

EDUCACIÓN EN SALUD

Introspección Hacia su Condición de un Grupo de Pacientes Puertorriqueños con Trastornos Mentales

MARIBEL PIÑERO HERNÁNDEZ, RN, MPHE*; RENÉ R. DÁVILA TORRES, MS†; JOANNA AVILÉS PÉREZ, MPHE*; SAMUEL RUÍZ DE LA CRUZ, MD‡

Objetivo. Explorar la introspección hacia su condición de un grupo de pacientes puertorriqueños con trastornos mentales.

Método. Se utilizó una muestra no probabilística (n=51) por conveniencia y disponibilidad del total de la población de pacientes con trastornos mentales que recibieron tratamiento, durante el mes de junio de 1997, en un Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) del Departamento de Salud de Puerto Rico. Se utilizaron estadísticas descriptivas, así como Ji-cuadrada y pruebas t de Mann Whitney.

Resultados. Se encontró que el 52.0% de los participantes tenía una instrospección hacia su condición alta. A su vez, el 48.0% tenía una baja introspección. Existe una diferencia significativa entre el nivel de instrospección y el sexo del participante

($t=1.92$, $p=0.05$). Los varones obtuvieron una puntuación promedio mayor en la escala de instrospección que las mujeres. O sea, los varones tenían una introspección hacia su condición mayor que las mujeres participantes.

Conclusión. Era de esperarse que la población seleccionada estuviera estabilizada en su condición, ya que no estaba hospitalizada y recibía tratamiento ambulatorio. Aun así, casi la mitad de los pacientes mostró tener un nivel de introspección bajo hacia su condición. Las implicaciones de este resultado son de gran importancia para la educación en salud, ya que casi la mitad de los pacientes no entiende que tienen un trastorno mental serio.

Palabras clave: Introspección, Salud mental, Trastornos, Ambulatorio, Educación a paciente.

Se estima que uno de cada seis puertorriqueños padece de alguna trastorno siquiátrico. Esto implica que por lo menos, 450,000 puertorriqueños sufren de algún tipo de trastorno mental (1). Se ha hecho evidente a través de diferentes estudios investigativos que las enfermedades mentales en Puerto Rico resultan ser uno de los problemas de salud de mayor importancia en la Isla (2). Según Canino (3) indicó que Puerto Rico recibirá el nuevo milenio con un 27.0% de su población adulta que tendrá o habrá tenido algún tipo de trastorno mental en el transcurso de su vida. Estimando que la población adulta sea de 2.2 millones en el año 2000, se trata de

602,000 hombres y mujeres, entre los 17 y 64 años que necesitarán ayuda para condiciones como ansiedad y trastornos afectivos (3).

Aún cuando los pacientes desean información sobre la calidad del servicio de salud de los proveedores no podrán utilizarlos correctamente a menos que puedan entenderlo. Cuando el paciente ha terminado de informar sus síntomas, el médico evalúa el historial clínico y establece un diagnóstico como parte de sus funciones. Los pacientes, por lo general, no tienen el conocimiento médico requerido para determinar la etiología de su enfermedad. De todas maneras, ellos intentan entender y explicar los síntomas que ellos perciben, incluso antes de consultar un médico.

Los pacientes deben tener tanto conocimiento como entendimiento sobre las recomendaciones dadas por su médico para cooperar con el tratamiento (4). Generalmente, la instrospección se refiere al conocimiento o entendimiento que los pacientes tienen hacia su enfermedad y se mide a base de las declaraciones verbales del paciente y sus conductas. Sin embargo, no está del

*Del Programa de Educación en Salud, el †Programa de Madres y Niños de la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, y el ‡Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico

Dirigir correspondencia a: René R. Dávila Torres, MS, Programa Salud de la Madre y el Niño Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas, PO Box 365067, San Juan, Puerto Rico 00936-5067, e mail: rdavila@rcmnt7.upr.clu.edu

todo claro: (a) la profundidad de conocimientos requeridos para determinar su presencia; (b) si el entendimiento se refiere a la enfermedad que afecta al paciente o a los síntomas específicos; y (c) los mecanismos que están envueltos en el proceso de tener o no tener introspección (5).

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organización de Cuidado de Salud (6), especifica la educación de pacientes y familiares como una de las funciones críticas más importantes del cuidado al paciente. Los estándares que ellos establecen para esta función intentan promover actividades educativas que asisten al paciente y su familia a mantener conductas saludables, aumentar el cumplimiento con los medicamentos ordenados y facilitar la habilidad del paciente y su familia para lidiar con el diagnóstico y el manejo de su enfermedad. En Puerto Rico existen pocos programas psicoeducativos diseñados para proveer conocimientos acerca de la condición, tratamiento y manejo de la enfermedad mental. El propósito de este estudio fue explorar la introspección hacia su condición de un grupo de pacientes puertorriqueños con trastornos mentales.

Método

Para lograr los objetivos de este estudio exploratorio se utilizó el diseño no experimental (correlacional transeccional). Mediante este diseño, se intentó describir la relación que existía entre la introspección del paciente hacia su condición y las variables: sexo, edad, estado civil, nivel educativo y duración de la condición. Los estudios exploratorios sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos y obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación sobre un contexto particular de la vida real.

Como marco teórico de este estudio se utilizó el Modelo de Toma de Decisiones de Salud (4). Este modelo ha sido propuesto como una versión de la tercera generación del Modelo de Creencias de Salud, el cual tiene como hipótesis que el cumplimiento al tratamiento depende en algún grado de las percepciones hacia la susceptibilidad a la enfermedad, la severidad de la enfermedad si es contraída y los beneficios y barreras que han de ser derivados para llevar a cabo la acción recomendada. El Modelo de Toma de Decisiones de Salud combina el análisis decisional, la teoría de decisión de conductas y las creencias de salud para lograr un modelo unificado.

Se utilizó una muestra no probabilística (n=51) por conveniencia y disponibilidad del total de la población de pacientes con trastornos mentales que recibieron tratamiento, durante el mes de junio de 1997, en un Centro

de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) del Departamento de Salud de Puerto Rico. El CDT, es un centro de tratamiento y diagnóstico psiquiátrico para pacientes ambulatorios. En este se atiende a toda persona mayor de 18 años que solicite tratamiento para cualquier tipo de trastorno mental.

El instrumento de recopilación de datos que se utilizó, fue un cuestionario. Para medir la introspección hacia la condición del paciente se utilizó la escala de introspección diseñada por los doctores Germán Berrios e Ivana Marková (11) del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Cambridge, Inglaterra. La escala original estaba redactada en el idioma inglés, sin embargo los autores nos proveyeron una traducción realizada en España. Esta fue sometida a un panel de expertos en el Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina del Recinto de Ciencias Médicas en la Universidad de Puerto Rico. A su vez la misma fue evaluada por una traductora de la Escuela de Salud Pública de Puerto Rico. A la escala se le hizo la prueba de confiabilidad alfa de Cronbach para medir la consistencia interna del mismo. Este coeficiente fue de 0.84, demostrando una consistencia interna alta. Los coeficientes alfa para cada una de las premisas de la escala fluctuaron entre 0.82 y 0.86.

En esta investigación se utilizó la entrevista y la revisión de expedientes médicos para la recopilación de datos. Se seleccionó la entrevista entre las diferentes formas de recopilación, dado el tipo de sujetos de estudio: pacientes con trastornos mentales. La revisión de los expedientes médicos se hizo para validar la información ofrecida por el (la) paciente sobre su condición mental.

Se consideró el tener una introspección alta sobre su condición, aquellos pacientes que obtuvieron una puntuación entre 28 y 38 puntos inclusive en la escala; mientras que una puntuación entre 0 y 27 puntos se consideró que el paciente tenía una introspección hacia su condición baja.

Se utilizaron estadísticas descriptivas en el análisis de los datos. También se utilizó la prueba de asociación conocida como Ji-cuadrada de Cramer y las pruebas t no paramétricas de Mann-Whitney con el propósito de observar relaciones entre las variables de estudio. El nivel de significancia fue de $p \leq 0.05$.

Resultados

El grupo participante en este estudio fue de 51 pacientes de un CDT para pacientes con trastornos mentales. Se encontró que un 60.8% (n=31) de los pacientes era del sexo femenino, mientras que un 39.2% (n=20) era del sexo masculino. En cuanto a la edad de los pacientes, se encontró que fluctuaba entre una edad mínima de 25 años

y una edad máxima de 93 años. La mediana fue de 56 años. En general, se observó que el grupo de edad más frecuente lo fue el de 75 a 84 años (27.5%), seguido por el grupo de 45 a 54 años (25.5%). El 43.1% de los participantes se encontraban casados al momento del estudio, seguido por un 25.5% de los participantes que se encontraban solteros. En cuanto al grado escolar más alto completado, se encontró que el 23.5% de los participantes había completado un grado elemental o intermedio, respectivamente. Mientras un 21.6% tenía un grado de escuela superior completado y un 19.6% tenían grados universitarios (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil Sociodemográfico de los Participantes (n=51)

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	20	60.8
Femenino	31	39.2
Categoría de Edad (años)		
25-34	1	1.9
35-44	5	14.4
45-54	12	25.5
55-64	5	14.4
65-74	5	14.4
75-84	22	27.5
85-+	1	1.9
Estado Civil		
Casado(a)	22	43.1
Soltero(a)	13	25.5
Viudo(a)	7	13.7
Divorciado(a)	6	11.8
Consensual	2	3.9
Separado(a)	1	2.0
Nivel Escolar		
Elemental	12	23.5
Intermedio	12	23.5
Superior	11	21.6
Vocacional	3	5.9
Universidad	10	19.6
Ninguno	3	5.9

Mediana= 56 años

Otras de las variables estudiadas fue la duración de la condición mental del participante; o sea el tiempo que lleva el participante diagnosticado con una condición mental. Se encontró que el tiempo de duración de las condiciones diagnosticadas en los participantes fluctuó entre seis meses y 45 años. La mediana fue de 15 años de duración con la condición mental (Tabla 2).

Tabla 2. Duración de la Condición Mental del Participante (n=51)

Tiempo (años)	n	%
≤10	17	33.3
11-20	18	35.3
21-30	05	9.8
31-40	09	17.6

Mediana = 15 años

Con relación al padecimiento de los nervios, se encontró que el 96.1% contestó que padecía de los nervios, mientras un 3.9% respondió que no padecía de los nervios. Sin embargo, cabe señalar que cuando se les preguntó si consideraban tener una enfermedad mental, sólo el 56.9% respondió de forma afirmativa. Se observó que la mayoría (64.7%) de los participantes mencionó conocer su diagnóstico médico. Cuando se les preguntó el nombre de la condición mental diagnosticada, la esquizofrenia (37.3%) fue el diagnóstico médico más frecuente, seguido por un 23.5% con un diagnóstico de depresión. Cabe señalar que un 27.5% de los participantes no tenían conocimiento del nombre de su condición médica (Tabla 3).

Tabla 3. Condición Mental del Paciente (n=51)

	n	%
Padece de los nervios		
Sí	48	96.0
No	3	4.0
Percepción de tener una enfermedad mental		
Sí	29	57.0
No	22	43.0
Conocimiento sobre diagnóstico médico		
Conocen	33	65.0
No conocen	18	35.0
Tipo de diagnóstico médico		
Esquizofrenia	19	37.3
Depresión	12	23.5
Depresión-manía (Bipolar)	2	3.9
Otros	4	7.8
Desconoce	14	27.5

Con relación al tratamiento se encontró que en su mayoría los participantes recibían más de un tipo de tratamiento. El 98.0% recibía tratamiento a través del uso de medicamentos. A su vez, un 54.9% recibía terapia individual y un 14.0% recibía terapia de grupo. Sólo un 6.0% recibía terapia familiar (Tabla 4).

Tabla 4. Tipo de Tratamiento Recibido (n=51)

Tipo de tratamiento*	n	%
Medicamentos	50	98.0
Terapia individual	28	54.9
Terapia de grupo	7	14.0
Terapia de familia	3	6.0

(*) Una persona puede recibir más de un tipo de tratamiento

Un 80.4% de los participantes mencionó desear conocer más acerca de su condición mental, mientras un 19.6% dijeron sentirse satisfecho con los conocimientos ya adquiridos sobre su enfermedad. Por último, se le preguntó a los participantes qué profesional de la salud le había informado sobre su condición. Un 90.2% indicó que el médico fue la persona que le brindó información sobre su diagnóstico. A su vez, un 31.4% mencionó al trabajador social como el profesional que le brindó información sobre su condición (Tabla 5)

Tabla 5. Profesional de la Salud que Informó al Paciente sobre su Condición Mental (n=51)

Tipo de Profesional*	n	%
Médico	46	90.2
Enfermera(o)	06	11.8
Educador(a) en salud	01	2.0
Trabajador(a) social	16	31.4
Otro	13	25.5

(*) El participante podía mencionar más de un profesional de la salud.

La escala de introspección se definió como una subcategoría del conocimiento propio. Este conocimiento, no sólo es acerca del trastorno que les afecta, sino de cómo este trastorno le afecta su interacción con el ambiente. En general se encontró que el 52.0% de los participantes tenía una introspección hacia su condición alta. A su vez, el 48.0% tenía una baja introspección. Al observar el nivel de introspección de los participantes por los dos diagnósticos más frecuentes, se encontró que para aquellos pacientes diagnosticados con esquizofrenia su nivel de introspección fue uno proporcional (55.6%-alto y 44.4%-

bajo). Sin embargo, el grupo con trastornos depresivos mostró en su mayoría (75.0%) altos niveles de introspección.

La tabla 6, (página 277) muestra los resultados obtenidos por los participantes en las diferentes premisas de la escala de introspección. Cabe destacar que un 90.2% de los participantes están de acuerdo en que uno se enferma del cuerpo y no de la mente. Así también, un 80.4% indicó estar de acuerdo con la aseveración de que la enfermedad mental no existe. Un 66.7% está de acuerdo en que cuando éste es hospitalizado es sólo para tomar un descanso lo que contrasta con un 82.4% que indicó estar de acuerdo de que ellos necesitan estar en un hospital.

Se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación promedio obtenida en la escala de introspección y el sexo del participante ($t=1.92$, $p=0.05$). Según muestra la tabla 7, los varones obtuvieron una puntuación promedio mayor en la escala de introspección que las mujeres. O sea, los varones tenían una introspección hacia su condición mayor que las mujeres participantes.

En cuanto a la edad no se encontró diferencias significativas entre la puntuación promedio obtenida en la escala de introspección y la edad del participante ($t=0.34$, $p=0.73$). De igual forma, no se encontró una asociación significativa entre el estado civil del participante y el nivel de introspección (Cramer=0.1258, $p=0.67$).

Al igual que para el estado civil, no se encontró una asociación significativa entre el nivel de educación del participante y el nivel de introspección (Cramer=0.1990, $p=0.37$). Por último no se encontró diferencias significativas entre la puntuación promedio obtenida en la escala de introspección y la duración de la condición mental del participante ($t=-0.26$, $p=0.79$).

Discusión

De acuerdo a los resultados del perfil sociodemográfico de los pacientes con trastornos mentales, se encontró que la mayoría de los entrevistados pertenecen al sexo femenino. Esto resultó representativo de la realidad demográfica puertorriqueña (7), donde el porcentaje mayor de la población en Puerto Rico pertenece a este género. Con relación a la edad de los participantes se encontró una gama amplia de edades que fluctuaron desde los 25 hasta los 93 años. Estos demuestran que personas en sus años más productivos a la sociedad están recibiendo tratamiento psiquiátrico.

En más de la mitad de los pacientes entrevistados, su estado civil era de no casado (divorciados, viudos, solteros, separados). La literatura establece que muchos

Tabla 6. Análisis por Premisa de la Escala de Introspección (n=51)

Premisa	De acuerdo		En Desacuerdo	
	n	%	n	%
Estoy enfermo(a) y necesito tratamiento.	49	96.1	02	3.9
Mi condición puede ser tratada con medicinas.	46	90.2	05	9.8
Me siento distinto a como soy normalmente.	42	82.4	09	17.6
He estado teniendo ideas absurdas.	33	64.7	18	35.3
Me estoy aislando de los demás.	37	72.5	14	27.5
Mis vecinos la han cogido conmigo.	37	72.5	14	27.5
Uno se enferma del cuerpo, no de la mente.	46	90.2	05	9.8
A mí no me pasa nada malo.	33	64.7	18	35.3
Estoy enfermo(a) pero nadie parece creerlo.	36	70.6	15	29.4
Estoy perdiendo el control sobre mí mismo(a).	31	60.8	20	39.2
Siento que se me va la mente.	36	70.6	15	29.4
Me está ocurriendo algo muy extraño.	33	64.7	18	35.3
Sé que mis pensamientos son absurdos pero no puedo evitarlo.	40	78.4	11	21.6
No puedo dejar de preocuparme por las cosas.	41	80.4	10	19.6
La gente que me rodea parece distinta.	29	56.9	22	43.1
Siento que están pasando cosas raras a mi alrededor.	35	60.8	20	39.2
No me siento parte de nada.	29	56.9	22	43.1
Alguien está controlando mi mente.	31	60.8	20	39.2
La enfermedad mental no existe.	41	80.4	10	19.6
Para sentirme bien sólo(a) necesito que me aconsejen y hablar con alguien	43	84.3	08	15.7
Quiero saber porqué me estoy sintiendo así.	40	78.4	11	21.6
He ingresado al hospital sólo para tomar un descanso.	34	66.7	17	33.3
Parece que no soy capaz de funcionar normalmente.	31	60.8	20	39.2
Todo a mi alrededor parece distinto.	33	64.7	18	35.3
Estoy teniendo dificultad para pensar.	40	78.4	11	21.6
Necesito estar en el hospital.	42	82.4	09	17.6
Siento dificultad en sentirme cómodo(a) con personas que conozco.	31	60.8	20	39.2
La enfermedad mental existe an algunas personas de la población.	08	15.7	43	84.3
No me siento seguro(a).	37	72.5	13	25.5
Entiendo porqué otras personas piensan que debo estar ingresado(a) en el hospital.	40	78.4	11	21.6
Las medicinas pueden usarse para tratar las enfermedades mentales.	46	90.2	05	9.8
Todo a mi alrededor parece distinto.	33	64.7	18	35.3
Mis sentimientos hacia los demás han cambiado.	29	56.9	22	43.1
Todo parece desorganizado.	43	64.7	18	35.3
Parece que no tengo control de mis pensamientos.	37	72.5	14	27.5
La hospitalización puede ser necesaria para tratar la enfermedad mental.	37	72.5	14	27.5
Hay algo raro en la gente que me rodea.	25	49.0	26	51.0
En estos momentos estoy padeciendo de los nervios.	47	92.2	04	7.8
Las cosas ya no tienen sentido.	25	49.0	26	51.0

Tabla 7. Relación entre la Puntuación Promedio Obtenida en la Escala de Introspección y el Sexo del Participante

Sexo	n	Promedio	t	valor p
Masculino	20	30.55	-1.92	0.05
Femenino	31	22.40		

de estos pacientes sienten un sentimiento de inutilidad y desmoralización, debido a los episodios recurrentes de su condición, la sintomatología repetitiva y el fracaso de sus relaciones personales (8). El nivel educativo ha sido relacionado a la prevalencia de distintos diagnósticos psiquiátricos en estudios realizados en Puerto Rico (1). Estos estudios demuestran que la prevalencia de los trastornos mentales disminuye al aumentar el nivel educativo del individuo. En el grupo de pacientes participantes en este estudio, más de la mitad tenían un grado intermedio completado solamente. Cabe señalar, que hubo dos participantes que no tenían ningún grado escolar completado. Los mismos no tenían las destrezas básicas de leer y escribir. Este dato es de mucha importancia para el educador en salud al planificar e implantar estrategias educativas. Por lo tanto, la escolaridad del paciente debe considerarse como un factor importante al diseñar programas educativos para esta población.

El aprender sobre la enfermedad mental y su sintomatología puede ser un proceso difícil y doloroso en algunos individuos. Muchos pacientes tienen la dificultad en entender que están enfermos mentalmente y otros, aunque lo entiendan se les hace difícil aceptarlo. Algunos pacientes reconocen como su enfermedad ha consumido su vida con consecuencias negativas. Han sentido el rechazo de la sociedad y han experimentado el dolor emocional de ser parte de un "diagnóstico" en vez de una "persona".

De acuerdo al marco teórico en el cual se fundamenta este estudio (4), la experiencia que tiene el paciente con relación a su enfermedad es un factor importante en el manejo de la misma. Esta influye en la toma de decisiones del paciente en relación a las conductas de salud y en el cumplimiento hacia el tratamiento. En este estudio se encontró gran diversidad de casos en la duración de la enfermedad mental. Hubo pacientes presentando síntomas del trastorno con sólo seis meses de duración. Mientras que también, se encontró personas padeciendo del mismo por periodos de tiempo tan extensos como 45 años. Por lo tanto, las modalidades de tratamiento y las intervenciones educativas deberán ser individualizadas en la manera que sea posible.

Las estrategias y programas educativos individualizados están basados en el principio de teorías de desarrollo de

personalidad, formación de actitudes y percepción hacia la condición (9). La percepción del paciente hacia la enfermedad mental, en muchos casos, es principalmente pragmática (10). Muchos de los pacientes tienen como expectativa básica estar libre de síntomas, limitando así el proceso de entender y aceptar su condición mental.

Para este estudio resultó muy significativo el hallazgo de que casi la totalidad de los pacientes consideraba que padecía de los nervios. Sin embargo, la proporción se redujo a la mitad al preguntársele si tenían alguna enfermedad mental, aún teniendo diagnósticos severos como la esquizofrenia. Es muy cierto que estos pacientes tienen alteraciones en sus procesos de pensamiento, desarrollo cognoscitivo, y funcionamiento neurológico. Pero también, el proceso de entender y aceptar una enfermedad mental es muy complejo.

Los estudios que se han realizado relacionando el nivel de introspección con la psicopatología envuelta, han demostrado correlaciones diferentes. Markova y Berríos (11) encontraron una correlación significativa al comparar los niveles de introspección que presentaban los pacientes al momento de ser admitidos al hospital y luego de ser dados de alta. Michalakeas et al (12) encontraron una relación significativa entre la introspección y la sintomatología de los pacientes con trastornos maníacos pero no así con los pacientes esquizofrénicos.

Era de esperarse que la población seleccionada estuviera estabilizada en su condición ya que no estaba hospitalizada y recibía tratamiento ambulatorio. Aún así, casi la mitad de los pacientes mostró tener un nivel de introspección bajo hacia su condición. Las implicaciones de este resultado son de gran importancia para la educación en salud ya que casi la mitad de los pacientes no entiende que tiene una condición mental aún cuando tiene diagnósticos severos con pronóstico.

Con relación a los pacientes que obtuvieron un nivel de introspección alto, Dittman y Schutter (13) plantean que los pacientes mentales no son víctimas pasivas de su enfermedad. En muchos casos un cierto grado de conciencia acerca de la enfermedad está presente. De hecho, algunos pacientes parecen ser capaces de adquirir cierto grado de control de sus síntomas pero el primer paso en este proceso es reconocer, al menos hasta cierto grado, la existencia de un problema mental. El educador en salud debe tener en consideración la importancia de este proceso para utilizar estrategias educativas efectivas. También, se debe recordar que la prestación del paciente a la enseñanza es influenciada en gran manera por la interpretación que tenga el paciente de su enfermedad y tratamiento.

Cabe señalar la importancia para la educación en salud el hallazgo sobre la diferencia significativa entre el género

y el nivel de introspección en este estudio. Las investigaciones realizadas en Puerto Rico sobre la prevalencia de los trastornos mentales (1) demostraron que la mujer tuvo prevalencias más altas para los trastornos afectivos, las fobias y las disfunciones sicosexuales. En este estudio se encontró que las mujeres tienen menos introspección hacia su condición mental en comparación con el sexo masculino. Por lo tanto, si la mujer puertorriqueña tiene altos niveles de prevalencia para trastornos mentales y llegaron a presentar introspección baja a su condición, esto lo haría un serio problema de salud mental para esta población en específico.

Se debe recordar que la meta principal de la educación en salud es fomentar y capacitar al paciente a ser autosuficiente en el cuidado de su salud (14). Como parte fundamental de este proceso, el profesional de la salud deberá dirigir al paciente a adquirir introspección hacia la condición que la afecta con el fin de mantener su salud en un nivel óptimo.

Abstract

The purpose of this study was to explore the degree of insight towards their condition of a group of Puerto Rican mental patients. A non-probabilistic (n=51) sample was used for convenience and availability from the total patient population with mental conditions who received treatment, during June 1997, in a Diagnostic and Treatment Center (DTC) of the Puerto Rico Department of Health. Descriptive statistics were used, as well as the Cramer chi-square and the Mann Whitney t-test. Fifty two percent of the participants had a high level of insight and the participant's gender ($t=1.92, p=0.05$). Males obtained a higher average grading in the insight scale than females. It was expected that the studied population would be stable in their conditions since they were being

treated at the outpatient level. Even so, almost half of the patients had a low level of insight towards their conditions. Implications of these results are very important for health education efforts, since almost half of the patients do not understand that they suffer a serious mental disturbance.

Referencias

1. Canino G, Bud H, Shrout P, Rubio M, Bravo M, Martínez R, Sesman M, Guevara L. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatr* 1987; 44:727-735.
2. Avilés L, Canino G, Rubio M. Proyecciones de diagnósticos psiquiátricos, Puerto Rico, Año 2000. *P R Health Sci J* 1990; 9:235-243.
3. Grave incidencia de trastornos mentales. *El Nuevo Día* 1996 abril 28:3.
4. Eraker SA, Becker M, Kirocht JP. Understanding and improving patient compliance. *Ann Int Med* 1984; 100:25-32.
5. Marková I, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183:743-751.
6. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. *Accreditation Manual for Hospitals*. 1st ed. Illinois: Oak Terrace; 1993.
7. Vázquez Calzada J. Transformación del hogar puertorriqueño: 1940-1990. *CIDE* 1995; 1:1-22.
8. Hayes R, Grant A. Patient psychoeducation: the therapeutic use of knowledge for mentally ill. *Soc Work Health Care* 1992; 17:53-66.
9. Ross H, Mico RP. *Theory and practice in health education*. 1ra ed. Palo Alto: Mayfield Publishing Co; 1995. p. 32.
10. Gregoire P. The phenomenology of psychiatric hospitalization: the patients experience and expectations. *Act Psychiatr Scan* 1990; 82:210-212.
11. Marková I, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry: revised. *Compr Psychiatr* 1995; 36:367-376.
12. Michalakeas A, Skoutas C, Charalambous A, Peristeris A, Marinos V, Keramari, Theologou A. Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Act Psychiatr Scan* 1994; 90:46-49.
13. Dittmann J, Schutter R. Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Act Psychiatr Scan* 1990; 82:318-322.1.
14. Squires W. *Patient education: an inquiry into state of the art*. First edition. Illinois: Oatbook Terrace; 1993.