

# ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

VOLUMEN XIII

\*\*

Editoras

Magalí Civera Cerecedo  
Martha Rebeca Herrera Bautista



Instituto Nacional  
de Antropología  
e Historia



Consejo Nacional  
para la  
Cultura y las Artes



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS  
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA  
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA  
MÉXICO 2007

*Comité editorial*

Xabier Lizarraga Cruchaga  
Abigail Meza Peñaloza  
Florencia Peña Saint Martin  
José Antonio Pompa y Padilla  
Carlos Serrano Sánchez  
Luis Alberto Vargas Guadarrama

Todos los artículos fueron dictaminados

Primera edición: 2007

© 2007, Instituto de Investigaciones Antropológicas  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

© 2007, Instituto Nacional de Antropología e Historia  
Córdoba 45, Col. Roma, 06700, México, D.F.  
sub\_fomento.cncpbs@inah.gob.mx

© 2007, Asociación Mexicana de Antropología Biológica

ISSN 1405-5066

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización  
escrita del titular de los derechos patrimoniales

D.R. Derechos reservados conforme a la ley  
Impreso y hecho en México  
*Printed in Mexico*

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES  
CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR.  
APROXIMACIÓN A LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE

Ingrid Vargas Huicochea  
Laura Huicochea Gómez\*

*Residente de tercer año de la especialidad de Psiquiatría en el Instituto Nacional  
de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"  
\*El Colegio de la Frontera Sur, Unidad Campeche*

RESUMEN

El *trastorno bipolar* (TBP) es un problema de salud mental crónico y frecuente. En México cerca del 1.4% de la población lo presenta. En el proceso clínico, cuando se establecen los primeros contactos entre el médico y el paciente, se pueden expresar, compartir o contraponer ideas y percepciones. Conocer la percepción de la enfermedad en el paciente puede ayudar a comprender el contexto sociocultural bajo el cual el afectado vive y explica su enfermedad y con ello abordar los conflictos en la relación médico-paciente. Presentamos un avance de los resultados de un estudio sobre la percepción del TBP en 50 pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, en quienes corroboramos el diagnóstico (con SCID-I) y eutimia (con YMRS y HAM-D). Aplicamos a los pacientes la Entrevista Corta de *Modelos Explicativos* (SEMI) para conocer la percepción de las causas, síntomas y búsqueda de atención. En la mayoría de los entrevistados, los problemas familiares y de pareja provocan el inicio de su TBP. En general están conformes con el tratamiento alópata, aunque recurren a la atención de la medicina alternativa.

PALABRAS CLAVE: trastorno bipolar, percepción, médico-paciente.

### ABSTRACT

Bipolar disorder (BD) is a chronic and frequent mental health problem. Mexico's TBP prevalence is near 1.4%. The clinical process is a series of transactions between practitioners and patients, that can express, share or differ ideas and perceptions. BD perceptions are very important to comprehend the patients sociocultural environment where bipolar patient experiences and lives his disease, and so use it to avoid conflicts in practitioner/patient relationship. Here we show preliminary results of a study about BD perception in 50 outpatients from the "Instituto Nacional de Psiquiatría". We used SCID, HAM-D and YMRS to verify diagnosis and euthymia. We used the Short Explanatory Model Interview (SEMI) to obtain the perception of: cause, symptoms and help-seeking behaviour. From the results analysis we found that the majority reported family and partner problems as the main cause for starting BD, that more than a half are satisfied to the attention received and that adverse medication effects are the most common complain, that family motivated to go to the psychiatrist for the first time, and that, even when allopathic treatment is accepted as a general statement, these patients have had alternative treatment and counseling besides the medical one.

KEY WORDS: Bipolar disorder, perception, practitioner/patient.

### INTRODUCCIÓN

Las llamadas enfermedades mentales constituyen una preocupación, por el aumento en su incidencia y el alto grado de incapacidad funcional (Aghanwa 2004, World Bank 1993). La patología psiquiátrica constituye aproximadamente el 10% del impacto global de las patologías reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (Aghanwa 2004).

El trastorno bipolar (TBP) es un problema psiquiátrico mayor, el cual inicia en la tercera década de la vida; es crónico, frecuente, recurrente, con síntomas que reflejan alteraciones en el afecto, pensamiento, comportamiento y senso percepción; está asociado con la disminución de la productividad y la calidad de vida del enfermo, así como con un aumento en la frecuencia de suicidios sin un diagnóstico y tratamiento adecuados (Goodwin 1990). En México, en el 2003, la Encuesta Nacional de Salud Mental reportó que la prevalencia del TBP es de 1.2% para las mujeres y 1.6% para la población masculina.

Los pacientes con TBP, por lo general, viven solos a causa de divorcios o separaciones y cuentan con un alto porcentaje de problemas por fallas laborales (33 a 40%) de las cuales 15% corresponde a desempleo y alrededor de 25% a pensiones otorgadas por incapacidad (Goodwin, 1990, Goldberg 2002).

En México hay pocos estudios sobre TBP, y dentro de lo registrado, se sabe que sólo 33% de los trastornos afectivos (incluyendo el TBP) ha recibido algún tipo de servicio médico (Encuesta Nacional de Salud Mental 2003).

No obstante el impacto social de la enfermedad mental, la ignorancia y el estigma en torno a ella están presentes en nuestra sociedad; así nos enfrentamos con un desafortunado contraste entre los resultados de los estudios sobre el estigma hacia los enfermos mentales (*Changing Minds: Every Family in the Land* 2000) y el rechazo y distanciamiento social al que son sometidos (Bhugra 1989, Graf 2004, Wolff 1996).

A lo largo de la historia de la humanidad, a la enfermedad mental y a su tratamiento se les han atribuido diversas causas, como la posesión demoniaca, la brujería, los castigos, la manipulación, el hipnotismo y las ciencias ocultas; de acuerdo con el contexto del momento y del lugar (Aghanwa 2004, Bhugra 1989, Graf 2004, Stip 2001).

La estigmatización a la que se enfrenta una persona con un problema de salud mental puede influir en las diferentes etapas de la atención médica. Si bien el paciente inicia un tratamiento, el estigma de saberse “enfermo mental” puede impedirle tener un acercamiento y dar continuidad a la ayuda que un médico de cualquier sistema de atención puede ofrecer.

El proceso clínico de la relación médico/paciente se compone de una serie de *intercambios* con diferentes orientaciones cognoscitivas; en cierta forma, es un proceso comunicativo en el que hay una traducción de diferentes lenguajes que articulan la enfermedad como una experiencia cultural. 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 1995); en el médico las explicaciones 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 1978).

Los modelos explicativos y las percepciones 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. En la realidad clínica de la relación médico-paciente, las percepciones se exponen y pueden compartirse, sintetizarse o contraponerse. La discrepancia entre estas concepciones puede ser responsable de fallas en el proceso de salud (Kleinman 1978, Bhui y Bhugra 2002). El paciente percibe el mundo y su enfermedad dentro de un contexto personal y familiar, esto lo lleva a buscar o no atención y a comprender de una forma sociocultural su problema de salud. La evidencia empírica sugiere que los pacientes están más satisfechos con aquellos psiquiatras que, si bien no comparten sus percepciones, al menos entienden sus experiencias y sensaciones (Callan 1998). El mecanismo propuesto para que el paciente y el médico vivan el proceso clínico y eviten en lo posible los conflictos es la comunicación (Bhui y Bhugra 2002). Para lograr una mejoría en la comunicación es necesario comprender las percepciones y actitudes de los enfermos sobre su problema de salud, los *modelos explicativos de la enfermedad* planteados por Kleinman en 1980 ofrecen una explicación acerca de cómo conceptualiza, define, vive y percibe la enfermedad el paciente, la familia y los prestadores de servicios de salud.

El análisis de las percepciones se presenta como una alternativa para buscar mayor comunicación entre el médico y el paciente, y mejorar la atención que el enfermo recibe sin eliminar las creencias del afectado, más bien fomenta la comunicación entre ambos. Con ello, el paciente puede identificar las atribuciones potencialmente nocivas de su problema, el médico conoce y entiende el proceso vivencial del enfermo y ambos establecen una comunicación de tolerancia, entendimiento y apertura.

## OBJETIVO

Describir y analizar las percepciones de la enfermedad en pacientes con TBP de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM) por medio de la aplicación de la Entrevista Corta de Modelos Explicativos (SEMI) y aproximarnos a las experiencias que se establecen en la relación médico-paciente.

## MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio transversal, descriptivo, en el que se usó: a) Entrevista Corta de Modelos Explicativos (SEMI); las preguntas que se hicieron a los pacientes fueron abiertas, para registrar las percepciones de la enfermedad; las causas, los síntomas experimentados y los caminos de búsqueda de atención permitieron organizar la información para acercarnos al contexto sociocultural que determina las percepciones de los pacientes; b) Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-I) que permite corroborar el diagnóstico de trastorno bipolar en el individuo evaluado; c) Escala de Evaluación de Manía de Young (YMRS), y d) Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), las cuales evidencian que el paciente se encuentra estable (en eutimia) y no bajo un episodio agudo de elevación o depresión.

La muestra de estudio se compuso de cincuenta pacientes de la consulta subsecuente del INPRFM con TBP según el DSM-IV. Se corroboró el diagnóstico de TBP con el SCID-I (Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del eje I del DSM-IV) y el estado de eutimia por medio del HAM-D (Escala de Hamilton para Depresión) y YMRS (Escala de Manía de Young); de esta manera, en los pacientes que conocían de antemano el diagnóstico del TBP,<sup>1</sup> estandarizamos el diagnóstico clínico y aseguramos que no estuviera ni en etapa depresiva ni en elevación del ánimo, puesto que estas fases agudas del TBP pueden modificar por sí solas las percepciones de la persona. Obtuvimos datos sociodemográficos y clínicos de la enfermedad para determinar su influencia en las percepciones del paciente. Aplicamos la SEMI (previamente sometida al proceso de adaptación transcultural al español) a nuestra población de estudio para obtener resultados preliminares de sus percepciones en torno al TBP. Las respuestas cualitativas fueron codificadas numéricamente para su manejo en el programa estadístico SPSS y en función de ello acercarnos al comportamiento de la muestra.

La muestra de cincuenta pacientes bipolares eutímicos de la consulta externa del INPRFM tuvo una media de edad de 35.2 años (cuadro 1) y la mayor parte de los individuos fueron mujeres (n=31, 62%). Una

<sup>1</sup> Necesario al estudiar la percepción de la enfermedad en el individuo pues requeríamos conocer lo que ello implicaba para el paciente.

cuarta parte de la muestra (n=12, 24%) eran estudiantes y se detectó que 20% (n=10) no tenía ocupación alguna. La mayoría (n=32, 64%) era originaria y residente del Distrito Federal. Veinticuatro por ciento (n=12) tenía hasta el momento de la entrevista 14 años de estudio; el 2% (n=1), 22 años, y sólo el 2% (n=1) tenía dos años de estudio. La mayor parte de la muestra se caracterizó por no contar con pareja (n=33, 66%). La media para el número de hospitalizaciones fue de 1.58 (cuadro 1). El tiempo mínimo transcurrido entre el inicio del problema

*Cuadro 1*

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN 50 PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

VARIABLES	Media	Desviación estándar
Edad en años.	35.2	13.795
Número de hospitalizaciones.	1.58	2.425
Tiempo en semanas entre el inicio y el diagnóstico	674.68	928.974
Tiempo de eutimia en días	283.52	406.77

y el diagnóstico del mismo fue de 0 días (n=15, 30%) y el máximo de 3 741 días (n=1, 2%);<sup>2</sup> así también, el tiempo mínimo de eutimia fue de diez días (n=4, 8%) y el máximo de 1 825 días (n=1, 2%) (cuadro 1). A la pregunta de si habían recibido algún tipo de psicoeducación, encontramos que el más frecuente fue por folleto (n=16, 32%) y en los familiares fue por un curso externo al instituto (n=8, 16%).

<sup>2</sup> Estas cifras se reportan en días dado que treinta por ciento de los sujetos entrevistados dijo haber recibido el diagnóstico de forma inmediata al inicio de las molestias sugerentes de TBP (es decir, no tardaron ni un día en ser diagnosticados). Con frecuencia hay una historia previa de cambios conductuales que van incrementando paulatinamente su gravedad y disfuncionalidad antes de decidir buscar atención, y en la literatura internacional se ha descrito que en un porcentaje importante el diagnóstico certero llega después de los diez años de iniciado el problema; sin embargo, es preciso considerar que el presente estudio se realizó con la información de un primer y único contacto con la persona y se requeriría un seguimiento continuo para fortalecer el dato.

El subtipo de trastorno bipolar más frecuente en la muestra fue el TBPI (n=27, 54%), tanto en hombres (n=11, 57.9%) como en mujeres (n=16, 51.6%)<sup>3</sup>, y el subtipo menos frecuente fue la ciclotimia (n=3, 6%), en donde al menos por dos años hay numerosos síntomas de elevación del ánimo (sin manía) y depresivos (sin depresión). El mayor número de hospitalizaciones (n=22, 44%) fue en los pacientes con TBPI, y fueron los pacientes con TBP2 los que tuvieron más psicoeducación.

## RESULTADOS

### Causas atribuidas al trastorno bipolar

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 (cuadro 2).

#### Cuadro 2

Causas que determinaron el inicio (detonantes) del TBP en 50 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría

Respuestas	Frecuencia(n)	Porcentaje(%)
Familia/pareja	14	28.0
Biológico	12	24.0
Laborales/escolares	6	12.0
No se	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

<sup>3</sup> Recordemos que éste 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.

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* (cuadro 3).

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 experimentan los pacientes es la enfermedad (69.6%). La edad de inicio del TBP fue entre los 15 y los 20 años, de acuerdo con 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; en aquellos que dijeron haber tenido alguno, los problemas mentales (17.4%) y gastrointestinales (17.4%) fueron los más frecuentes.

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. 24 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%)

#### Cuadro 3

Causa (origen) del problema para 50 pacientes bipolares del Instituto Nacional de Psiquiatría

Respuestas	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

pacientes que sí habían preguntado al médico sobre su enfermedad, la mayoría (n=15, 28.84%) realizó *preguntas generales* de su problema. 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 cuales los pacientes pudieran estar insatisfechos con la atención alópata encontramos que la mayoría (n=9, 18%) señaló que los *efectos secundarios* por consumo de medicamentos les provocaban algún malestar.

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 un obstáculo en relación con el TBP sólo en 10% (n=5) de estos pacientes.

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%), y el *ámbito familiar* (n=29, 38%) fue el menos afectado para ambos sexos.

### **Búsqueda de atención**

El motivo de consulta con el médico alópata fue la *búsqueda de mejoría* (23%). La mayor parte de los pacientes de la muestra (n=26, 52%) consideran *muy grave* su problema, y sólo un sujeto (2%) mencionó que el TBP no representaba gravedad alguna. Los tres principales temores de padecer TBP referidos por los cincuenta pacientes entrevistados fueron: *recaer* (n=13, 26%), *que la enfermedad 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*.

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

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 recibir algún consejo por parte de otro tipo de terapeutas (cuadro 4).

*Cuadro 4*  
 Consejo no psiquiátrico en 50 pacientes bipolares  
 del Instituto Nacional de Psiquiatría por medio de la SEMI

Respuestas	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

En cuanto a los tratamientos recibidos, más de la mitad de la muestra (n=28, 56%) mencionó no haber recibido otra atención que la del psiquiatra (cuadro 5).

Las mujeres fueron (n=7, 22.6%) quienes más 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 alternativos (principalmente con médico tradicional) 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.

*Cuadro 5*  
 Tratamientos no psiquiátricos en 50 pacientes bipolares  
 del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Respuestas	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

## DISCUSIÓN

El motivo por el cual la mayoría de los pacientes subsecuentes en la consulta externa que tenían el diagnóstico de bipolaridad consultaron a un médico psiquiatra fue “para mejorar”. Podemos pensar que había problemas en algunas o todas sus esferas de acción, o incluso hubo molestias emocionales o físicas (como insomnio, ansiedad, falta de energía o lesiones por accidentes) que llevaron a los afectados a consulta médica. Son pacientes subsecuentes (no de primer contacto), a quienes se les interrogó sobre el motivo de su última consulta; al responder que “por mejoría” probablemente deseen continuar con las mejoras en lo emocional, físico o social que observaron con el tratamiento alópata.

Los conflictos familiares y de pareja se reportaron como la razón principal de inicio del problema de salud, al igual que el resultado señalado en las muestras de Wolff (1996), MORI (1990) y Maclean (1969), en las cuales los factores ambientales son los detonantes de la enfermedad mental. Al realizar la pregunta específica sobre el origen de su problema, la mayoría expuso causas biológicas, refiriéndose a cuestiones genéticas o a defectos cerebrales y embarazo, y en segundo lugar, una vez más, los problemas de familia y pareja. En la percepción de los pacientes, las causas biológicas son el origen de sus trastornos de salud mental, y los problemas externos parecen ser los determinantes de la aparición del TBP. Ante la pregunta directa, los entrevistados mencionan que no consideran que su problema sea de origen interno, sino externo; es decir, fuerzas ajenas a su persona, lo que contradice la respuesta inicial. Probablemente observamos un sesgo en la entrevista debido a la presencia del médico, quien fue el entrevistador.

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 medicina alópata entre los entrevistados; no olvidemos que se trata de pacientes atendidos en una institución de salud de tercer nivel, y el efecto de la psicoeducación sobre las atribuciones de los pacientes es directo.

Al abordar las sensaciones y emociones que los pacientes experimentan con su problema de salud, encontramos que uno de los ma-

yores temores es que el TBP sea una enfermedad para toda la vida. Las respuestas se deben a la discapacidad e impacto en la funcionalidad (familiar, social y/o laboralmente) del paciente al atenderse una enfermedad crónica, que exige consumir medicamentos para toda la vida; por ello también manifestaron el temor a efectos secundarios por consumir medicinas.

El sentirse estigmatizado no parece ser una preocupación para los pacientes, pese al impacto de llevar una etiqueta diagnóstica de tipo psiquiátrico, como lo señalaron los entrevistados; por otro lado, se sienten afectados por estar aislados y haberse quedado sin amigos. El ambiente familiar se describe como el menos afectado, representa un fuerte apoyo, los pacientes no perciben abandono, rechazo ni estigmatización. Se les acepta y apoya, a diferencia de lo reportado para otros países (Crisp 2000, Wolf 1996 y Stip 2001). Debemos mencionar que la familia incitó a la mayoría de nuestros pacientes a acudir por primera vez al psiquiatra, señal de preocupación para que el paciente reciba atención y la resistencia del enfermo a reconocerse como paciente.

La búsqueda de ayuda, de consejos como de tratamientos, fue atendida por la medicina alópata. Aunque en menor proporción, los entrevistados buscaron un consejo con curanderos, sacerdotes, brujos y médicos tradicionales; algunos recibieron tratamientos con el homeópata, curandero, brujo o médico tradicional. Esta situación está reportada para otras poblaciones (Yaguer 1999, Kurihara 2000 y Aghanwa 2004). La medicina alópata es el sistema de atención al que recurre la mayor parte de los pacientes con TBP y puede ser porque el entrevistador es un médico psiquiatra. La búsqueda de consejos como de tratamientos alternativos se dio sobre todo en aquellos sujetos con más de doce años de estudio. Quizá, no se acepte el TBP en personas con un nivel académico más allá del básico, porque no aceptan convertirse en enfermos psiquiátricos, hay temor a ser estigmatizados; incluso, 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 continuidad en la atención alópata.

La mayoría de pacientes están satisfechos con la atención recibida, lo cual indica una relación de confianza y entendimiento entre el mé-

dico y el paciente; sin embargo, la respuesta al respecto parece sesgada por la presencia del médico psiquiatra. Es una respuesta contradictoria porque cerca de la mitad de la muestra nunca había preguntado directamente a su médico sobre el TBP; de tal manera que la comunicación entre el médico y el paciente no era abierta y de confianza. Sabemos que para una buena comunicación con los pacientes se requiere de tiempo (Crisp 2000) y nuestra muestra de estudio señaló que uno de los principales impedimentos para exponer sus dudas al médico fue precisamente el tiempo.

#### OBSERVACIONES PRELIMINARES

La psiquiatría con su tendencia biologicista, preocupada por el conocimiento de las bases moleculares de las enfermedades mentales y el descubrimiento de nuevos psicofármacos, ha dejado a un lado el universo subjetivo que hay en el proceso de la enfermedad y su atención. Al enfrentarse a sujetos envueltos en un mundo en donde la cultura y su 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; el temor del paciente por ser estigmatizado o juzgado puede ser un impedimento lo suficientemente poderoso como 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; inicialmente adoptan un discurso científico que les permite interactuar con su médico; 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 encuentran sesgadas por la figura del entrevistador que es el médico psiquiatra y por el contexto en donde se realizó la entrevista, una institución médica de tercer nivel donde el abordaje es muy especializado y de alto contenido biológico-científico.

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 con sus conocimientos científicos y su vivencia personal. Esta situación influye en la manera 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 muy 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. 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. Nuestros resultados indican que son el mayor apoyo en los pacientes de nuestra muestra, su influencia en la forma de atenderse o no es determinante. El proceso de enfermedad va más allá de diagnosticar y recetar, significa escuchar, entender y compartir con el otro; acercarnos a las percepciones del paciente en torno al problema que lo aqueja es un primer intento en la búsqueda de mejorar la comunicación entre el paciente y quienes lo atendemos. Aún falta mucho por trabajar y rediseñar propuestas que complementen la formación del psiquiatra, los resultados que hemos presentado son preliminares y forman parte de un estudio más extenso que aborda la percepción de la enfermedad de los pacientes con trastorno bipolar y su impacto en la relación médico-paciente.

## REFERENCIAS

- AGHANWA, H. S.  
2004 Attitude toward and knowledge about mental illness in Fiji Islands, *International journal of social psychiatry*, 50: 361-375.
- ALBANESE, M. J.  
1994 Comparison of measures used to determine substance abuse in an inpatient psychiatric population, *American journal of psychiatry*, 151: 1077-1078.

- BECK, P.  
1981 Rating scales for affective disorders. Their validity and consistency, *Acta psychiatrica scandinavica*, 64: 295.
- BHUGRA D.  
1989 Attitudes towards mental illness, *Acta psychiatrica scandinavica*, 80: 1-12.
- BHUI, K. Y D. BHUGRA  
2002 Explanatory models for mental distress: implication for clinical practice and research, *British journal of psychiatry*, 181: 6-7.
- BIEGEL, A. Y D. L. MURPHY  
1978 Assessing clinical characteristics of the maniac state, *American journal psychiatry*, 128: 688-694.
- CALLAN, A. Y R. LITTLEWOOD  
1998 Patient satisfaction: ethnic origin or explanatory model?, *International journal of social psychiatry*, 44: 1-11.
- CRISP, A.H.  
2000 Changing minds: every family in the land. An update on the College's Campaign, *Psychiatry bulletin*, 24: 267-268.
- DETHLEFSEN, T. Y R. DAHLKE  
1983 *La enfermedad como camino, una interpretación distinta de la medicina*, Plaza Janés, España.
- EISENBERG, L.  
1981 The physician as interpreter: ascribing meaning to the illness experience, *Comprehensive psychiatry*, 22: 239-248.
- FIRST, M. G. ET AL.  
1995 *Structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I) (User's guide and interview)*, research version, Biometrics Research Department, New York Psychiatric Institute, Nueva York.
- FITZPATRICK, R. ET AL.  
1990 *La enfermedad como experiencia*, Fondo de Cultura Económica, México.

- FOULKES, E. F., J. B. PERSONS Y R. L. MERKEL  
1986 The effect of patients' beliefs about their illness and compliance in Psychotherapy, *American journal of psychiatry*, 143: 340-344.
- GOLDBERG, J. F. Y C. L. ERNST  
2002 The economical and social burden of bipolar disorder: a review, *Bipolar disorders WPA Series-evidence and experience in psychiatry*, John Wiley and Sons, Reino Unido, pp. 432-475.
- GOODWIN, F. K. Y K. R. JAMISON  
1990 *Manic-depressive illness*, Oxford University Press, Washington.
- GRAF J. ET AL.  
2004 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: 542-547.
- HAMILTON, M.  
1960 A rating scale for depression, *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 23: 56-62.
- HUICOCHEA, L.  
2002 *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, pp. 1-46.
- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
2003 *Encuesta Nacional de Salud Mental 2003*, México.
- JOHANSEN, W. J.  
1969 Attitudes towards mental patients: a review of empirical research, *Mental hygiene*, 53: 218-228.
- KESSLER, R. C. ET AL.  
1998 Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders, *American journal of psychiatry*, 155: 62-69.

KLEINMAN, A. Y E. MENDELSONH

- 1978 Systems of medical knowledge: a comparative approach, *The Journal of medicine and philosophy*, 3: 314-330.

KLEINMAN, A.

- 1980 *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, University of California Press, Berkeley.

- 1988 The illness narratives. Suffering, Healing and the Human condition, *Basic books*, EUA.

KUPFER, D. J. *ET AL.*

- 2002 Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry, *Journal of clinical psychiatry*, 63: 120-125.

KURIHARA, T. *ET AL.*

- 2000 Public attitudes toward the mental ill: a cross-cultural study between Bali and Tokyo, *Psychiatry and clinical neurosciences*, 54: 547-552.

LISH, J. D. *ET AL.*

- 1994 The national depressive and manic-depressive association (DMDA) survey of bipolar members, *Journal of affective disorders*, 31: 281-294.

LITTLEWOOD, R.

- 1990 From categories to contexts: a decade of the new cross-cultural psychiatry, *British journal of psychiatry*, 156: 308-327.

LLOYD, K. R. *ET AL.*

- The development of the short explanatory model interview and its use among primary-care attenders with common mental disorders, *Psychological medicine*, 28: 1231-1237.

MACCARTHY, B.

- 1998 Clinical work with ethnic minorities, *New developments in clinical psychology*, vol. II, F. Watts, Chichester.

MACLEAN, U.

- 1969 Community attitudes to mental illness in Edinburgh, *British journal of preventive and social medicine*, 23: 45-52.

MADIANOS, M. G. *ET AL.*

- 1999 Changes in public attitudes toward mental illness in the Athens area, *Acta psychiatrica scandinavica*, 99: 73-78.

MARTÍNEZ, C. F.

- 1995 El hombre y su padecer, centro de una nueva medicina, *Médico moderno*, XXXIV 2: 8-79.

MCCABE, R. Y S. PRIEBE

- 2004 Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups, *British journal of psychiatry*, 185: 25-30.

MORI (MARKET OPINION & RESEARCH INTERNATIONAL)

- 1990 Mental Health–Public Bssiness Attitudes, *Research project for the mental health appeal*, Londres.

MORSELLI P. L.

- 2000 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.

QUINTANAR, O. F. *ET AL.*

- 1997 El concepto de salud y la trampa del razonamiento, *Ciencia y desarrollo*, n. 137.

SACHS, G. Y M. BAUER

- 2003 Rationale, design, and methods of the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD), *Biological psychiatry*, 53: 1028-1042.

SPITZER, R. L. *ET AL.*

- 1992 The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID-I): history, rationale and description, *Archives of general psychiatry*, 49: 624-629.

STIP, E. *ET AL.*

- 2001 Schizophrenia: people's perceptions in Quebec, *Canadian medical association journal*, 164: 1299-1300.

SUPPES, T. *ET AL.*

- 2001 The Stanley Bipolar Foundation Bipolar Treatment Outcome Network, 2: demographics and illness characteristics of the first 261 patients, *Journal of affective disorders*, 67: 45-59.

USTUN, T. B.

- 2000 Mainstreaming of mental health, *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 412.

VARGAS, L. A.

- 1991 Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer, *Gaceta médica de México*, vol. 127 núm. 1, enero-febrero.
- 1994 *Los colores lacandones, un estudio sobre percepción visual*, tesis de licenciatura, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

WOLFF, G. *ET AL.*

- 1996 Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people, *British journal of psychiatry*, 168: 191-198.

WORLD, BANK

- 1993 *World development report*, Oxford University Press, Washington.

YAGER, J. *ET AL.*

- 1999 Use of alternative remedies by psychiatric patients: illustrative vignettes and discussion of the issues *American journal of psychiatry*, 156: 1432-1438.

YOUNG, R. C. *ET AL.*

- 1978 A rating scale for mania. Reliability, validity and sensitivity, *British journal of psychiatry*, 133: 429-435.

