observándose que los *problemas sociales* (quedarse sin amigos, aislamiento social, trato limitante de parte de las amistades) suscitados a raíz del trastorno bipolar, constituyeron la esfera más afectada para los pacientes de la muestra (n=33, 66%), sobre todo para los hombres (n=15, 70%); mientras que el *ámbito familiar* (n=29, 38%) fue el menos afectado para ambos sexos (Tablas 9 a la 12).

Tabla 9. PROBLEMAS SOCIALES PERCIBIDOS EN RELACIÓN AL PROBLEMA ACTUAL EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí, aislamiento social	14	28.0
Ninguno	13	26.0
Sí, abandono de amigos	13	26.0
Sí, limitaciones por la comunidad	6	12.0
No sé	4	8.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 10. PROBLEMAS FAMILIARES PERCIBIDOS EN RELACIÓN AL PROBLEMA ACTUAL EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguno	29	58.0
Sí, falta de aceptación del problema	9	18.0
Sí, problemas con la pareja	8	16.0
Sí, problemas con los hijos	3	6.0
Sí, problemas con los hermanos	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 11. PROBLEMAS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES PERCIBIDOS EN RELACIÓN AL PROBLEMA ACTUAL EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguno	19	38.0

Sí, aislamiento social	11	22.0
Sí, “me siento intolerante con los otros”	9	18.0
Sí, “me siento limitado para relacionarme con los demás”	8	16.0
Sí, “siento que me rechazan”	3	6.0
Total	50	100.0

‡Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 12. PROBLEMAS LABORALES PERCIBIDOS EN RELACIÓN AL PROBLEMA ACTUAL EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI ‡		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguno	22	44.0
Sí, despido laboral	13	26.0
Sí, “me siento lento en las actividades de mi trabajo”	10	20.0
Sí, limitación por parte de las autoridades y compañeros	5	10.0
Total	50	100.0

‡Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

En cuanto al consumo de sustancias, el consumo más frecuente fue de tabaco (n=14, 28%), pero sí se describieron algunos casos de consumo de alcohol (n=1, 2%) y de otras drogas recreativas (n=3, 6%) (Tablas 13 a la 15).

Tabla 13. CONSUMO DE TABACO EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI ‡		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	14	28.0
No	31	62.0

A veces	5	10.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 14. CONSUMO DE ALCOHOL EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	1	2.0
No	42	84.0
A veces	7	14.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 15. CONSUMO DE OTRAS DROGAS RECREATIVAS EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	0	0.0
No	47	94.0
A veces	3	6.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Búsqueda de atención:

Para estos 50 pacientes entrevistados, el motivo de acudir a su consulta más reciente (en relación a la fecha de la entrevista) con el médico psiquiatra fue la *búsqueda de mejoría* (23%) (Tabla 16).

Tabla 16. MOTIVO DE CONSULTA EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Búsqueda de mejoría	23	46.0
Vigilancia médica	9	18.0
Obtención de un diagnóstico	8	16.0
No perder la cita	7	14.0
Petición de la familia	2	4.0
Obligación (legal)	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

En este grupo de pacientes, la primera visita al psiquiatra estuvo motivada por: *la familia* (n=17, 34%) y por *el médico general* (n=14, 28%) (Tabla 17).

Tabla 17. MOTIVACIÓN PARA LA PRIMERA CONSULTA PSIQUIÁTRICA EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sugerencia de la familia	17	34.0
Sugerencia de médico general	14	28.0
Sugerencia de un conocido	7	14.0
“Porque empeoré”	5	10.0
Voluntad propia	3	6.0

Por un programa de radio o TV.	2	4.0
Sugerencia de médico especialista no psiquiatra	2	4.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

En su mayoría (n=19, 38%), los pacientes de esta muestra negaron haber recibido consejo de otro prestador de salud, que no fuera el médico psiquiatra, aunque algunos de ellos sí aceptaron haber tenido consejo por parte de otro tipo de terapeutas (Tabla 18)

Tabla 18. CONSEJO NO PSIQUIÁTRICO EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No, ninguno	19	38.0
Médico general	8	16.0
Psicólogo	8	16.0
Sacerdote	5	10.0
Brujo	3	6.0
Médico especialista	3	6.0
Médico tradicional	3	6.0
Curandero	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

En cuanto a los tratamientos recibidos, más de la mitad de la muestra (n=28, 56%) mencionó no haber recibido otra atención más que la del psiquiatra (Tabla 19).

Tabla 19. TRATAMIENTOS NO PSIQUIATRICOS EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA †		
	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
Ninguno	28	56.0
Psicólogo	8	16.0
Médico especialista	4	8.0
Brujo	3	6.0
Médico alternativo	3	6.0
Homeópata	2	4.0
Médico general	1	2.0
Curandero	1	2.0
Total	50	100.0

† Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Fueron las mujeres (n=7, 22.6%) quienes mas recurrieron a esta ayuda en comparación con los hombres (n=2, 10.5%). La búsqueda de consejos (especialmente sacerdote, brujo y médico tradicional) y tratamientos (principalmente con médico tradicional) alternativos para el problema que viven los pacientes entrevistados, se dieron, en la población con más de 12 años de estudio; así como en pacientes no psicoeducados.

Actualmente, los pacientes entrevistados se encuentran bajo tratamiento farmacológico, por lo que se indagó acerca del esquema de medicamentos que tienen, observando que la mitad de la muestra está con *valproato de magnesio*² (n=25, 50%); mismo que ocasionalmente se tenía como monoterapia, pues por lo regular se indicó en combinación de otros fármaco (para fines del estudio sólo se registró el fármaco principal

² El valproato de magnesio, junto con el litio y la carbamazepina son los estabilizadores del ánimo tradicionalmente empleados en el tratamiento del trastorno bipolar., aunque hoy en día existen otros fármacos también autorizados como estabilizadores del ánimo.

en el esquema recibido considerando para ello aquel con el que tenían más tiempo y con mejor respuesta). Y encontramos también que hay tres pacientes (6%) que al momento de la entrevista afirmaron no estar administrándose ningún psicofármaco (Tabla 20).

Tabla 20. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Valproato de magnesio	25	50.0
Litio	9	18.0
Antipsicótico atípico	4	8.0
Ninguno	3	6.0
Topiramato	2	4.0
Antipsicótico típico	2	4.0
Inhibidor selectivo de recaptura de serotonina	2	4.0
Carbamazepina	1	2.0
Lamotrigina	1	2.0
Benzodiacepina	1	2.0
Total	50	100.0

† Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Así como el esquema farmacológico, se indagó también el empleo de alguna otra forma de tratamiento en el momento del estudio, encontrando que la mayoría (n=30, 60%) mencionó que no emplea otra forma terapéutica distinta al manejo medicamentoso, y del *ejercicio físico aeróbico* (n=5, 25%) parece ser la forma más difundida de manejo alternativo en los pacientes (Tabla 21).

Tabla 21. FORMAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguno	30	60.0
Ejercicio físico aeróbico	5	10.0
Homeopatía	4	8.0
Yoga	2	4.0
Acupuntura	2	4.0
Infusiones	2	4.0
Oración	2	4.0
Flores de Bach	2	4.0
Masajes	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

El automanejo fue otro aspecto evaluado en la entrevista, y se identificó que casi la mitad de la muestra (n=45, 90%) mencionó que *no se automaneja*; y del pequeño porcentaje (n=5, 10%) que dijo que sí se automanejaba, los cambios de dosis (n=2, 40%) y el no administrarse el medicamento (n=2, 40%) fueron los más comunes.

Dos tercios de los pacientes (n=35, 70%) expresaron como expectativa principal *lograr una vida estable*; mientras que *mejorar como persona* (n=2, 4%) y *evitar problemas* (n=1, 2%) fueron las expectativas menos frecuentes (Tabla 22)

Tabla 22. EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO EN 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)

Lograr una vida estable	35	70.0
Lograr curación	7	14.0
Obtener un diagnóstico	5	10.0
Mejorar como persona	2	4.0
Evitar problemas	1	2.0
Total	50	100.0

‡Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Veinticuatro pacientes (48%) *nunca* le habían preguntado directamente al médico “qué era el TBP” de los cuales el 31.25% (n=15) no lo había hecho por *falta de tiempo* en la consulta médica. En los 26 (52%) pacientes que sí habían preguntado al médico sobre su enfermedad, la mayoría (n=15, 28.84%) realizó *preguntas generales* de su problema (Tabla 23).

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí, dudas en general	15	30.0
No, por falta de tiempo	15	30.0
Sí, el diagnóstico	8	16.0
No, el médico es inaccesible	4	8.0
No, “me da pena”	4	8.0
Sí, el tratamiento	2	4.0
Sí, la causa	1	2.0
No, “no lo necesito”	1	2.0

Total	50	100.0
-------	----	-------

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

El médico, ante las preguntas de sus pacientes, *explicó* lo que les sucedía (n=20, 76.9%).

La mayor parte de la muestra (n=38, 76%) dijo estar *satisfecha* con la atención recibida y al abordar las razones por las cuáles los pacientes pudieran estar insatisfechos con la atención alópata, encontramos que la mayoría (n=9, 18%) señaló que los *efectos secundarios* por medicamentos les provocaban algún malestar (Tabla 24).

Tabla 24. CAUSAS DE INSATISFACCIÓN EN EL TRATAMIENTO PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguna	16	38.0
Efectos secundarios de medicamentos	9	18.0
Falta de apoyo del médico	6	12.0
Cambios frecuentes de médico	6	12.0
Dudas que quedan sin aclarar	6	12.0
Errores previos en el diagnóstico	4	8.0
Uso constante de psicofármacos	2	4.0
Falta de tiempo en cada consulta	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Percepciones de la enfermedad mental (en general):

Las respuestas para la viñeta número uno en la que se describe un paciente con síntomas de ansiedad y agorafobia, la mayor parte de nuestra muestra de pacientes contestó que: se trataba de un problema de *ansiedad* (n=15, 30%) (Tabla 25), dado que había que denominar a esa *enfermedad* de alguna forma, 32% (n=16) de nuestros sujetos le llamó *ansiedad* (Tabla 26), y dijeron que la causa del problema era el *miedo* (n=33, 66%) (Tabla 27), que debía acudir con un *psicólogo* (n=22, 44%) (Tabla 28); y que si la persona llegara a tener contacto con un médico, éste debería referirlo con un *psicólogo* (n=22, 44%) (Tabla 29).

Tabla 25. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE ANSIEDAD PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿LA PERSONA DEL EJEMPLO 1 TIENE ALGÚN PROBLEMA? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí, ansiedad	15	30.0
Sí, no sé que tenga	14	28.0
Sí, miedo	13	26.0
Sí, una <i>fobia</i>	4	8.0
Sí, depresión	2	4.0
No	2	4.0
Total	50	100.0

† Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 26. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE ANSIEDAD PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿LA PERSONA DEL EJEMPLO 1 TIENE ALGUNA ENFERMEDAD? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí, ansiedad	16	32.0
“No sé”	10	20.0

Sí, fobia	8	16.0
No	8	16.0
Sí, “no sé qué tenga”	5	10.0
Sí, depresión	3	6.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 27. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE ANSIEDAD PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿CUÁL ES LA CAUSA DE LOS PROBLEMAS DE LA PERSONA DEL EJEMPLO 1? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Miedo	33	66.0
El trabajo	7	14.0
Un <i>trauma</i>	3	6.0
La situación monetaria	2	4.0
“No sé”	2	4.0
Falta de apoyo familiar	1	2.0
<i>Algo</i> biológico	1	2.0
No tiene causa	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 28. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE ANSIEDAD PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿QUÉ DEBERÍA HACER LA PERSONA DEL EJEMPLO 1? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)

Acudir con un psicólogo	22	44.0
Acudir con un psiquiatra	10	20.0
Buscar un apoyo o motivación	7	14.0
Buscar alguien que lo escuche	6	12.0
“Echarle ganas”	5	10.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 29. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE ANSIEDAD PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: SI LA PERSONA DEL EJEMPLO 1 LLEGA CON UN MÉDICO, ¿QUÉ DEBERÍA HACER EL MÉDICO? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Enviarlo con un psicólogo	22	44.0
Escucharlo	12	24.0
Enviarlo con un psiquiatra	9	18.0
Prescribirle vitaminas	3	6.0
Apoyarlo, motivarlo	3	6.0
“No sé”	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Para la segunda viñeta que ejemplificaba un caso de *somatización* (tal cual lo describen los autores del instrumento), encontramos que la mayor parte de nuestra muestra dijo que: su problema era *depresión* (n=24, 48%) (Tabla 30), sí cursaba con una *enfermedad* a la que identificaron como *depresión* (n=25, 50%) (Tabla 31), la causa del

problema era el *trabajo* (n=32, 64%) (Tabla 32), que debía buscar *apoyo y motivación* (n=20, 40%) (Tabla 33); y que si llegara a tener contacto con un médico, éste debería canalizarlo con un *psicólogo* (n=12, 24%) (Tabla 34).

Tabla 30. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE SOMATIZACIÓN PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿LA PERSONA DEL EJEMPLO 2 TIENE ALGÚN PROBLEMA? †

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí, depresión	24	48.0
Sí, “no sé que tenga”	12	24.0
Sí, ansiedad	8	16.0
Sí, miedo	3	6.0
No	2	4.0
Sí, autoestima baja	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 31. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE SOMATIZACIÓN PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿LA PERSONA DEL EJEMPLO 2 TIENE ALGUNA ENFERMEDAD? †

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí, depresión	25	50.0
“No sé”	9	18.0
No	8	16.0
Sí, “no sé”	5	10.0
Sí, ansiedad	3	6.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 32. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE SOMATIZACIÓN PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿CUÁL ES LA CAUSA DE LOS PROBLEMAS DE LA PERSONA DEL EJEMPLO 2? †

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
El trabajo	32	64.0
Miedo	13	26.0
Un <i>trauma</i>	2	4.0
Su situación monetaria	1	2.0
Falta de apoyo de sus conocidos	1	2.0
<i>Algo biológico</i>	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 33. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE SOMATIZACIÓN PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿QUÉ DEBERÍA HACER LA PERSONA DEL EJEMPLO 2? †

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Buscar apoyo o motivación	20	40.0
Acudir con un psiquiatra	11	22.0
Acudir con un psicólogo	10	20.0
<i>“Echarle ganas”</i>	7	14.0
Buscar alguien que lo escuche	2	4.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 34. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE SOMATIZACIÓN PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: SI LA PERSONA DEL EJEMPLO 2 LLEGA CON UN MÉDICO, ¿QUÉ DEBERÍA HACER EL MÉDICO? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Enviarlo con un psicólogo	12	24.0
Enviarlo con un psiquiatra	11	22.0
Prescribirle vitaminas	9	18.0
Apoyarlo/motivarlo	8	16.0
Escucharlo	6	12.0
“No tiene que hacer nada”	3	6.0
Prescribirle analgésicos	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Finalmente, las respuestas para la tercer viñeta que ejemplificaba un caso de depresión, las respuestas de la mayoría de los individuos con TBP de esta muestra expresaron que: su problema era *depresión* (n=30, 60%) (Tabla 35), sí cursaba con una *enfermedad* a la que identificaron como depresión (n=35, 70%) (Tabla 36), la causa del problema era los *problemas económicos* (n=23, 46%) (Tabla 37), que debía acudir con un *psiquiatra* (n=20, 40%) (Tabla 38); y que si llegara a tener contacto con un médico, éste debería canalizarlo con un *psiquiatra* (n=12, 24%) (Tabla 39).

Tabla 35. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿LA PERSONA DEL EJEMPLO 3 TIENE ALGÚN PROBLEMA? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí, depresión	30	60.0

Sí, autoestima baja	11	22.0
Sí, “no sé”	5	10.0
Sí, ansiedad	2	4.0
No	2	4.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 36. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿LA PERSONA DEL EJEMPLO 3 TIENE ALGUNA ENFERMEDAD? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí, depresión	35	70.0
No	8	16.0
“No sé”	4	8.0
Sí, “no sé”	3	6.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 37. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿CUÁL ES LA CAUSA DE LOS PROBLEMAS DE LA PERSONA DEL EJEMPLO 3? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Los problemas económicos	23	46.0
La situación social	17	34.0
La situación familiar	6	12.0
Un <i>trauma</i>	3	6.0

<i>Algo biológico</i>	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 38. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: ¿QUÉ DEBERÍA HACER LA PERSONA DEL EJEMPLO 3? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Acudir con un psiquiatra	26	52.0
Buscar apoyo/ motivación	12	24.0
Acudir con un psicólogo	6	12.0
<i>“Echarle ganas”</i>	5	10.0
Buscar alguien que lo escuche	1	2.0
Total	50	100.0

†Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

Tabla 39. PERCEPCIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN PARA 50 PACIENTES BIPOLARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA POR MEDIO DE LA SEMI: SI LA PERSONA DEL EJEMPLO 3 LLEGA CON UN MÉDICO, ¿QUÉ DEBERÍA HACER EL MÉDICO? †		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Enviarlo con un psiquiatra	25	50.0
Enviarlo con un psicólogo	8	16.0
Escucharlo	6	12.0
Prescribir vitaminas	5	10.0
Apoyar/motivar	2	4.0
<i>“Debe pensar en darle algún medicamento”</i>	2	4.0

“No sé”	1	2.0
“No tiene nada que hacer”	1	2.0
Total	50	100.0

‡Datos obtenidos a partir de las respuestas que los pacientes dieron a las preguntas de la SEMI

IX. DISCUSIÓN.

El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” es una institución de salud que brinda atención especializada a personas con trastornos psiquiátricos y neuropsiquiátricos, con tecnología y abordajes de vanguardia en el campo de las neurociencias. Los pacientes entrevistados para este estudio fueron extraídos del escenario médico expresado en las líneas anteriores, por tanto, son sujetos que, de acuerdo al protocolo médico-psiquiátrico, han recibido un diagnóstico médico que los lleva a adoptar por sí mismos el papel de “pacientes con un diagnóstico”. Ante esta realidad, no sólo el médico tenderá a buscar al *cuerpo objeto de la ciencia* (Foucault M, 1966), sino que también el enfermo, en su vivencia experimenta un proceso patológico y entenderá a su propio cuerpo (y a los pensamientos, sentimientos y demás representaciones que de él provengan) como un “objeto” que la ciencia médica atiende. Por ello, de manera automática, este grupo de pacientes identifica al cerebro como el asiento corporal de su problema actual. Recordemos que se les dijo que están enfermos, y las entidades nosológicas por si mismas no existen sino hay un cuerpo. Resulta lógico que al ser atendidos por médicos alópatas en una instancia *médica*, el segmento corporal al que atribuirán la afección es el cerebro. Sin embargo, no todos lo perciben así, una parte (n=15, 30%) dijo no tener afección corporal alguna, es decir, para ellos, hay algo más, diferente al cuerpo opaco y denso que se presenta a simple vista y que es objeto de estudio de la

ciencia, probablemente para ellos el asiento del problema está en algo abstracto, como el espíritu, el ánimo o sus emociones.

Partiendo también de que nuestra muestra de sujetos son pacientes bipolares subsecuentes provenientes de la consulta externa en el INPRFM, al encontrar que su motivo principal para consultar a un médico psiquiatra fue “para mejorar”; podemos pensar que hubo molestias emocionales o físicas -como insomnio, ansiedad, falta de energía o lesiones por accidentes- que corporal y anímicamente provocaron incomodidad, alteraciones en la imagen de su cuerpo, dolor y limitaciones, que finalmente llevaron a los afectados a buscar una consulta que les diera mejoría.

Si concebiéramos al médico como un profesional que además del bienestar físico, es capaz de escuchar y orientar, la mejoría que buscan estas personas, estaríamos en el camino de la resolución de los problemas en algunas o todas las esferas de la vida.

Continuando con el análisis de la respuesta de *buscar mejoría*, puesto que se trata de pacientes subsecuentes y estables al momento de la entrevista, a los que se les interroga sobre el motivo de su última consulta, cabría pensar que desean continuar con las mejoras identificadas con el tratamiento alópata que reciben, a nivel emocional, físico o social.

Este grupo de pacientes reportó “problemas externos” como la principal razón del inicio de sus problemas de salud tal es el caso de los *conflictos familiares y de pareja*, lo cual no es muy distinto de lo reportado en otras muestras a nivel mundial, ya que para los individuos estudiados en las investigaciones de Wolff (1996), Mori (1990) y Maclean (1969), los factores ambientales son los detonantes de la enfermedad mental.

La mayoría de nuestros pacientes exponen causas biológicas como el origen de la enfermedad, refiriéndose a cuestiones genéticas o a defectos a nivel cerebral y embarazo; y en segundo lugar, una vez más, a los problemas de familia y pareja. En la percepción de los

pacientes, las causas biológicas son el origen de sus problemas de salud mental, y los problemas externos parecen ser los determinantes de la aparición del TBP. Ante la pregunta directa, los entrevistados no consideran que su problema sea de origen interno, sino externo; piensan que sus males proceden de fuerzas ajenas a su persona, lo que contradice la respuesta inicial. Es a propósito de esta “contradicción” que vale comentar que a lo largo de este estudio se observó un sesgo en la entrevista debido a la presencia del médico quien fue el entrevistador ³.

En cuanto a la etiología de los problemas mentales, esperábamos que las explicaciones sobre fuerzas sobrenaturales y fenómenos esotéricos fueran enunciadas. No fue así, se pudo observar una fuerte influencia de la educación de la medicina alópata entre los entrevistados; recordemos una vez más el lugar en donde están siendo atendidos estos pacientes, en los que además, la expectativa sería que se tuviera un cierto efecto directo de la psicoeducación sobre sus percepciones y atribuciones, pues el enfoque del manejo psiquiátrico de la Clínica de Trastorno Bipolar en el INPRFM busca poner énfasis en intervenciones psicoeducativas ya sea de forma individual en cada consulta o periódicamente a través de los cursos impartidos para pacientes y familiares.

Al abordar las sensaciones y emociones que los pacientes experimentan con su problema de salud, encontramos que el sentirse estigmatizado no parece ser un punto de especial preocupación pese al impacto de llevar una etiqueta diagnóstica de tipo psiquiátrico como lo señalaron los entrevistados.

³ El sesgo o efecto de Hawthorne lo vemos en aquellas situaciones en las que los individuos, al saberse parte de un estudio o sentirse observados (en este caso, al saber que el entrevistador es psiquiatra, que es a él a quien se le tiene que contestar lo que está interrogando y que podría “juzgar” las respuestas emitidas) modifican su comportamiento.

La búsqueda de ayuda, a nivel tanto de consejos como de tratamientos, fue atendida predominantemente por la medicina alópata. Aunque en menor proporción, los entrevistados buscaron un consejo con curanderos, sacerdotes, brujos y médicos tradicionales; y algunos recibieron tratamientos con el homeópata, curandero, brujo o médico tradicional. En cuanto a otros abordajes -como la homeopatía, actividad física, masajes, yoga, etcétera- menos de la mitad (40%) expresó que recurría a ellos al momento del estudio. Esta situación en la que la mayor parte de los pacientes bipolares es atendida por abordajes alopáticos, también reportada para otras poblaciones (Yaguer J, 1999; Kurihara T, 2000 y Aghanwa HS, 2004), pudiendo ser efecto, de nuevo, de la influencia del entrevistador, del efecto de la educación occidentalizante en la comunidad o de la presión ejercida por una sociedad occidentalizada.

La búsqueda de consejos y tratamientos alternativos, se dio sobre todo en las mujeres de la muestra y en aquellos sujetos con más de doce años de estudio; esta última observación la relacionamos con el hecho de que quizás, personas con un nivel académico elevado, no aceptan llevar la etiqueta de una enfermedad psiquiátrica que es crónica y significará una serie de modificaciones y limitaciones en su estilo de vida. Ahora bien, igualmente, puede ser que la explicación y el tipo de tratamiento alópata no les satisfaga por completo y en ese sentido la relación médico/paciente se mantenga de manera unilineal, aunque haya cierta continuidad a la atención alópata.

En el aspecto de la aceptación de la enfermedad que comentada en el párrafo anterior, la mayor parte de nuestra muestra (n=15, 30%) dijo que representaba la mayor dificultad en relación a su problema actual. Sabemos que muchas de las actitudes negativas -entre ellas la no aceptación del diagnóstico y de las intervenciones terapéuticas- desarrolladas hacia los padecimientos mentales, han sido favorecidas por el tipo de

tratamientos establecidos, los cuales se han caracterizado por su relación con lo sobrenatural o con medidas restrictivas que promueven la discapacidad y la no reintegración del sujeto a su comunidad (Horwitz A, 1982; y Rabkin J, 1972). Johannsen incluso señala el rechazo en torno a la institución psiquiátrica y por ende, en la concepción de paciente psiquiátrico:

... “para el hombre promedio, una persona se vuelve paciente psiquiátrico sólo cuando entra a un hospital psiquiátrico”...

(Johannsen W,

1969)

La dificultad en la aceptación del diagnóstico de una entidad nosológica que traduce cronicidad y cambios importantes en el estilo de vida, puede no significar mucho para la parte médica del binomio médico-paciente que emite dicha impresión diagnóstica y que espera que sea aceptada de primera intención, pero la vivencia que subyace en el paciente tiende a distorsionarse e incluso, llega a ser penalizada cuando en realidad es, probablemente, uno de los momentos más difíciles de la comunicación en esta relación y que repercutirá en la forma e intensidad en que el enfermo se adherirá a su tratamiento.

Castro, al hacer referencia a los conceptos de Cassell en 1976, sostiene que la persona tiene un “padecimiento” cuando va camino hacia el médico, y resulta con una “enfermedad” luego de que va de regreso a casa (Castro R, 2000). Aunque en apariencia, para nuestros pacientes el ser estigmatizados no es una fuente primordial de temor o preocupación al momento de saberse *etiquetado* con un diagnóstico específico –que además tiene todas las implicaciones que hemos comentado. El rechazo o falta de aceptación a esta adjudicación se espera por la atribución histórica otorgada a los padecimientos mentales; porque, aún cuando no fuera una situación de índole psiquiátrico, se le está *señalando* con una patología que será permanente y significará restricciones y cambios en su vida. La

cronicidad del problema radica en que no es totalmente conocido por la *ciencia* y por ello no cuenta con una *cura* específica. Finalmente el rol social del paciente cambia, puesto que no será mas una mujer o un hombre, sino que *la/el enferma/o de...*, lo cual no es un esquema mental que cualquiera pudiera adoptar sin al menos cuestionarlo o temerle por un instante.

Reflejo de la dificultad en la aceptación por parte del enfermo, también puede ser el empleo de sustancias como las drogas (incluyendo el alcohol) en un intento por buscar el control de la sintomatología aguda o residual inclusive, por atenuar los efectos de un tratamiento inadecuado o mal monitoreado.

La mayoría de los pacientes dijeron estar satisfechos con la atención recibida, lo cual indicaría una relación de confianza y entendimiento entre el médico y el paciente; sin embargo, las respuestas obtenidas señalan un sesgo por la presencia del médico psiquiatra. Es una respuesta contradictoria porque cerca de la mitad de los entrevistados nunca había preguntado directamente a su médico sobre el TBP; de tal manera que la comunicación entre el médico y el paciente no es abierta y de confianza. Sabemos que para una buena comunicación con los pacientes, se requiere de tiempo (Crisp AH, 2000) y nuestra muestra de estudio señaló que uno de los principales impedimentos para exponer sus dudas al médico, fue precisamente el poco tiempo que se tiene para cada consulta.

La administración de psicofármacos se lleva, en apariencia, de acuerdo a lo indicado por el médico, y sólo un porcentaje (6%) dijo no tomar medicamentos al momento de la entrevista; sin embargo, también se expresó que la principal fuente de inconformidad (aquellos que se manifestaron como inconformes con algún aspecto de su tratamiento) estaba en los efectos secundarios de los medicamentos, situación que pondría en riesgo el

apego al tratamiento farmacológico y disminuiría si se dispusiera un diálogo abierto y continuo entre paciente y médico.

De acuerdo a lo expresado por los individuos de este estudio, el sentirse estigmatizado no parece ser un punto de especial preocupación pese al impacto de llevar una etiqueta diagnóstica de tipo psiquiátrico como lo señalaron los entrevistados; pero por otro lado, se sienten afectados por estar aislados y quedarse sin amigos . El ambiente familiar se describe como el menos afectado y representa un fuerte apoyo, de forma general, los pacientes no perciben abandono, rechazo ni estigmatización por parte de sus familiares. Se les acepta y apoya, a diferencia de lo reportado para otros países (Crisp AH, 2000; Wolf G, 1996 y Stip E, 2001). Debemos mencionar que la familia es quien incitó a la mayoría de nuestros pacientes a acudir por primera vez al psiquiatra, señal de preocupación para que el paciente reciba atención y –como se describía en párrafos previos- de la resistencia del enfermo a reconocerse como tal.

En las viñetas clínicas donde se describen situaciones frecuentes de enfermedad mental nos muestran dudas en cuanto al reconocimiento de las mismas por parte de los individuos de esta muestra. Aunque muchos de ellos las concibieron como *enfermedades*, hubo un número importante de pacientes que no detectan la presencia de alguna enfermedad. Hubo personas que refirieron “no sé” como respuesta a esta interrogante, probablemente querían expresar la ausencia de enfermedad pero, ante la posibilidad de que ésta no fuera una respuesta aceptada por el entrevistador, prefirieron decir que no sabían. Lloyd en el estudio que describe la creación de la SEMI, habla también de las cifras tan bajas de reconocimiento como enfermedades de los casos de trastornos mentales ejemplificados en las viñetas (Lloyd K, 1998).

Si relacionáramos lo anterior con el hecho de que los pacientes dijeron que en ninguno de los tres ejemplos la causa era biológica o interna sino más bien externa (socioeconómica), comprenderemos que la atribución lógica a las molestias para cada caso, no sería de enfermedad.

La sugerencia de tratamiento que los pacientes bipolares dieron en dos de las tres situaciones referidas en dichas viñetas, fue que acudiera al psicólogo, situación que despertaría la interrogante de: ¿considerarán entonces que los aspectos emocionales, mundialmente concebidos como algo que maneja un psicólogo, no son enfermedades?, ¿considerarán que el núcleo de un problema emocional es el alma o el ánimo en lugar del cerebro como un asiento corporal?.

Es interesante señalar la concepción que se tiene del médico por parte de estos pacientes, pues en los ejemplos descritos, se cuestiona la acción que podría tener el médico si la persona llegara a atenderse por las molestias presentadas. Aquí los entrevistados mencionaron que debían enviarse con un psicólogo, ya que el médico no tenía nada que hacer al respecto, incluso, con un psiquiatra. Podríamos preguntarnos si consideran o no al psiquiatra como un médico, y si no, sería importante conocer qué tipo de prestador de salud si lo es y por qué. Llama la atención que, a diferencia de otras poblaciones estudiadas bajo esta misma forma de entrevista (Lloyd K, 1998; McCabe R y Priebe S, 2004), los pacientes del presente estudio no tuvieron como primera opción la administración de algún medicamento, pues comúnmente es la acción más relacionada con el proceder del médico con el paciente. Ello podría estar reafirmando que el paciente no tiene una concepción clara de su estado enfermizo

X. CONCLUSIONES.

La psiquiatría con su tendencia biológico-científica, ocupada en el conocimiento de las bases moleculares de las enfermedades mentales y el descubrimiento de nuevos psicofármacos, ha hecho a un lado el universo subjetivo del proceso de la enfermedad y su atención. Al enfrentarse a sujetos envueltos en un mundo en donde cultura e historia participan en la conformación de sus percepciones, el sistema médico occidental suele verse confrontado.

Los pacientes con TBP buscan y explican sus males a partir de fuerzas externas a pesar de la hegemonía de la psiquiatría. Sin embargo, el temor del paciente por ser estigmatizado o juzgado puede ser un impedimento lo suficientemente poderoso para cerrar posibilidades de comunicación profunda, duradera y abierta con el médico alópata. Esto último es palpable incluso en las contradicciones encontradas a lo largo de las respuestas de los pacientes; observamos en todo el estudio que los sujetos inicialmente adoptan un discurso científico que les permite interactuar con su médico pero, al poco tiempo, dan paso a sus experiencias subjetivas y vivenciales y, aunque parece que manejan con claridad ambos discursos, las respuestas a las preguntas realizadas se encuentren sesgadas por la figura del entrevistador (un médico-psiquiatra) y por el contexto en donde se realizó la entrevista.

La SEMI constituye un instrumento valioso que rescata de forma sencilla e inmediata las percepciones de un proceso patológico específico, sin embargo, se limita a la percepción de una parte del binomio médico-paciente; en esta ocasión, tuvimos una aproximación mayor con el paciente, pero no sabemos, por el momento, qué sucede con el médico, quien interioriza, experimenta y construye experiencias de acuerdo a sus conocimientos científicos y su vivencia personal, para reflejarse en la forma en que se

acerca al enfermo, en el diagnóstico que emite, en el tratamiento que prescribe y en la forma en que psicoeduca.

Las entrevistas aplicadas a los pacientes diagnosticados con TBP buscan respuestas concretas a preguntas específicas y, con la finalidad de ampliar el conocimiento de la vivencia de la enfermedad en el paciente, sería preciso ahondar en cada respuesta -para así obtener una mayor explicación- como entrar en contacto con el contexto del paciente.

Un aspecto más, que tampoco se consideró debido a las características específicas de la investigación y el instrumento utilizado, es la percepción del problema a partir de la familia, que es la principal fuente de apoyo para el grueso de los pacientes de nuestra muestra y, cuya influencia en la forma de atención es determinante.

Con este acercamiento al mundo subjetivo de uno de los componentes del binomio médico-paciente, podemos reafirmar la observación de que el proceso de enfermedad va más allá de diagnosticar y recetar. Se requiere escuchar, entender y compartir con el otro. De esta forma, observamos que prestadores de salud y pacientes somos un conjunto que participa en un proceso de atención que aún no se conoce a profundidad y que, probablemente, se compone de muchos y diferentes pasos, decisiones, prácticas y actores; todos ellos son circunstancias y personajes reales, a los que es necesario aproximarse, estudiar y analizar para entender la percepción, la vivencia y las actitudes que se tienen en torno a los procesos de salud y enfermedad.

El mal apego y abandono de tratamientos, la búsqueda alternativa de diagnósticos y *curas*, son posiblemente aspectos superficiales de la fuerte problemática de comunicación entre médicos y pacientes. Para nosotros como médicos es muy difícil comprender y asimilar que únicamente somos uno de los tantos componentes del proceso de salud y enfermedad que exponíamos arriba, y que por ende, lo que nosotros percibamos y

expongamos aparezca como la única verdad y la de mayor importancia para el paciente. Desde el papel y posición que jugamos en la sociedad, es difícil comprender que aquello que promulgamos respecto a la relación médico-paciente, no lo hayamos entendido en lo profundo y esencial. Que la realidad se compone de dos aspectos que participan por igual y no de una que dicta, expone y determina y otra que acata, atiende y obedece.

En la medida en que se entienda la percepción y se conozca su origen y la vivencia de la enfermedad mental, tanto médicos como pacientes podremos ofrecernos un mejor foro de apoyo y tratamiento que permita la interacción de ambos componentes de una forma solidaria y empática, traducida en una mejora en la salud a largo plazo para la persona que se siente enferma. El conocimiento y entendimiento de estos componentes subjetivos del proceso de enfermedad, no deben olvidarse en la práctica clínica y en la interpretación y análisis de los resultados de ensayos clínicos, pues los resultados de la intervención terapéutica se verán siempre influenciados por estos aspectos que solemos olvidar.

La variedad social y cultural de nuestro país, cuyas características demográficas, socioculturales y económicas son distintas a muchos de los otros territorios occidentales – de los que obtenemos con frecuencia la mayor parte de la producción de literatura científica-, nos abre una puerta de oportunidades y necesidades para explorar el mosaico de percepciones y atribuciones de la enfermedad mental desde el interior de la comunidad mexicana.

Aún falta mucho por trabajar, será necesario continuar el estudio y análisis de las vivencias de la enfermedad de todos aquellos que participamos en el complicado proceso de salud y enfermedad, para buscar y rediseñar propuestas que complementen la formación del médico psiquiatra con la intención de llevarlo a una mejor interacción con sus pacientes que, al igual que él son personas que viven, sienten y actúan dentro de una sociedad. Estos

son los resultados de un primer estudio exploratorio que busca abordar la percepción de la enfermedad de los pacientes bipolares y sus repercusiones en la relación médico-paciente.

XI. REFERENCIAS.

1. AGHANWA HS. Attitude toward and Knowledge about mental illness in Fiji Islands. *Int J Social Psychiatry* 50 (4); 361-375, 2004.
2. ALBANESE MJ, *et-al.* Comparison of measures used to determine substance abuse in an inpatient psychiatric population. *Am J Psychiatry* 151: 1077-1078, 1994.
3. APIQUIAN R, *et al.* Validez y confiabilidad de la escala de evaluación de manía. *Salud Mental* 20; 3, 23-29, 1997.
4. BECH P. Rating scales for affective disorders. Their validity and consistency. *Acta Psychiatr Scand* 64; 295, 1981.
5. BERLANGA C, CORTÉS J, BAUER J. Adaptación y validación de la escala de Carroll en español. *Salud Mental* 15(4); 36-39, 1992.
6. BHUGRA D. Attitudes towards mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 80; 1-12, 1989.
7. BHUI K, BHUGRA D. Explanatory models for mental distress: implication for clinical practice and research. *Br J of Psychiatry* 181; 6-7, 2002.
8. BHUI K, BHUGRA D. Explanatory models in psychiatry. *Br J Psychiatry* 183;170, 2002.
9. BIEGEL A, MURPHY DL. Assessing clinical characteristics of the maniac state. *Am J Psychiatry* 128; 688-694, 1978.
10. CALLAN A, LITTLEWOOD R. Patient satisfaction: ethnic origin or explanatory model? *International Journal of Social Psychiatry* 44; 1-11, 1998.
11. CARLSON GA, GOODWIN FK. The stages of mania: a longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry* 28; 221-228, 1973.

12. CASTRO R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. *CRIM-U.N.A.M.* 19-163, 2000.
13. CRISP A.H. Changing minds: every family in the land. An update on the College's Campaign. *Psychiatry Bulletin* 24: 267-268, 2000.
14. EISENBERG L. The physician as interpreter: ascribing meaning to the illness experience. *Comprehensive Psychiatry* 22; 239-248, 1981.
15. FIRST MG, et-al. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) (User's Guide and Interview). Research Version. New York, Biometrics Research Department, New York Psychiatric Institute, 1995.
16. FOUCAULT M. *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI. 1966.
17. FOULKS EF, PERSONS JB, MERKEL RL. The effect of patients' beliefs about their illness and compliance in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 143; 340-344, 1986.
18. GARCÍA-SILBERMAN S. Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública Mex* 44; 289-296, 2002.
19. GOFFMAN E. Estigma: la identidad deteriorada. *Amorrortu Editores*: Buenos Aires, 1970.
20. GOLDBERG JF, ERNST CL. The economical and social burden of bipolar disorder: a review. Bipolar Disorders WPA Series-Evidence and Experience in Psychiatry. *John Wiley and Sons*: UK 2002.
21. GOODWIN FK, JAMISON KR. Manic-depressive illness. *Oxford University Press*: Washington, 1990.

22. GRAF J, et-al. Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a swiss population. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192 (8); 542-547, 2004.
23. HAMILTON M. Rating depressive patients. *J Clin Psychiatry* 41 (12): 21-24, 1980.
24. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23; 56-62, 1960.
25. HORWITZ A. The reaction to mental illness. In: Horwitz A, et- al. *The Social Control of mental illness*. New York: John Willey, 85-120. 1982.
26. HUICOCHEA L. Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades musculoesqueléticas en Maltrata, Veracruz. Tesis de doctorado. *Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México*: México. 2002.
27. JACOB KS, BHUGRA D, LLOYD KR, MANN AH. Common mental disorders, explanatory models and consultation behaviour among Indian women living in the UK. *J R Soc Med.* 91(2); 66-71, 1998.
28. JOEL D, SATHYASEELAN M, JAYAKARAN R, VIJAYAKUMAR C, MUTHURATHNAM S Joel. Explanatory models of psychosis among community health workers in South India. *Acta Psychiatr Scand* (2003) 108; 66–69, 2003.
29. JOHANNSEN WJ. Attitudes towards mental patients: a review of empirical research. *Ment Hygiene* 53: 218-228, 1969.
30. KESSLER RC, et-al. Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 155; 62-69, 1998.
31. KLEINMAN A, et-al. Culture, illness and care. *Annals of Internal Medicine* 12; 83-93, 1978.

32. KLEINMAN A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. *University of California Press*: Berkeley. 1980.
33. KLEINMAN A. The illness narratives. Suffering, Healing and the Human condition. *Basic Books*: USA. 1988.
34. KUPFER DJ, et-al. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 63; 120-125, 2002.
35. KURIHARA T., et-al. Public attitudes toward the mental ill: a cross-cultural study between Bali and Tokyo. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 54: 547-552, 2000.
36. LISH JD, et-al. The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 31; 281-294, 1994.
37. LITTLEWOOD R. From categories to contexts: a decade of the new cross-cultural psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 156; 308-327, 1990.
38. LLOYD K, FULLER E Use of Services. Chapter 6 in Sproston K, Nazroo J, Ethnic Minority Psychiatric Illness rates in the community. DoH. London The Stationary Office Bhui K, Bhugra D. Explanatory models in psychiatry. (2002) *Br J Psychiatry*. Aug,183;170, 2002.
39. LLOYD K, et-al. The development of the Short Explanatory Model Interview and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychological Medicine* 28 (5); 1231-1237, 1998.
40. M.O.R.I. (Market Opinion & Research International).Mental Health – Public Bussiness Attitudes” En: *Research project for the Mental Health Appeal*. London.1990.

41. MacCARTHY B. Clinical work with ethnic minorities. En *New Developments in Clinical Psychology*. Vol. II. Ed. F.Watts: Chichester. 1998.
42. MacLEAN U. Community attitudes to mental illness in Edinburgh. *British Journal of Preventive and Social Medicine* 23: 45-52, 1969.
43. MANOHARAM E, JACOB KS, et-al. Psychiatric Morbidity, Patients' Perspectives of Illness and Factors Associated With Poor Medication Compliance Among the Tuberculous in Vellore, South India *Ind. J. Tuberculosis* 48; 77-80, 2001.
44. MARTINEZ C. F. El hombre y su padecer, centro de una nueva medicina. *Médico moderno* XXXIV 2: 8-79, 1995.
45. McCABE R, PRIEBE S. Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups *Br J Psychiatry* 185; 25-30, 2004.
46. MEDINA-MORA ME, et-al. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26; 1-16, 2003.
47. MENDOZA, Z. Enfermedad ¿para quién?. El saber popular entre los triques, en: *Nueva Antropología*, Vols. 52-53, UAM-I/GV (eds.), México, 1997.
48. MENÉNDEZ E. Recursos y prácticas médicas tradicionales, en X. Lozoya y C. Zolla (eds). *La medicina invisible*, Folios ediciones: México, 1983.
49. MENÉNDEZ E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales, en R. Campos (comp.). *La antropología médica en México*, Instituto Mora-UAM: México, 1992
50. MORSELLI PL. Present and future of mental illness advocacy associations in the management of the mentally ill: realities, need and hopes at the edges of the third millennium. *Bipolar Disord* 2; 294-300, 2000.
51. MURRAY CJ, LOPEZ AD. The Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349; 1436-1442, 1997.

52. NGOMA MC, PRINCE M, MANN AH. Common mental disorders among those attending primary health clinics and traditional healers in urban Tanzania *British J Psychiatry* 183; 349-355, 2003.
53. PETTERSON V, FYRO B, SEDVAL G. A new scale for the longitudinal rating of manic states. *Acta Psychiatrica* 49; 248-256, 1973.
54. RABKIN J. Opinions about mental illness: a review of the literature. *Psychol Bull* 77: 153-171, 1972.
55. SACHS G, BAUER M, et-al. Rationale, design, and methods of the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry* 53: 1028-1042, 2003.
56. SARTORIUS N. Uno de los últimos obstáculos para mejorar la asistencia en salud mental: el estigma de la enfermedad mental. *Avances en Salud Mental Relacional* 2 (2); revista internacional *on-line*, 2003
57. SEGAL DL, et-al. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Compr Psychiatry* 35: 316-327, 1994.
58. SHAW C, CREED F, TOMENSON B, RISTE L, CRUICKSHANK JK. Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African Caribbeans and white Europeans: two phase general population survey *BMJ*. 318(7179); 302–306, 1999.
59. SNOWDOWN L, YAMADA A. Cultural Differences in Access To Care *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1;6.1–6.24, 2005.
60. SPITZER RL, et-al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-I): history, rationale and description. *Arch Gen Psychiatry* 49: 624-629, 1992.

61. STEINER JL, et-al. A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnosis. *J Nerv Men Dis* 183 (6): 365-369, 1995.
62. STIP E, et-al. Schizophrenia: people's perceptions in Quebec. *Canadian Medical Association Journal* 164 (9); 1299-1300, 2001.
63. STRAUSS A, et-al. Chronic illness and the quality of life. *The Mosby Company: St Louis y Toronto*. Pp. 11-15. 1984.
64. STRAUSS A. y CORBIN J. Grounded theory methodology: an overview. En: Denzin N y Lincoln Y (eds.). *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, Sage: 158-183, 1998.
65. SUMATHIPALA A, HEWEGE S, HANWELLA R, MANN AH Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka *Psychol med* 304; 747-757, 2000.
66. SUPPES T, et-al. The Stanley Bipolar Foundation Bipolar Treatment Outcome Network, 2: demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord* 67; 45-59, 2001.
67. TRIOLA M. Estadística. 9a edición. *Pearson Educación: México*. P. 22. 2004.
68. VARGAS LM. Los colores lacandones, un estudio sobre percepción visual. Tesis de Licenciatura. *Escuela Nacional de Antropología e Historia: México*, 1994.
69. WARSOP A, ISMAIL K, ILIFFE S. Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: a generalist study in a specialist setting *Psychology, Health & Medicine*. 9 (3); 306 – 314, 2004 .
70. WILLIAMS JBW, et-al. The structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 49: 630-636, 1992.

71. WOLFF G, et-al. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry* 168; 191-198,1996.
72. World Bank. World development report. *Oxford University Press*: Washington 1993.
73. YAGER J., et-al. Use of alternative remedies by psychiatric patients: illustrative vignettes and discussion of the issues. *American Journal of Psychiatry* 156: 1432-1438, 1999.
74. YOUNG RC, et-al. A rating scale for mania. Reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133; 429-435, 1978.

ANEXO A.

ENTREVISTA CORTA DE MODELOS EXPLICATIVOS

1) INTRODUCCIÓN.

“Gracias por aceptar hablar acerca de su salud. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y cómo le afecta. Estas preguntas se escribieron con anterioridad, por lo que puede no sonar a una entrevista normal y muchas cosas puede ser que no tengan mucho que ver con su situación. Quisiera mencionarle que todas sus respuestas serán estrictamente confidenciales.”

Nombre:

Edad:

Sexo:

Lugar y fecha de nacimiento:

Lugar de residencia:

Estado civil:

Escolaridad:

Ocupación:

Edad de diagnóstico:

No. De hospitalizaciones:

Psicoeducación (# y tipo):

Psicoeducación de familia (# y tipo):

Tipo de trastorno bipolar:

2) SALUD Y ENFERMEDAD:

a. ESTADO ACTUAL DE SALUD:

“Me gustaría preguntarle sobre su última visita al psiquiatra. ¿A qué fue?. Dígame hasta 3 razones por las que haya ido.”

1. Problema 1 _____

2. Problema 2 _____

3. Problema 3 _____

b. ESTADO DE SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:

“¿En el último año ha tenido algún problema de salud? Enliste hasta 3”

1. Año 1 _____

2. Año 2 _____

3. Año 3 _____

c. “¿Cómo le llamaría a estos problemas?, es decir, si tuviera usted que darles un nombre, ¿cuál sería?”

1. Nombre 1 _____

2. Nombre 2 _____

3. Nombre 3 _____

d. “¿Cuándo notó por primera vez su problema (especifique el problema de interés actual)? ¿Hace cuánto tiempo pasó? ¿Hace cuánto empezó?”

1. Inicio 1 _____

2. Inicio 2 _____

3. Inicio 3 _____

e. “¿Por qué piensa usted que el problema apareció en ese momento?”

1. Razón 1 _____

2. Razón 2 _____

3. Razón 3 _____

f. “¿Existe alguna cosa que usted haya hecho o que haya dejado de hacer para causar el problema?”

g. “¿Hay algo que alguna otra persona haya hecho o haya dejado de hacer para provocarle a usted el problema?”

h. “Entonces...¿qué o quién cree que es la causa de que usted tenga ésto?”

i. “¿Usted cree en la brujería o en los hechizos?”

3) PERCEPCIÓN DE SEVERIDAD

a. “¿Qué tan serio es este problema para usted?”

b. “Cuando le dicen que usted tiene _____ (especifique el problema), ¿qué le atemoriza más de saber que usted tiene ese problema?” (dígame hasta 3 miedos)

Miedo 1 _____

Miedo 2 _____

Miedo 3 _____

c. “¿Por qué fue usted al psiquiatra por primera vez?

¿Había empeorado? ¿Tenía miedo de lo que pudiera ser? ¿Otros le aconsejaron que fuera?”

Razón _____

4) EXPECTATIVAS. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN MÉDICA

a. “¿Qué espera /esperó de ir a ver psiquiatra?, ¿qué espera/esperó que el psiquiatra hiciera?”

Expectativa 1 _____

Expectativa 2 _____

Expectativa 3 _____

- b. “¿Le ha preguntado directamente al médico acerca de este problema?
SI/NO (¿Qué?) _____
- c. “¿Qué hizo el médico cuando usted le preguntó?”
Acción 1 _____
Acción 2 _____
Acción 3 _____
- d. “¿Fue útil hablar con el médico sobre su problema?”
SI/NO _____
- e. “¿Ha habido algo sobre su tratamiento con lo que usted no se haya sentido contento?”
SI/NO (¿Qué?) _____

5. ACTIVIDADES Y FUNCIONAMIENTO.

- a. “¿Cuáles han sido las mayores dificultades que este problema le ha causado? (Enliste hasta 3)”
Dificultad 1 _____
Dificultad 2 _____
Dificultad 3 _____
- a. “¿Qué partes de su cuerpo son las más afectadas por este problema?”
Parte corporal 1 _____
Parte corporal 2 _____
Parte corporal 3 _____
- b. “¿Emocionalmente le afecta saber que usted tiene este problema?”

- c. “¿Este problema ha impedido que usted siguiera tan bien como estaba antes? (dé un ejemplo)”
Manejo _____
- d. “¿Este problema ha afectado su vida social? (dé ejemplos)”
Social _____
- e. “¿Este problema ha afectado su vida familiar? (dé ejemplos)”
Familiar _____
- f. “¿Este problema han afectado la manera en que usted se relaciona la demás gente? (dé ejemplos)”
Relaciones _____

g. “¿Su trabajo se ha visto afectado por este problema? Si es así, ¿cómo le ha afectado? (dé ejemplos)”

Trabajo _____

6. OTROS COMPORTAMIENTOS

a. “¿Ha pedido consejo a alguien más sobre este problema? (Farmacéutico, Amigos, Familia, Iglesia, Brujos, Hueseros, etc.)”

Consejo _____

b. “Ahora que sabe que tiene este problema, a parte de su doctor, ¿alguien más le ha dado recetas o consejos para controlar este problema?”

Intervención no médica

c. “¿Está controlando usted mismo este problema? ¿ lo hace sin el apoyo de alguien más?”

Auto-manejo

SI/NO _____

d. “Si es así, ¿cómo lo hace?”

Cómo _____

e. “¿Está tomando medicamento?, si es así ¿qué toma?”

Medicamento 1 _____

Medicamento 2 _____

Medicamento 3 _____

f. “¿Está tomando alguna otra cura o remedio?”

Cura alternativa

g. “¿Fuma?”

h. “¿Consume bebidas alcohólicas?”

i. “¿Consume drogas (las llamadas callejeras o recreativas)?

VIÑETAS

“Ha sido usted muy amable en hablarme de usted y de sus visitas al psiquiatra, finalmente, me gustaría que pudiera darme su opinión sobre algunos otros casos de personas que han acudido al médico. Quisiera leerle rápidamente la situación de estas personas y luego preguntarle acerca de cada caso”.

7. VIÑETA I.

A. “Un chofer de autobús de 34 años de edad va con el médico general. El motivo de la consulta es que desde que un amigo suyo fue asaltado mientras trabajaba también como chofer, esta

persona ha sido incapaz de subirse a su autobús. Desde hace cuatro meses dejó de trabajar definitivamente y el resultado es que su familia tiene ahora problemas económicos y no tiene para pagar la renta. Antes de que todo sucediera, este hombre acompañaba a su esposa a ir de compras al súper-mercado, pero ahora se siente muy incómodo en el súper, porque los lugares con mucha gente lo hacen sudar y sentirse tenso; cuando ésto ocurre, siente que algo terrible va a pasar. Por todas estas molestias, cada vez pasa más tiempo encerrado en casa y no sale”.

a.”¿Cuál, si es que lo hay, sería el problema de este hombre?”

b. “¿Cree que este hombre tiene una enfermedad? Si piensa que sí, ¿cuál es?”

c. “¿Cuáles cree usted que son las causas de sus problemas?”

d. “¿Qué cree usted que este señor debería hacer al respecto?”

e. “Dado que fue al médico, ¿qué debería hacer el médico al respecto?”

8. VIÑETA II.

B. “Una telefonista de 45 años de edad se siente insegura por la situación económica de la compañía para la que ella trabaja. Ella es casada y tiene 2 hijos. Desde hace tres meses se ha estado sintiendo cansada, irritable, sin energía, con problemas para dormir, con dolor de espalda constante, dolor de estómago y dolores en las piernas. Todo ésto le ha provocado problemas para cuidar a sus hijos, pues prefiere estar en casa encerrada viendo televisión”.

a.”¿Cuál, si es que lo hay, es su problema?”

b. “¿Esta mujer tiene una enfermedad? Si piensa que sí, ¿cuál es?”

c. “¿Cuáles cree usted que son las causas de sus problemas?”

d. “¿Qué cree usted que esta señora debería hacer al respecto?”

e. “Si fuera al médico, ¿qué debería hacer el médico al respecto?”

9. VIÑETA III.

C. “La señora “J” es una madre soltera de 29 años, con dos hijos. Esta señora y sus niños viven en una propiedad muy pobre y viven de limosnas. Desde hace un tiempo se ha estado sintiendo sin energía, ha perdido peso, no duerme adecuadamente y se siente terrible cuando despierta por las mañanas; su autoestima está muy baja y siente que el futuro no tiene nada que ofrecerle; en

ocasiones, se pregunta si vale la pena seguir adelante, pero se da valor por sus niños. Su novio sólo aparece de vez en cuando y no le ayuda con el cuidado de los niños”.

a. “¿Cuál, si es que lo hay, es su problema?”

b. “¿Esta mujer tiene una enfermedad? Si piensa que sí, ¿cuál es?”

c. “¿Cuáles cree usted que son las causas de sus problemas?”

d. “¿Qué cree usted que esta señora debería hacer al respecto?”

e. “Si fuera al médico, ¿qué debería hacer el médico al respecto?”

10. “Finalmente, ¿hay algo más acerca de última visita al psiquiatra o acerca de su salud que no hayamos hablado y que desee decirme?”

”Gracias”