

Descripción de la conducta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados

Marcelo Valencia*
Ma. Luisa Rascón**
Blanca Rosa Otero**
Peter Ryan**

Summary

One of the most important aspects in the evaluation of a patient is the evaluation of his behavior, specially in the case of psychiatric patients.

When someone develops incoherent behavior, considered by most people as unexpected, disturbed or abnormal, the case should be managed as an emergency requiring that the patient, a relative or an observer ask for help.

A patient in this situation suffers a decrease of his adaptive capacity in such an extreme way, that he cannot manage his problems without professional help.

It is unlikely that people would go to a psychiatric hospital just because of unhappiness or suffering; most patients are submitted when their behavior has created difficulties, embarrassment or suffering to other people, but even though his diagnosis might be psychiatric, the patient's symptoms could be related to his social behavior.

Most studies about behavioral characteristics of psychiatric patients have been oriented to the evaluation of behavioral changes in different situations (i. e. before, during and after treatment).

The evaluation of the behavior of the psychiatric patient is relevant because it can provide useful information regarding the patient's situation before hospitalization, taking into consideration which aspects of his behavior led him to consultation. It can also help to identify positive behavioral changes during treatment, as well as the appearance of new behaviors developed due to hospitalization; this information is basic specially for the satisfactory performance of the patient in the post-hospitalization period.

Therefore a study was carried out in order to evaluate the behavioral characteristics of hospitalized psychiatric patients; the study was used as an antecedent for the introduction of an innovative program of intervention.

The Ward Behavior Scale was used to evaluate the behavior and the activities of the patients during 15 days of their hospitalization period. Male and female patients randomly selected were included in this study.

The results analyze the different areas of behavior that were considered in the study: verbal contact of patients with staff and other patients, antisocial behavior, exhibited behavior (j. e. social isolation, hyperactivity), social activities, etc.

Recommendations for the introduction of an intervention program directed to this type of patients are given and participation of the staff in training programs for managing psychosocial factors in the treatment of hospitalized psychiatric patients is stressed.

* Jefe del Programa de Capacitación en Investigación. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

** Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Resumen

Uno de los aspectos de importancia en la valoración del paciente es el que se refiere a la evaluación de la conducta, especialmente cuando se trata de pacientes psiquiátricos.

En el paciente psicótico, además de la evaluación de la sintomatología y los aspectos clínicos, la conducta es, en muchos casos, uno de los motivos de consulta que puede, inclusive, conducir al internamiento.

Cuando un sujeto empieza a desarrollar una serie de conductas incoherentes, consideradas como inesperadas, perturbadoras o incomprensibles por la mayoría de la gente, el caso se trata como una emergencia, lo que implica la solicitud de ayuda por parte del sujeto mismo, de un familiar o de un observador. El paciente que enfrenta esta situación ve reducida su capacidad de adaptación a tal extremo, que no puede manejar sus problemas sin ayuda profesional. No es probable que las personas lleguen a un hospital psiquiátrico sólo por el hecho de ser infelices o de estar sufriendo; generalmente los pacientes son enviados cuando su conducta provoca inconvenientes, vergüenza o sufrimiento a otros, de manera que aunque el diagnóstico pueda ser psiquiátrico, los síntomas están relacionados con la conducta social.

Los estudios acerca de las características de la conducta de los pacientes psiquiátricos se han orientado a la evaluación de los cambios en su conducta ante diversas situaciones, p. e.: antes, durante y después del tratamiento.

La evaluación de la conducta del paciente psiquiátrico resulta fundamental, ya que puede proporcionar información relevante acerca de la situación en que se encuentra el paciente antes de su hospitalización, considerando qué aspectos de su conducta proporcionaron su internamiento. De la misma forma, puede identificar los cambios favorables de conducta durante el tratamiento, así como la aparición de nuevas conductas surgidas a raíz de la hospitalización; tal información puede ser básica para el desempeño satisfactorio del paciente en el período posthospitalario.

Bajo estas consideraciones se llevó a cabo un estudio con el objeto de evaluar las características de la conducta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, lo cual sirvió como antecedente para la implementación de un programa de intervención.

Como instrumento de investigación se utilizó la Escala de Conducta Hospitalaria, mediante la cual se evaluó la conducta y las actividades que realizaron los pacientes hospitalizados durante un período de 15 días. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, seleccionados aleatoriamente.

Los resultados se presentan analizando las diversas áreas de conducta que fueron consideradas en este estudio: el contacto verbal de los pacientes con el personal y con otros pacientes, la conducta antisocial, la conducta exhibida (por ejemplo: aislamiento social, hiperactividad, risas inmotivadas o soliloquios), las actividades sociales, el nivel de autocuidado, la capacidad de aceptar responsabilidades, etc. Se dan recomendaciones en función de la implementación de un programa de intervención en este tipo de pacientes, y se destaca la necesidad de que el personal participe en programas de capacitación para el manejo de factores psicosociales, en el tratamiento del paciente psiquiátrico hospitalizado.

Introducción

Uno de los aspectos más importantes en la valoración de los pacientes es el que se refiere a la evaluación de la conducta, especialmente cuando se trata de pacientes psiquiátricos.

En el paciente psicótico además de la evaluación de la sintomatología y de los aspectos clínicos, la conducta es, en muchos casos, uno de los motivos de consulta que puede conducir al internamiento.

Para Garfiel (16), el término "esquizofrenia" incluye una gran variedad de síntomas de comportamiento y de personalidad. Stafford (38) considera que en el esquizofrénico, "el amor y el odio, la fe y la suspicacia, la alegría y la pena, el terror y la confianza, pueden coexistir o alterarse tan rápidamente que resulten indiscernibles en la mente del enfermo. No es difícil comprender que tal estado de caos, en la existencia mental y emocional, puede llevar a la acción impulsiva o a una conducta eminentemente extraña e incomprensible".

Cuando un sujeto empieza a manifestar una serie de conductas incoherentes, consideradas como inesperadas, perturbadoras, o incomprensibles para la mayoría de la gente, se trata de una emergencia que requiere que el mismo sujeto, un observador o un familiar solicite ayuda. El paciente en esta situación es definido por Knox (29) como: "aquel que se da cuenta de que su capacidad de adaptación ha sido reducida a tal punto, que no puede manejar sus problemas sin ayuda profesional". La conducta adquiere un contenido social del cual Jackson (25) opina que: "no es probable que las personas lleguen a un hospital mental sólo por el hecho de ser infelices o por estar sufriendo, sino que generalmente son enviadas allí cuando su conducta provoca inconvenientes, vergüenza, o el sufrimiento de otros. Aunque el diagnóstico pueda ser psiquiátrico, los síntomas por medio de los cuales se revela la enfermedad, están relacionados con la conducta social".

Algunos autores como Coleman (4), Chaplin (10), Frazier y cols (15), East (11) y Simon y cols. (36) consideran que para evaluar la conducta se debe tomar en cuenta al individuo y su medioambiente. Otros autores como Henderson (21), Beels (2), Valencia y cols. (39), Jenkins (27) y McFarlane (30) añaden otro elemento importante que se refiere a las relaciones interpersonales. En este sentido, Valencia y cols (39) conforman lo que han denominado el sistema de funcionamiento psicosocial, para evaluar la conducta del paciente. Comprende tres sistemas: el individuo (sistema personal), sus relaciones con otros (interpersonal) y el ambiente en que éste se desenvuelve (medioambiental).

El desempeño del paciente consistiría en la interacción de estos tres sistemas. Henderson (21) postula que los lazos o contactos sociales son necesarios para que una persona mantenga un grado razonable de satisfacción afectiva que le permita operar adecuadamente en los momentos de adversidad. McFarlane y cols (30) consideran que las personas que pueden formar relaciones de reciprocidad y confianza, tienen más habilidad para enfrentarse a situaciones estresantes. Jenkins (27)

considera que el proceso por el que pasa el paciente esquizofrénico consiste en una profunda frustración que se incrementa, sobre todo, en el área de las relaciones interpersonales.

Beels (2) le da mucha importancia al ambiente social que rodea al individuo y considera que tanto su ambiente como sus relaciones sociales son importantes para apoyarlo cuando tenga que enfrentarse a situaciones críticas.

Algunos investigadores, como Faris y Dunham (12), Beck (1) y Hammer y cols (20) han considerado la importancia que tienen los factores de la conducta social respecto a las hospitalizaciones, los tratamientos y las recaídas en los pacientes esquizofrénicos. Swedkowitz y cols (37) encontraron que, además de las razones clínicas para hospitalizar a los pacientes mentales, un factor importante es la incapacidad social del paciente fuera del hospital. A su vez, Jablensky, Schwarz y Tomov (24) consideraron que uno de los componentes más importantes de la disfunción es un bajo nivel de conducta social, como resultado de un padecimiento mental.

Para evaluar la conducta, Cox y cols (5) consideran que el enfoque no intenta describir la personalidad en su totalidad, pero sí enfatizar las variables importantes para el tratamiento, así como obtener los datos que sean representativos de conductas relevantes en situaciones específicas.

Halpern y cols. (19) consideran que la validez de las evaluaciones radica en la medida en la que la conducta proporcione un índice adecuado para formarse un criterio de la conducta del paciente. Este criterio se define generalmente como la habilidad que tiene que demostrar el paciente cuando desempeña una conducta esperada en un contexto específico. En algunos estudios de Creer (6), Feichtl (13) y Folsom (14) se ha demostrado que los individuos desarrollan diferentes patrones de conducta en los diferentes escenarios, por ejemplo: en la comunidad, en el hospital, etc.

Hay una gran variedad de escalas que evalúan la conducta del paciente, entre ellas, las de Clements (3), Nihira, Foster y cols. (31), Vineland y Doll (40), Platt y cols. (32), McFarlane y cols. (30), Curran y cols. (7), Gurland y Yorkston (18), Katz y Lysterly (28), y la de la World Health Organization.

Estas escalas han sido para evaluar la conducta de los pacientes depresivos, alcohólicos, farmacodependientes, esquizofrénicos, etc., tanto en la comunidad como en el ámbito hospitalario.

Los estudios acerca de las características de la conducta de los pacientes psiquiátricos se han dedicado a evaluar los cambios de conducta en los pacientes cuando se enfrentan a diversas situaciones ya sea antes, durante o después del tratamiento.

Wing y Brown (42) evaluaron la conducta de algunos pacientes esquizofrénicos por medio del impacto que les produjo un programa de estimulación social, el cual originó la reducción de conductas tales como la apatía, el desinterés y el aislamiento social. Schwartz, Myers y cols. (35) encontraron que por medio de la aplicación de un tratamiento grupal se obtenían mejores resultados en la conducta social de los pacientes

después de dárseles de alta. Hogarty y cols. (22) describen que mejoró la conducta de los pacientes esquizofrénicos que participaron en un programa que enfatizaba el desempeño de conductas sociales en la comunidad, en aspectos como la calidad de las relaciones interpersonales, el nivel de autocuidado y el mantenimiento del uso de medicamentos. De la Parra y cols. (8) estudiaron las características psicosociales de los pacientes internados en nueve hospitales psiquiátricos de México y encontraron que el 46% de la población entablaba relaciones ocasionales con otros miembros del hospital o con sus familiares, los pacientes correspondían cuando se les saludaba, respondían cuando se les llamaba y eran capaces de mantener relaciones con otros individuos. Al 29% nunca se le veía acompañado y era más frecuente que evitara relacionarse con los demás. Respecto a la conducta hospitalaria, se encontró que el 78% de los pacientes seguía las rutinas del hospital, obedecía las órdenes médicas y no le creaba conflictos a la institución. Hoult (23) reporta que los problemas de conducta más comunes en los pacientes esquizofrénicos son la inactividad, el aislamiento social y la agresión. En otro estudio, Wing (43) encontró que los familiares de los pacientes esquizofrénicos se quejaban de dos problemas de conducta típicos de estos pacientes: En primer lugar, que llegan a aislarse al grado de llevar una vida solitaria, aun viviendo dentro del hogar, y en segundo, que algunos pacientes se muestran excesivamente activos, además de que su conducta social le produce vergüenza a la familia.

Es importante evaluar la conducta del paciente psiquiátrico, ya que puede proporcionar información relevante acerca de la situación en la que éste se encuentra durante las distintas etapas. Por ejemplo, antes de hospitalizarlo se debe considerar qué aspectos de su conducta propiciaron su internamiento, y durante el tratamiento pueden identificarse los cambios favorables de conducta, así como la aparición de otros tipos de conducta que sean resultado de la hospitalización, para poder predecir el desempeño satisfactorio del paciente en el periodo posthospitalario.

El objetivo de este artículo es reportar los resultados obtenidos en un estudio acerca de la conducta de pacientes psiquiátricos hospitalizados, utilizando la escala de conducta hospitalaria de Ryan y Wing (34).

Metodología

Instrumento de investigación

Para evaluar la conducta de los pacientes se utilizó una versión adaptada de la escala de conducta hospitalaria diseñada por Wing y Brown (42). Con la versión adaptada de Ryan y Wing (34) se han obtenido niveles aceptables de validez y confiabilidad. La escala ha sido utilizada en una variedad de escenarios, incluyendo casas grupales y casas de cuidado posthospitalario (Ryan 33), así como ambientes hospitalarios (Jeffery, 26).

La escala fue traducida del inglés al español por un perito traductor. Se revisó exhaustivamente el contenido de la traducción de manera que el lenguaje de la

escala fuera accesible para la población de pacientes estudiados. Asimismo, se efectuó una prueba piloto en una muestra de pacientes, lo que permitió realizar modificaciones al instrumento, hasta adoptar una versión definitiva. En las sesiones de discusión para modificar la escala participaron dos psiquiatras, un psicólogo clínico y un psicólogo social.

Durante la fase de piloteo se hizo una prueba de confiabilidad entre los entrevistadores, utilizando la siguiente fórmula:

$$C = \frac{A}{A + D} \times 100$$

C = confiabilidad, A = acuerdos y D = desacuerdos. Se obtuvo una confiabilidad de 99. En la fase definitiva, cada paciente fue evaluado por un solo investigador. Los evaluadores que aplicaron la escala no conocían las características de la muestra estudiada, es decir, no tenían conocimiento de la patología, del diagnóstico, ni del tratamiento que recibían los pacientes. Su tarea principal consistía básicamente en aplicar la escala. La recolección de los datos demográficos (primera etapa) y la aplicación de la escala (segunda etapa) se llevaron a cabo en un periodo de dos semanas.

La escala se aplica en forma de entrevista, utilizando un informante clave que puede ser el psiquiatra, residente en psiquiatría, la enfermera, el terapeuta o alguna otra persona que esté familiarizada con la conducta y las actividades del paciente en el hospital. Al aplicar la escala se evalúa la conducta del paciente, tanto en su piso como en otras áreas del hospital, durante los últimos 15 días.

La escala evalúa los contactos espontáneos del paciente, sus respuestas a las aproximaciones físicas del personal o de otros pacientes y a los contactos amistosos u hostiles; sus cambios de conducta, su popularidad, sus peticiones al personal, sus actividades en su piso y fuera de él, sus contactos sociales, las visitas que recibe, sus intentos de fuga, la conducta que exhibe (su postura o sus modales), su aislamiento social, su hipoactividad, su hiperactividad, su conducta antisocial, su apariencia e higiene personal, las alternativas para colocarlo fuera del hospital y los problemas que enfrentaría él mismo y su familia al darlo de alta; el deterioro de su estado clínico, sus problemas con la ley, la adecuación de la entrevista, etc.

Selección de la muestra y procedimientos

Se seleccionó una muestra aleatoria de 72 pacientes, que corresponde a la tercera parte de la muestra total, integrada por 234 pacientes de 4 pisos del hospital. Se incluyeron pacientes de ambos sexos.

Se capacitó al equipo de investigación que participó en el estudio para que pudiera recabar los datos. Se le explicó todo lo referente a la selección de la muestra y a la aplicación de la escala.

El equipo de investigación estuvo compuesto por 8 investigadores que formaron 4 equipos. Cada equipo, que quedó integrado por 2 investigadores, fue asignado a cada uno de los 4 pisos incluidos en el estudio.

Al llegar a cada piso, los investigadores debían determinar el número total de pacientes (hombres y mujeres) y elaborar listas utilizando las hojas de control en las que se incluía diariamente a los pacientes que iban ingresando. Los pacientes se eligieron en forma aleatoria de la hoja de control. Se escogió un número al azar del 1 al 10 a partir de ese número cada tercer paciente se incluyó en el estudio.

Los investigadores aplicaron la escala, en forma de entrevista directa, a aquellos miembros del personal que pudieran considerarse como informantes idóneos por conocer suficientemente la conducta de los pacientes. Los informantes fueron seleccionados por el mismo personal del hospital, de acuerdo con su disponibilidad, entre los psiquiatras, las enfermeras, los psicólogos y los ayudantes de enfermería.

El estudio se llevó a cabo en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, en donde se atiende a pacientes agudos. Tiene una capacidad aproximada de 600 camas y cuenta con servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa, hospitalización parcial, talleres de terapia ocupacional, etc.

Resultados

A continuación se presentan algunas de las características más importantes de la muestra de 72 pacientes estudiados. La mayoría (55%) de los pacientes tenía entre 21 y 30 años de edad. La mayoría de los hombres (73.3%) y de las mujeres (51.3%) eran solteros. La escolaridad de la mayoría (66.4%) era baja: el 30.4% no había terminado la primaria, el 12% era analfabeta y sólo el 25% había terminado la primaria. En lo que se refiere al diagnóstico, las categorías de mayor importancia fueron las condiciones psicóticas orgánicas (39%),

TABLA 1
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

EDAD		PORCENTAJE	
15 a 20 años		17.0%	
21 a 30 años		55.0%	
31 a 40 años		27.2%	
41 a 50 años		0.8%	
		<u>100.0%</u>	
ESTADO CIVIL		SOLTEROS	OTROS
Mujeres	20	51.3%	48.7%
Hombres	52	73.3%	26.7%
N = 72			
ESCOLARIDAD			
Analfabetas		12.0%	
No terminaron primaria		30.4%	
Primaria completa		25.0%	
Otros		<u>32.6%</u>	
		100.0%	
DIAGNOSTICO			
Condiciones psicóticas orgánicas		39.0%	
Condiciones psicóticas funcionales		35.3%	
Dependencia hacia drogas		19.6%	
Trastornos neuróticos		4.9%	
Retardo mental		<u>1.2%</u>	
		100.0%	

las condiciones psicóticas funcionales (35.3%) y, en menor grado, la dependencia de las drogas (19.9%) (Tabla 1).

Los miembros del personal que participaron como informantes, es decir los que aportaron los datos acerca de la conducta de los pacientes, fueron: Psiquiatras, en un 34.7%; residentes de psiquiatría, en un

TABLA 2
CONTACTO DE PACIENTES CON EL PERSONAL Y CON OTROS PACIENTES

Contactos espontáneos de pacientes con el personal y con otros pacientes

	conversación completa		verbalización limitada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
con el personal	25	34.7	28	38.8
con otros pacientes	28	38.8	25	34.7

Respuesta a las aproximaciones del personal o de otros pacientes

	verbal activa apropiada		verbal limitada apropiada	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
con el personal	22	30.5	27	37.5
con otros pacientes	36	50.0	11	15.2

Contactos amigables y hostiles con el personal y con otros pacientes

	únicamente contactos amigables		mezcla de contactos amigables y hostiles		no presenta contactos amigables u hostiles	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
con el personal	34	47.2	14	19.4	17	23.6
con otros pacientes	48	66.6	23	31.9	0	0

26.3%; enfermeras, en un 23.6% y ayudantes de enfermería, en un 15.4%.

En la Tabla 2 aparece el tipo de contacto que tienen los pacientes con el personal y con otros pacientes. Se encontró que alrededor de la tercera parte de los pacientes (38.8%) tiene verbalizaciones limitadas con el personal, por ejemplo: saludan, sostienen breves intercambios de ideas, etc. Sin embargo, un 34.7% de los pacientes tuvo una verbalización limitada con los demás pacientes. Un 34.7% de los pacientes mantenía conversaciones completas con el personal por medio de contribuciones espontáneas, mientras que un 38.8% de los pacientes mantenía conversaciones completas con los demás pacientes.

En cuanto a las aproximaciones físicas, se encontró que el 30.5% de los pacientes emitió respuestas verbales activas apropiadas ante la aproximación física del personal, mientras que un 50% de los pacientes emitió respuestas verbales activas apropiadas ante la aproximación física de sus compañeros. Sin embargo, un 37.5% de los pacientes dio respuestas verbales limitadas apropiadas ante la aproximación física del personal, y un 15.2% de los pacientes dio respuestas verbales limitadas apropiadas ante la aproximación física de sus compañeros. Esto significa que poco más de la mitad (65.2%) de los pacientes emitieron respuestas verbales activas y limitadas apropiadas ante la aproximación física de otros pacientes.

Respecto al contacto amigable u hostil con el personal y con los otros pacientes, se observó que el 47.2% manifestó tener únicamente una relación

TABLA 3
CONDUCTA ANTISOCIAL

	PRESENCIA	SOSPECHA
Ebrilidad	2.7%	19.4%
Exhibicionismo o avances sexuales	6.9%	27.7%
Peleas, asaltos o amenazas físicas	11.1%	18.0%
Destrucción de propiedades	2.7%	8.3%
Robo	4.1%	38.8%
Irritabilidad hostil	16.6%	8.3%
Automutilación	4.2%	12.5%
Sobredosis	1.3%	—

amigable con el personal, mientras que un 66.6% de los pacientes tenía una relación amigable con sus compañeros. Un porcentaje menor de los pacientes (19.4%) llevaba una relación mezclada de amigabilidad y hostilidad con el personal. Este mismo tipo de relación la llevaban con los otros pacientes en un 31.9%. Además, las relaciones de un 23.6% de los pacientes no eran ni amigables ni hostiles hacia el personal.

En la Tabla 3 se indica la presencia, o la sospecha, de una conducta antisocial en los pacientes. La irritabilidad hostil (16.6%), las peleas (11.1%) y el exhibicionismo o avances sexuales (6.9%) fueron los más frecuentes. Las conductas antisociales más frecuentes fueron el robo (42.9%), el exhibicionismo o avances sexuales (34.6%), las peleas, los asaltos o amenazas físicas (29.1%) y la irritabilidad hostil (24.9%).

En la Tabla 4 se presentan las diferentes modalidades de la conducta exhibida por los pacientes; en primer lugar, la risa inmotivada o sin motivo aparente,

TABLA 4
CONDUCTA EXHIBIDA

	No se presenta	Ocasionalmente (No todos los días)	Frecuentemente (Una vez al día o más)	No aplicable
Risas inmotivadas o sin motivo aparente, y soliloquios	69.4%	11.1%	18.0%	1.3
Poses exageradas o manierismos	37.5%	47.2%	12.5%	2.7
Aislamiento social	No marcado 47.2%	Aislado, pero se acerca si se le invita 26.3%	Nunca se mezcla con otros aunque se le invite 25.5%	No aplicable 1.3
Hiperactividad	No es hiperactivo 56.9%	en ocasiones es controlable 19.4%	Frecuentemente es hiperactivo pero controlable 11.1%	No aplicable 12.4
Estabilidad de la conducta exhibida	Típica 70.8%	Atípica. Su conducta reciente es más aceptable socialmente 15.2%	Atípica. Su conducta reciente es menos aceptable socialmente 2.7%	No aplicable 11.1
Modales	Modales aceptables 95.8%	Episodios ocasionales de modales moderadamente inaceptables 1.3%	Episodios ocasionales marcadamente inaceptables 2.7%	
Incontinencia	No presenta incontinencia 79.1%	Presenta únicamente incontinencia urinaria ocasional 15.2%		No aplicable 6.5%
Promedio total	65.2	19.3	10.2	5.0

y los soliloquios; se encontró que la mayoría de los pacientes (69.4%) no presentaba este tipo de conducta; un porcentaje menor (18.0%) lo hacía frecuentemente (una vez al día); un 11.1% lo hacía ocasionalmente (no todos los días) y un 1.3% no fue aplicable.

En cuanto a las poses exageradas o manierismos, la mayoría de los pacientes (47.2%) exhibía esta conducta ocasionalmente (no todos los días), el 37.5% nunca la exhibía, un 12.5% lo hacía frecuentemente (una vez al día o más) y un 2.7% no realizaba nunca este tipo de conducta. Respecto al aislamiento social, la mitad (47.2%) de los pacientes no presentaba este tipo de conducta de una manera marcada, sin embargo, si se suman los porcentajes restantes de esta conducta nos da un 51.3% de pacientes que se aíslan, pero que se acercan si se les invita, y de los que nunca se mezclan con otros aunque se les invite a hacerlo.

La mayoría de los pacientes (56.9%) no son hiperactivos, un 19.4% lo son en ocasiones, pero se les puede controlar fácilmente, un 11.1% son frecuentemente hiperactivos, pero también son controlables, y un 12.4% no presenta estas conductas. Por lo que se refiere a la estabilidad de la conducta exhibida, en la mayoría de los pacientes (70.8%) no es típica, en un 15.2% es ocasionalmente atípica pero la conducta reciente es aceptable socialmente, en un 2.7% es frecuentemente atípica pero recientemente es menos aceptable socialmente, y un 11.0% no realiza estas conductas.

La gran mayoría (95.8%) de los pacientes tiene modales aceptables, el 1.3% tiene ocasionalmente modales moderadamente inaceptables y el 2.7% tiene por lo regular modales marcadamente inaceptables. Esto quiere decir que un bajo porcentaje (4.1%) de los pacientes tiene modales inaceptables.

Por lo que se refiere a la incontinencia, la mayoría (79.1%) no presenta esta conducta y sólo un 15.2% presenta incontinencia urinaria ocasional.

En resumen, si analizamos el resultado total de la conducta exhibida por los pacientes (Tabla 4), puede

decirse que un 65.2% no presenta la mayoría de las conductas mencionadas, salvo en el caso particular de las poses exageradas o los manierismos. Un porcentaje mayor (47.2%) las presenta ocasionalmente (no todos los días) y un menor porcentaje no las presenta (37.5%). En promedio, y considerando la aclaración anterior, un 19.3% de los pacientes presenta ocasionalmente (no todos los días) esta conducta; y un 10.2%, frecuentemente (una o más veces al día).

Si se analiza la Tabla 5, se encuentra que el 94.4% de los pacientes no realiza actividades tales como ir a la tienda del hospital, y un 5.5% sí realiza este tipo de actividades por sí mismo, es decir, sin que lo acompañen otros pacientes, familiares, amigos o miembros del personal.

Por lo que se refiere a ir a la farmacia que está enfrente del hospital, se observó que el 61.1% de los pacientes no va; un 18.0% sí va, pero acompañado por algún miembro del personal; un 6.9% va solo o con otros pacientes, familiares o amigos (no del personal).

La mayoría (91.6%) no va a la lavandería del hospital y sólo un 6.9% lo hace solo; un 1.3% va a la lavandería acompañado de alguien del personal, con o sin otros pacientes. La gran mayoría (98.6%) no tiene la posibilidad de salir a otros lugares, fuera de los permitidos, que están en los alrededores del hospital; un 1.3% sí sale solo.

En cuanto a la posibilidad de ir a lugares en donde se bebe alcohol, fuera del hospital, un 66.6% no va a este tipo de lugares, un 12.5% va solo, con otros pacientes o con algún miembro del personal, un 5.5% va con pacientes, familiares o amigos, pero no con miembros del personal, un 4.1% lo hace solo y otro porcentaje igual lo hace con miembros del personal, con o sin otros pacientes. Por lo que se refiere a otras actividades, como ir al jardín, se encontró que el 66.6% no va a este lugar, el 23.6% sí lo hace, pero solo, un 8.3% lo hace con alguien del personal (con o sin otros pacientes). Concluyendo, se observa que la gran mayoría (79.8%) no

TABLA 5
ACTIVIDADES SOCIALES DEL PACIENTE FUERA DEL PISO
(Durante el periodo de hospitalización)

Actividades	No realiza actividades	Las realiza por sí mismo	Con el personal (con o sin otros pacientes)	Con otros paciente, familiares o amigos (sin el personal)	Solo, con otros pacientes o con el personal	No aplicable
Ir a la tienda del hospital	94.4%	5.5%				
Ir a la farmacia, enfrente del hospital	61.1%	6.9%	18.0%	6.9%	6.9%	
Ir a la lavandería del hospital	91.6%	6.9%	1.3%			
Ir a lugares que estén en los alrededores del hospital (sin incluir las mencionadas)	98.6%	1.3%				
Ir a lugares donde se bebe alcohol	66.6%	4.1%	4.1%	5.5%	12.50%	6.9%
Otras, por ejemplo, ir al jardín	66.6%	23.6%	8.3%			1.3%
Promedio	79.8%	8.06%	5.20%	2.06%	3.2%	1.3%

**TABLA 6
AUTOCUIDADO**

Características	No requiere supervisión	Requiere supervisión ocasional	Requiere supervisión especial
Apariencia e higiene personal	59.7%	13.8%	26.3%
Limpieza - lavado	56.9%	15.2%	27.7%
Limpieza - baño	54.1%	16.6%	29.1%

lleva a cabo ninguna actividad, sin embargo, desglosando las diferentes actividades que sí realizan los pacientes, solos o acompañados por alguien, se encontró que el 8.05% las realiza solo o por sí mismo, el 5.20% en compañía de algún miembro del personal (con o sin otros pacientes), el 2.06% con otros pacientes, familiares o amigos (sin el personal) y el 3.2% de los pacientes lleva a cabo sus actividades indistintamente: solo, con pacientes o con el personal.

En la Tabla 6 se presentan las características referentes al autocuidado. En lo que respecta a la apariencia y la higiene personal, el 59.7% de los pacientes no requiere de supervisión alguna para mantener una buena apariencia personal; el 26.3% requiere de una supervisión especial, y el 13.8% requiere de supervisión ocasional.

En la limpieza y el lavado observamos que un 56.9% no requiere ningún tipo de supervisión, un 27.7% requiere supervisión especial y un 15.2% requiere de supervisión ocasional. En cuanto a la limpieza y el baño, encontramos que un 54.1% no requiere de ningún tipo de supervisión, sin embargo, un 29.1% requiere de supervisión especial y un 16.6% requiere simplemente de supervisión ocasional.

Por lo que se refiere a la capacidad de aceptar responsabilidades, en la Tabla 7 aparecen los datos relativos a los pacientes que el personal considera aptos para asumir responsabilidades. Se encontró que un 25% de los pacientes sí podría asumir la responsabilidad de cuidar el dinero que gane o posea, y al 27.7% de los pacientes se les podría permitir que acudieran a lugares donde se bebe alcohol.

En cuanto a la cooperación en el manejo de otros pacientes, se encontró que el 59.7% de los pacientes sí podría asumir tal responsabilidad, en tanto que sólo el 31.9% de ellos podría cooperar en darle de comer

**TABLA 7
CAPACIDAD PARA ACEPTAR RESPONSABILIDADES**

RESPONSABILIDADES	
Manejar el dinero que gane o posea	25. %
Visitar lugares donde se bebe alcohol	27.7%
Cooperar en el manejo de otros pacientes	59.7%
Darles de comer a otros pacientes	31.9%
Ayudar a controlar a los pacientes excitados	69.4%
Cooperar en el trabajo del piso (p. ej. limpieza de la sección)	61.1%
Llevar la ropa a la lavandería	52.7%
Ayudar en el manejo de los alimentos	18.0%

a otros pacientes. Para ayudar a controlar a un paciente excitado, se consideró que la mayoría (69.4%) sí podría ayudar en esta actividad. Para ayudar en el trabajo del piso, como la limpieza de la sección, un 61.1%, o sea, más de la mitad de los pacientes, sería capaz de prestar este tipo de ayuda. En cuanto a otro tipo de trabajo del piso, como llevar la ropa a la lavandería, un 52.7% sí podría ser responsable de realizar esta actividad. Finalmente, en el manejo de alimentos, sólo una minoría (18.0%) podría cooperar.

Discusión

En este artículo se presentan los aspectos más relevantes de las características de la conducta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

La población seleccionada para este estudio está constituida en su mayoría por jóvenes de 21 a 30 años de edad, solteros, de ambos sexos, con un nivel de escolaridad bajo (primaria parcial o completa) y con diagnóstico de condiciones psicóticas, orgánicas y funcionales, entre los más importantes.

Las características de conducta estudiada se dividieron en 6 áreas: 1) contacto verbal de los pacientes con el personal y con otros pacientes; 2) conducta antisocial; 3) conducta exhibida (aislamiento social, hiperactividad, etc.); 4) actividades sociales; 5) autocuidado; 6) capacidad de asumir responsabilidades (ayudar en actividades del piso, cooperar en el manejo de otros pacientes, etc.).

Los datos indican que hay mayor contacto entre los mismos pacientes que entre los pacientes y el personal; entre los pacientes se registraron conversaciones completas, respuestas verbales apropiadas y contactos únicamente amigables, a diferencia del contacto entre pacientes y personal, en cuyo caso se presenta verbalización apropiada aunque limitada. Como los pacientes presentan conductas tanto amigables como hostiles, es posible que ambos tipos se manifiesten con mayor frecuencia entre ellos, que con el personal. Llama la atención el hecho de que una cantidad considerable de los pacientes no presentó ningún tipo de contacto (amigable u hostil) con el personal. Aun cuando los resultados observados indican leves diferencias, éstas no resultaron significativas.

Los resultados sugieren que existe algún tipo de contacto verbal*, que puede ser considerado como favorable en relación a un programa de intervención con los pacientes, dadas sus características. En este sentido, el enfoque inicial de este programa no consistiría en el

* De acuerdo con el instrumento de Investigación (Escala de Conducta Hospitalaria), el contacto verbal se define y se evalúa de acuerdo con los contactos hechos por el paciente, tanto con el personal como con otros pacientes, en lo que se refiere a: 1) conversaciones completas; mantener la conversación mediante contribuciones espontáneas; 2) verbalizaciones limitadas, por ejemplo: saludar, intercambiar brevemente ideas, pedir cigarrillos, hacer preguntas o sugerencias, hacer observaciones sobre el funcionamiento del piso o sobre otros pacientes, solicitar ser dado de alta, etc; 3) respuestas ante las aproximaciones del personal o de otros pacientes; pueden ser respuestas verbales activas apropiadas, respuestas verbales limitadas apropiadas, etc.

establecimiento de contactos verbales, sino más bien en incrementar este tipo de conductas y así mejorar las relaciones interpersonales.

En el área de la conducta antisocial, los porcentajes de la manifestación de tal tipo de conducta fueron relativamente bajos, pero se elevaron considerablemente cuando se consideró la posibilidad de que se presentaran tales conductas, habiendo relación entre la presencia y la sospecha de que se presentaran conductas como el exhibicionismo y los avances sexuales, las peleas, los asaltos, las amenazas físicas y el robo.

Las actividades sociales de los pacientes fuera del piso, aunque no ocurren con frecuencia, presentan características interesantes; es escasa la proporción de los que van al jardín, a la lavandería, o a la farmacia ubicada enfrente del hospital, y menor aún que el porcentaje de los que concurren a sitios en los que se bebe alcohol. En esta última actividad no participa el personal médico o paramédico, sino más bien el personal de intendencia; esto no se interpreta como una conducta cuya finalidad sea el embriagarse en una cantina, sino como la posibilidad de salir del hospital para tomarse unas copas y transgredir así las normas de la institución. Este tipo de conducta corresponde a lo que Goffman (17) y Dudet (9) denominan mecanismos de ajuste secundarios, que son utilizados por el paciente para adaptarse a la institución; se trata básicamente de actividades que permiten al paciente "emplear medios para alcanzar fines no autorizados".

En el área del autocuidado, a pesar de que más de la mitad de los pacientes no requirieron supervisión, se reportó un considerable porcentaje que precisó supervisión ocasional y especial, en las tres categorías evaluadas. Los aspectos en que se presenta mayor capacidad de los pacientes para asumir responsabilidades es en la realización de actividades generales, como ayudar a controlar a pacientes excitados, cooperar en la limpieza de la sección y en el manejo de otros pacientes y llevar la ropa a la lavandería. Por otro lado, se observó que los pacientes no pueden asumir la responsabilidad en tareas más individuales, como ayudar en el manejo de alimentos, en el manejo de dinero o en darle de comer a otros pacientes.

Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con el modelo que prevalece en la institución, que tiene las características de un hospital de custodia; este modelo consiste en la aplicación de un tratamiento médico psiquiátrico basado en psicofármacos. Inicialmente se encuentra una supuesta estabilidad de conducta en los pacientes, la cual puede deberse al control farmacológico

y a la situación custodial a la que están sometidos.

La situación de custodia implica que el paciente llegue al hospital, permanece internado por un breve periodo (de 4 a 6 semanas), recibe sus medicamentos, se produce una disminución en la sintomatología y, posteriormente, es dado de alta. Durante este proceso se presenta una serie de conductas sociales que aparentemente no es considerada como parte importante en el tratamiento: sin embargo, es claro que no sólo el ambiente hospitalario custodial, sino también las actitudes y el comportamiento del personal, ejercen una influencia en los pacientes; el hecho de que los miembros del personal se encuentren generalmente ocupados en su rutina cotidiana, impide que se establezca un contacto más profesional y humano con los pacientes.

En relación con esta carencia de estimulación, se observó que los pacientes pasan gran parte del día sin desarrollar ningún tipo de actividad; esto ha sido conceptualizado por Wing (41) como el "síndrome de pobreza clínica", fenómeno que es parte de la situación custodial del hospital, a la cual el personal ya se encuentra habituado.

Para mejorar dicha situación, sería conveniente que el personal participara en programas específicos de capacitación, orientados al manejo de estos aspectos; sabemos, sin embargo, que los recursos del hospital son limitados, que el personal es escaso en relación con el número de pacientes, por lo que cabe destacar que, a pesar de esta situación, el personal realiza actualmente su mejor esfuerzo.

Para finalizar, y con base en tales consideraciones, sugerimos la necesidad de mejorar la calidad del contacto social entre el personal y los pacientes, así como entre unos y otros pacientes, por medio de reuniones de grupo, actividades recreativas y grupos de habilidades sociales y ocupacionales, de manera que se pueda contar con un espacio para hablar y considerar diversos problemas vitales en el tratamiento del paciente.

Para esto será necesario considerar los aspectos sociales y culturales de la población de pacientes, las posibilidades de su medioambiente, su funcionamiento a nivel hospitalario y, posteriormente, a nivel comunitario.

Estos aspectos destacan la necesidad de implementar programas de tratamiento que sirvan como complemento al manejo psiquiátrico tradicional, justificando la consideración de los aspectos psicosociales en el tratamiento global del paciente psiquiátrico hospitalizado.

REFERENCIAS

1. BECK J y cols: An empirical investigation of psychotherapy with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 7 (2): 241-247, 1981.
2. BEELS CC: Social support and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 7 (1) 58-72, 1981.
3. CLEMENTS PR y cols: Adaptative behavior scale, part two: Predictive efficiency of severity and frequency scores. *Amer J Mental Deficiency* 85 (4): 433-434, 1981.
4. COLEMAN J: Abnormal psychology and modern life. Scott Foresman and Company, Glenview, Illinois, Londres 1972.
5. COX MD y cols: Psychological evaluation: Clinical contributions of psychology. Part four, on a clinician's manual on mental health care: A multidisciplinary approach. Steven Proffice and George Adams Editores. Addison-Wesley Publishing Company, 8: 76-90, 1982.

6. CREER C: Living with schizophrenia. *Social Work Today*. 6: 2-7, 1975.
7. CURRAN JP: The socially inadequate patient: Incidence rate, demographic and clinical features, and hospital and posthospital functioning. *J Consulting and Clinical Psychology* 48 (3): 375-378, 1980.
8. DE LA PARRA A, ESCOBAR O, RUBIO S: Características psicosociales de pacientes crónicos hospitalizados. *Salud Pública de México*. 25 (2): 161-172, marzo-abril, 1983.
9. DUDET C: El rol del paciente psiquiátrico hospitalizado: Un estudio psicosocial a partir de la propia experiencia del paciente. Tesis para optar por el título de licenciada en psicología, UNAM, 1986.
10. CHAPLIN JP: Dictionary of psychology. Dell Publishing Co., Inc. Nueva York, 1974.
11. EAST MM: Psychology, principles and applications. The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1970.
12. FARIS EL, DUNHAM HW: Mental disorders in urban areas. University of Chicago Press, Chicago, 1939.
13. FEICHTL K: Parent vs. teacher behavior ratings of Rome resident TMR children. Master's thesis. Ohio State University, 1973.
14. FOLSOM J: A study of the differences between parent and teacher attitudes of the maladaptive social behavior of educable mentally retarded male students born in 1958. Master's thesis, Ohio State University, 1974.
15. FRAZIER R y cols: Terminología Psiquiátrica y de la Clínica Psicológica. Edit. Trillas, 1976.
16. GARFIELD SL. Psicología Clínica. El Estudio de la Personalidad y la Conducta. Editorial El Manual Moderno, S.A., 1979.
17. GOFFMAN E: Asylums. Essay on the social situation of mental patients and other inmates. Anchor 1300 k, Edit, 1961.
18. GURLAND BJ, YORKSTON NJ, STONE AR y FRANK JD: The structured and scaled interview to assess maladjustment (SSIAM). 1. Description, rationale and development. *Archives General Psychiatry* 27: 259-264, 1972.
19. HALPERN A, IRVIN L, LANDMAN J: Alternative approaches to the measurement of adaptive behavior. *American J Mental Deficiency* 84 (3): 304-310, 1979.
20. HAMMER M: Social supports, social networks, and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 7: 45-57, 1981.
21. HENDERSON S: The social network, support and neurosis. The function of attachment in adult life. *Brit J Psychiat* 131: 185-191, 1977.
22. HOGARTY GE, GOLBERG SC y cols: Drug and psychotherapy in the after care of schizophrenic patients: II Two year relapse rates. *Archives General Psychiatry* 31: 603-608, 1974.
23. HOULT J: Psychiatric hospital versus community treatment: A controlled study. Department of Health, N S W Sydney, Australia, mayo, 1983.
24. JABLENSKY A, SCHWARZ R, TOMOV T: WHO Collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. Reprint from: Epidemiological Research as Basis for the Organization of Extramural Psychiatry. *Acta Psychiat Scand*. Suppl 285, 62: 152-163, 1980.
25. JACKSON BF: Psychiatric and social attributes as predictors of case outcome in mental hospitalization. *Social Problems* 8: 322-328, 1961.
26. JEFFERY JR: Living without the mental hospitals. *J Social Policy* 4: 391-404, 1975.
27. JENKINS RL: Nature of the schizophrenic process. *Arch Neurol Psychiat* 64: 243-262, 1950.
28. KATZ MM, LYERLY SB: Methods of measuring adjustment and social behavior in the community: I. Rationale, description discriminative validity and scale development. *Psychological Reports* 13: 503-535, 1963.
29. KNOX J: Some factors in identifying and defining mental illness. *Mental Hygiene* 46: 66-74, 1968.
30. Mc FARLANE AH, NEALE KA, NORMAN GR, ROY RG, STREINER DL: Methodological issues in developing a scale to measure social support. *Schizophrenia Bulletin* Vol. 7, 1: 90-100, 1981.
31. NIHIRAK, FOSTER R y cols: AAMD Adaptive behavior scale, 1974 revision. American Association on Mental Deficiency. Washington, D.C., 1974.
32. PLATT S: Social adjustment as a criterion of treatment success: Just what are we measuring? *Psychiatry* 44: 95-112, Mayo, 1981.
33. RYAN P, HEWETT SH: A pilot study of hostels for the mentally ill. *Social Work Today*, 6 (25): 774-778, 1976.
34. RYAN P, WING JK: A study of hostels and group homes used by four local authorities to support mentally ill people in the community Chapter 5 En: Community care for the mentally disabled. Londres Oxford University Press. 77-109, 1979.
35. SCHWARTZ CC, MYERS JK, ASTRACHAN BM: The outcome study in psychiatric evaluation research. *Arch Gen Psychiatry* 29: 98-101, 1973.
36. SIMON S y cols: International Dictionary English-Spanish, Spanish-English, 1983.
37. SZWEBKOWICZ S, SZWEBIDOWICZ E: Social determinants in the hospitalization of mentally ill. *Psychiat Pol T X NR* 6: 611-617, 1976.
38. STAFFORD-CLARK D: *Manual de Psiquiatría Clínica*. Edit. Paidós, 1969.
39. VALENCIA M, ROJAS E, RUIZ V, GONZALEZ C, RAMOS L: Desarrollo de un esquema teórico para evaluar el funcionamiento psicosocial, integración de sistemas y elaboración de conceptos Reporte Interno, IMP, 1984.
40. VINELAND J, DOLL EA: *The Measurement of Social Competence: A Manual to the Vineland Social Maturity Scale*. Educational Publishers, Minneapolis, 1953.
41. WING JK: Institutionalization in mental hospitals. *British J Social Psychology* 1: 38-51, 1962.
42. WING JK, BROWN GW: Social treatment of chronic schizophrenia: a comparative survey of three mental hospitals. En: *Institutionalization and Schizophrenia*. Cambridge University Press 847-861, 1970.