

Facultad de Medicina



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE  
MUNÍZ

“Asociación entre el reconocimiento de emociones faciales, sintomatología psicopatológica y  
estilos de apego en clínicos y adherencia farmacológica y percepción de la relación  
terapéutica en sus pacientes”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA TESIS DE ESPECIALIDAD EN  
PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

---

**Dr. Lino R Villavicencio Flores**  
**R2 Psiquiatría**

---

**Dr. Iván Arango de Montis**  
**Tutor Teórico**

---

**Ing. José Francisco Cortes Sotres**  
**Tutor Metodológico**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

13 de mayo del año 2013

## **Tabla de Contenidos**

**Marco teórico....4**

**Pregunta de investigación...13**

**Justificación...13**

**Hipótesis...14**

**Objetivos...15**

**Metodología (POBLACION EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, CRITERIOS DE INCLUSION y EXCLUSION)...16**

**VARIABLES DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y**

**OPERATIVA...18**

**PROCEDIMIENTO...26**

**ANALISIS DE RESULTADOS...28**

**RESULTADOS...30**

**DISCUSIÓN...35**

**CONCLUSIONES...39**

**REFERENCIAS...40**

**ANEXOS...47**

## **MARCO TEORICO**

### **EXPRESIONES FACIALES.**

La expresión de emociones a través de distintos patrones de inervación de músculos faciales es uno de los sellos de la interacción social entre humanos a través de las culturas (1,2). Las emociones pueden ser vistas como un fenómeno psicosocial resultante de la evolución de capacidades conductuales y emocionales en los humanos, esto como resultado de la adaptación a las demandas ambientales (3). Ekman y Friesen proponen seis emociones primarias o “básicas” que son acompañadas por expresiones faciales únicas cada una con sus particulares y diferencias. Estas son: enojo, miedo, felicidad, tristeza, sorpresa y asco, todas ellas son suficientemente distintas a la expresión “neutral” (2). Algunos estudios en diferentes grupos culturales han demostrado que la percepción y realización de estas emociones son universales al ser reconocidas y reproducidas por todas las culturas del mundo de forma indistinta a pesar de sus diferencias en el desarrollo cultural (4,5). Las expresiones de emociones faciales son resultado de un estado mental complejo que combina características fisiológicas y señales internas como las que se llegan a observar en el desagrado a otros, así como respuestas musculares faciales ante ciertas emociones. Al ser las expresiones una forma de exteriorización del estado mental personal podrían tener una función de manera de comunicar contenido y significado dentro de la interacción social con otros (5). De esta forma las expresiones faciales funcionan como una fuente de señalización dentro de la comunicación interpersonal, ofreciendo información sobre las evaluaciones positivas y negativas del otro hacia uno mismo (6). El reconocimiento

impreciso de la información emocional social, se ha teorizado podría estar asociado a conflictos interpersonales y por ello a conflictos sociales (7), por ejemplo, la sonrisa la cual es el fenotipo conductual de la felicidad que puede ser considerada como una forma de expresión del reconocimiento de las propiedades gratificantes en la comunicación interpersonal (8, 9). Una de las emociones más estudiadas es el miedo. La experiencia del miedo tiene raíces claramente innata, sin embargo, de igual forma la investigación en primates ha demostrado que el condicionamiento temprano en la vida desarrolla un impacto importante en el contexto situacional en el que se expresa el miedo, así al evocar estos recuerdos se puede tener una respuesta fisiológica de temor (10). Por otro lado se ha llegado a observar que sujetos con altos niveles de ansiedad social presentan una tendencia a malinterpretar señales sociales de forma constante, interpretando señales neutras como negativas, lo que nos sugiere que la resonancia del estado emocional de otros está influenciada por el estado de ánimo propio y el como se observen estos estados en los otros (11).

La investigación en el reconocimiento de la expresión facial de las emociones es pertinente al campo de la salud mental, debería de ser estudiada desde esta perspectiva. Esto debido a que se ha encontrado que en diferentes trastornos mentales esta función se encuentra afectada de forma diversas. Uno de los padecimientos más estudiados es el caso de la esquizofrenia, donde se ha observado fallas y errores en la identificación de el enojo siendo sobreidentificado (12,13,14). De igual forma se ha observado en el trastorno limite de la personalidad una sobre identificación en cuanto a los acierto y la rapidez de la percepción de

ciertas expresiones negativas con la presencia de hipersensibilidad interpersonal secundaria a esta comunicación hiperalerta (49).

En contraste con las capacidades de reconocimiento de emociones por parte de los pacientes, la capacidad de descifrar emociones básicas en los profesionales que trabajan con pacientes psiquiátricos es un tema poco investigado, aunque podría ser una parte fundamental para el diagnóstico y el tratamiento con éxito. Csukly y cols (15) aplicaron la interfaz virtual humana para el reconocimiento de las seis expresiones faciales de las emociones Básicas (POFA) y el SCL-90 que es un checklist de síntomas psicopatológicos a una muestra de estudiantes de psicología y medicina. En esta muestra los autores encontraron una correlación negativa entre el nivel de síntomas psicopatológicos y el reconocimiento de la expresión facial de las emociones, en otras palabras, cuanto mayor es la severidad de los síntomas psicológicos, mayores fallas en el reconocimiento de expresiones faciales de las emociones. En concreto, el grado de síntomas psicológicos se correlaciona inversamente con el reconocimiento de la expresión facial neutra. Asimismo, la tasa de identificación correcta de la ira y la neutralidad se encontró consistentemente menor en comparación con otras emociones. Una de las posibles limitaciones de este estudio es el que la muestra podría presentar un sesgo de selección ya que el estudio se llevó a cabo en estudiantes de psicología y medicina que no necesariamente representan una población psicológicamente saludable, aunque es el único trabajo que ha buscado el reconocimiento de expresiones en esta población.

Los profesionales en el campo de la salud mental están en contacto diario con

pacientes con los que tienen la tarea de construir una relación basada en la confianza la cual es una parte esencial de la alianza terapéutica. Una parte fundamental de la relación médico-paciente se basa en el reconocimiento de la expresión facial de las emociones y otras señales no verbales, esto debido a que el comportamiento no verbal se encuentra bajo menor control consciente que el verbal y por lo tanto proporciona información importante sobre el estado emocional del paciente (16, 17,18,19).

Por otro lado, los médicos, incluidos los psiquiatras, están en riesgo de desarrollar el síndrome de burnout el cual comúnmente se presenta secundario a las cargas laborales al trabajar con pacientes y en general trabajar en el terreno de la intersubjetividad (20,21), sin embargo, poco se sabe en qué medida el estado de ánimo actual del médico influye en su habilidad para descifrar correctamente las emociones faciales de los pacientes.

## **ESTILOS DE APEGO**

Se considera al apego afectivo como un proceso de desarrollo psicológico basado en la relación emocional entre el niño y la persona que le cría. El psicoanalista británico John Bowlby, basó gran parte de su teoría en estudios etológicos que demuestran que el ser humano, como otras especies tienen patrones de conducta de vínculo que son determinados por tendencias innatas; tendencias evolutivas que garantizan la protección de la cría y ulteriormente su supervivencia (40). Mary Ainsworth desarrolló un paradigma para medir el balance entre el apego y la conducta exploratoria de un infante de entre 12 a 20 meses, bajo condiciones de



estrés progresivo y reencuentro con la figura de protección primaria. Denominó al paradigma “La situación extraña” y consta de siete pasos. Para calificar el paradigma, observadores calificados toman datos relevantes de la conducta del infante, especialmente en los episodios del reencuentro. A partir de las observaciones se puede calificar la conducta como “Apego Seguro” si el niño explora con confianza sus alrededores al inicio y en la presencia del cuidador; extraña su presencia al salir de la habitación y busca su contacto al reencuentro posterior a ser consolado. Los que son calificados como Rechazantes exploran poco el cuarto al inicio, muestran muy pocos datos de malestar cuando el cuidador sale del cuarto y muestran una franca evitación al contacto y búsqueda de distancia al reencuentro. Los infantes calificados como Resistentes/Ambivalentes no exploran sus alrededores al inicio, muestran datos muy marcados de malestar ante las separaciones y no se consuelan fácilmente ante los reencuentros, en los que exhiben conductas oscilantes de búsqueda y evitación de la proximidad con el cuidador (41). Años después se agregó a las calificaciones, la categoría Desorganizado/Desorientado, para entender la conducta de infantes quienes no encajaban con las principales especificaciones y mostraban conductas que parecieran carecer de intención o meta y mostraban claros signos de miedo, confusión y desorientación, como por ejemplo interrupción completa del movimiento o congelamiento (42).

La calidad del apego o el estilo de apego puede tener un papel en el desciframiento de las emociones faciales. Por ejemplo, Guterman (22) evidenció las dificultades en

la decodificación de expresiones faciales positivas en la gente con estilo de apego inseguro ya sea en el estilo preocupado y rechazante. En este estudio, la ansiedad y apego inseguro rechazante se asociaron con pobre precisión en la decodificación de la felicidad y de la sorpresa.

## **ADHERENCIA TERAPEUTICA**

La OMS define la adherencia terapéutica como la medida en la cual la conducta de una persona (tomando medicamento, siguiendo una dieta y/o realizando cambios a su estilo de vida corresponde con lo recomendado por un profesional de la salud. La adherencia implica un papel activo por parte del paciente en el cual de él depende el comprometerse con la realización de cambios en su conducta o la toma de medicamentos y no solo el seguimiento de un régimen impuesto por el clínico. La adherencia en cuanto a la toma de medicamento se define según el porcentaje de tomas correctas que tenga el paciente, nombrándose buena adherencia cuando esta es del 100% y hasta el 75%, adherencia parcial del 75 al 25% y pobre adherencia cuando la toma es en menos del 25% de las ocasiones, se ha descrito el termino hiperadherencia para cuando el paciente tiende a tomar en mayor cantidad del medicamento (44).

La no adherencia a un régimen de tratamiento prescrito pone en peligro el resultado del tratamiento en todas las condiciones médicas y psiquiátricas, siendo reportado en esta última población altas prevalencias de no adherencia. Esto denota que la no adherencia es un problema serio y frecuente en el tratamiento psiquiátrico. En los casos de esquizofrenia por ejemplo las tasas de adherencia parcial o nula exceden

el 60% y como consecuencia la no adherencia se ha encontrado asociada con recaídas, hospitalización y aumento en los costos de la atención médica. En el trastorno bipolar se ha descrito tasas de no adherencia que van desde 20% hasta 60% y en el trastorno depresivo más del 30% de los pacientes deja de tomar el tratamiento antidepresivo después de un mes y 45-60% después de 3 meses con tasa frecuentes de baja adherencia y fallas a la consulta (29).

Meichenbaum y Turk describieron un modelo orientado a la práctica en ensayos clínicos, sugieren que hay determinantes de la adherencia propias del paciente (creencias, expectativas de salud y tratamiento), relativas a la enfermedad (cronicidad, severidad y factores que complican la enfermedad como el insight), tratamiento de la patología (complejidad, duración y efectos adversos) y relación por parte del equipo proveedor de salud (relación médico paciente y la relación del equipo paramédico con el paciente) (33), dentro de los objetivos de este presente trabajo es abordar esta última variable la de la relación médico paciente y las características del clínico que intervienen en esta.

En múltiples artículos en los que se ha analizado variables demográficas como edad, género, etnia, estado civil o escolaridad con la adherencia han reportado datos inconsistentes (30). La presencia y/o severidad de efectos secundarios de los medicamentos y el uso de medicamentos por vía oral versus depósito se han correlacionado de forma inversa con el grado de cumplimiento. Se han descrito otros factores que intervienen en la adherencia como los factores ambientales los cuales se han encontrado como buenos predictores de la adherencia, estos incluyen una buena alianza terapéutica, pobre contacto ambulatorio y la planificación del alta

inadecuada o deficiente entorno postratamiento (32). El involucramiento familiar, el seguimiento y la estabilidad de las condiciones de vida se han relacionado también con la adherencia (35, 36).

## **CARACTERÍSTICAS DEL CLINICO Y ADHERENCIA**

Originalmente, se creía que la alianza terapéutica consistía en la transferencia positiva del paciente hacia el terapeuta (33). La percepción de la alianza terapéutica más tarde se convirtió en una colaboración consciente y activa entre el paciente y el terapeuta. En la actualidad, la mayoría de las conceptualizaciones de la alianza terapéutica se basan en el trabajo de Bordin (1979), que define la alianza a través de tres características: un acuerdo sobre los objetivos, la asignación de tareas y el desarrollo de lazos. El énfasis que la investigación en psicoterapia contemporánea ha puesto en el análisis de los aspectos técnicos y relacionales de la alianza ha convertido esta en una variable sumamente importante en la comprensión del proceso psicoterapéutico (31). La capacidad del terapeuta de infundir confianza dentro del marco terapéutico es fundamental para el éxito del tratamiento. En relación con el desarrollo se encuentra la capacidad del terapeuta para conectar con el paciente y transmitir un nivel adecuado de competencia. Por otra parte, atributos similares a la fiabilidad, la benevolencia y la capacidad de respuesta del terapeuta se cree que estén relacionados con el desarrollo y el mantenimiento de una buena alianza positiva (31).

Horvath y Greenberg compararon la auto-evaluación por el terapeuta en el Formulario de Calificación Consejero (CRF) y el Inventario de Alianza de Trabajo

(WAI). La WAI es una escala de 36 ítems que consta de tres subescalas (Objetivos, vínculo, y de Trabajo) sobre la base la conceptualización tripartita propuesta por Bordin de la alianza terapéutica. Las calificaciones de la tercera sesión de psicoterapia, encontraron que la escala de vínculo del WAI se correlacionó significativamente con el CRF en su subescalas escalas honradez y pericia. Una sensación de conexión positiva temprana en la relación terapéutica se relaciona con la formación del terapeuta, la consistencia, los gestos no verbales (por ejemplo, el contacto visual, inclinándose hacia delante), los comportamientos verbales (por ejemplo, la interpretación, la auto-revelación), y el mantenimiento del marco terapéutico, así como la percepción de honradez y confiabilidad hacia el terapeuta. Estos hallazgos sugieren que la capacidad del terapeuta para comprender y relacionarse con la experiencia del paciente puede ser un componente importante en la construcción de una alianza (43).

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la asociación entre el reconocimiento de las emociones faciales, la sintomatología psicopatológica y los estilos de apego en el clínico con la adherencia farmacológica por parte de sus pacientes y la percepción de estos de la calidad en la relación terapéutica?

## **JUSTIFICACIÓN**

Dentro de la investigación de la conducta de adherencia se han buscado múltiples factores los cuales podrían determinar una mayor o menor adherencia. Uno de los rubros estudiados ha sido la relación medico paciente y su asociación con la adherencia ya sea farmacológica o asistencial como en un proceso psicoterapéutico. Se ha observado que en la relación medico paciente existen algunas características del clínico como la empatía, percepción de confidencialidad por parte del paciente y de confiabilidad de la información y de la capacitación del clínico que se han visto relacionados con una mejor calidad en la relación terapéutica y con ello una mayor adherencia farmacológica (39).

El reconocimiento de emociones faciales es una de las características de la intersubjetividad, la base de la comunicación no verbal a través de la cual realizamos un monitoreo de la conducta que realizamos y del impacto que va teniendo sobre los demás, de esta forma podemos concluir que es parte de la empatía al formar parte de esta comunicación (31), también se ha observado que

los estilos de apego del adulto y la sintomatología psiquiátrica actual tienden a provocar fallas en la identificación de expresiones faciales. Actualmente no existen estudios acerca de si el reconocimiento de emociones faciales por parte del clínico podría estar influenciando una mejor o peor relación terapéutica o una menor o mayor adherencia farmacológica en sus pacientes.

El impacto que tiene la falta de adherencia sobre los servicios de salud es muy importante sobre todo por el hecho de que al haber mayor sintomatología, mayores tasas de recaídas y menores tasas de remisión hay un mayor gasto económico destinado a los servicios de salud, dentro de este fenómeno de la adherencia entran muchos factores uno de los cuales es la relación médico-paciente. Consideramos importante la presente investigación debido a que nos podría arrojar información valiosa acerca de las características del clínico y su relación con la adherencia terapéutica para así llegar a realizar en un futuro intervenciones educativas encaminadas a mejorar estas características de comunicación y con ello conseguir beneficios en la adherencia y con ello lograr mejoras a distintos niveles.

## **HIPÓTESIS**

Dado que el estudio es de tipo descriptivo no se plantean hipótesis específicas.

# **OBJETIVOS**

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación entre el reconocimiento de las emociones faciales, la sintomatología psiquiátrica y los estilos de apego por parte del clínico con la adherencia farmacológica por parte de sus pacientes y la percepción de sus pacientes de la calidad de la relación médico paciente

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Determinar todas las posibles asociaciones que se presenten entre:

- El reconocimiento de las emociones faciales en el clínico con:
  - Adherencia farmacológica por parte de sus pacientes
  - Percepción del paciente de la relación terapéutica.
- Sintomatología psicopatológica en el clínico con:
  - Adherencia farmacológica por parte de sus pacientes
  - Percepción del paciente de la relación terapéutica
- Estilos de apego en el clínico con:
  - Adherencia farmacológica por parte de sus pacientes
  - Percepción del paciente de la relación terapéutica
- Variables sociodemográficas (Sexo) en el clínico con:
  - Adherencia farmacológica por parte de sus pacientes
  - Percepción del paciente de la relación terapéutica



## METODOLOGIA

### ***TIPO DE ESTUDIO:***

El presente estudio buscó evaluar el desempeño de un producto en un solo punto del tiempo, por lo que según la clasificación de Feinstein es un estudio de proceso de evaluación transversal, de igual forma es un estudio de tipo descriptivo de escrutinio en búsqueda de posibles asociaciones.

### ***POBLACION EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA***

Se incluyo a médicos residentes de 2do año de la generación 2010-2014, estos residentes presentaban como parte de su año de formación una rotación de un año en el servicio de consulta externa donde tuvieron a cargo el tratamiento de pacientes psiquiátricos, se incluyo a los médicos tratantes que quisieron participar de forma voluntaria a este estudio y se realizaron algunas mediciones en ellos. En base a estos médicos tratantes se incluyo a pacientes que hubieran sido atendidos por estos médicos, que presentaran cualquier diagnostico con excepción de trastornos psicóticos y retraso mental y que hubieran acudido a historia clínica y seguimiento de al menos 3 consultas subsecuentes con el mismo medico tratante (que en este caso serian los R2 de la generación 2010-2014) y que continuaran acudiendo a sus citas de control durante el siguiente año de su cambio de medico tratante 2012-2013.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

### **Médicos tratantes:**

- 1.- Residentes de 2do año de la generación 2010-2014.
- 2.- Sexo y edad indistinta
- 4.-Firma de consentimiento informado y cooperación voluntaria para la aplicación de mediciones

### **Pacientes:**

- 1.- Pacientes del INPRF que hayan acudido a historia clínica que hayan tenido al menos 3 consultas subsecuentes con el mismo medico tratante
- 2.- Sexo indistinto
- 3.- Edad entre 16-65 años
- 4.- Pacientes con cualquier diagnostico ansioso o afectivo.
- 5.- Firma de consentimiento informado

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

### **Pacientes:**

- 1.- Usuarios evaluados en consulta subsecuente por otro médico tratante en la institución.
- 2.- Pacientes que presenten diagnostico de Retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo y trastorno psicótico actual.
- 3.- Dificultad para comunicarse o cooperar

## **VARIABLES (DEFINICION CONCEPTUAL):**

### **CLINICOS**

**1.- Sintomatología Psicopatológica:** Presencia de sintomatología mental en la forma de síntomas afectivos, ansiosos y somáticos. Muchos estudios han mostrado la utilidad de la escala SCL-90 para medir el estatus psicológico y cuantificar cambios como resultado de tratamiento o como screening para trastornos mentales en poblaciones grandes. Algunos estudios han concluido que el SCL-90 es una herramienta útil para demostrar diferencia entre sujetos que sabían tener un trastorno de orden psicológico y aquellos que no y que esta diferenciación fue principalmente basado en el factor primario de estrés (15).

**2.- Reconocimiento de emociones faciales.-** Las expresiones faciales son una parte importante de la comunicación social y juegan un papel crucial en la interacción interpersonal. El reconocimiento universal de las expresiones faciales de las emociones básicas se ha demostrado por el grupo de investigación de Ekman et al (2,3) en varios estudios transculturales como universal para todos los humanos. En los últimos 20 años, numerosos estudios han puesto de manifiesto que la correcta identificación de expresiones faciales juega un papel en diversos trastornos psiquiátricos así como en situaciones hipersensibilidad interpersonal (49).

**3.- Estilos de apego del adulto.-** La teoría del apego propone un sistema con bases biológicas, basado en la regulación de comportamientos de proximidad entre un infante y el cuidador con el objetivo de aumentar la supervivencia del bebé frente

a las amenazas externas. Estas interacciones entre el niño y su cuidador son internalizadas en forma de esquemas cognitivos, o “modelos internos de trabajo” o expectativas de cuidado que permanecen hasta la edad adulta. Estos estilos se dividen en Seguro e inseguro, este ultimo en sus variantes rechazante, preocupada y hostil (48).

## **PACIENTES:**

**1.- Adherencia farmacológica:** Se define como la medida en la cual la conducta de una persona (tomando medicamento, siguiendo una dieta y/o realizando cambios a su estilo de vida) corresponde con lo recomendado por un profesional de la salud. La adherencia implica un papel activo por parte del paciente en el cual de él depende el comprometerse con la realización de cambios en la conducta o toma de medicamentos y no solo el seguimiento de un régimen impuesto por el clínico. La importancia de la perspectiva motivacional asociada a la adherencia es que la motivación individual es utilizada por la mayoría de las teorías para explicar la conducta en salud.

**2.- Relación terapéutica:** La relación terapéutica, relación medico paciente o alianza terapéutica se ha convertido en una variable importante para el proceso de psicoterapia / cambio en las diversas escuelas de psicoterapia Originalmente, la alianza terapéutica se cree que la transferencia positiva del paciente hacia el terapeuta. La percepción de la alianza terapéutica más tarde se convirtió en una colaboración consciente y activa entre el paciente y el terapeuta. En la actualidad, la

mayoría de las conceptualizaciones de la alianza terapéutica se basa en parte en el trabajo de Bordin (1979), que define la alianza que incluye tres características: un acuerdo sobre los objetivos, la asignación de tareas o una serie de tareas, y el desarrollo de los bonos'. El énfasis que la investigación en psicoterapia contemporánea ha puesto en el examen de los aspectos técnicos y relacionales de la alianza ha convertido en una variable importante en la comprensión del proceso de la psicoterapia.

## **INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

### **CLÍNICOS**

**LISTA DE VERIFICACION DE SINTOMAS DE 90 ITEMS (SCL 90).**- Con el fin de evaluar la psicopatología de los médicos tratantes se aplicara el Symptom Checklist (SCL-90) (23). Cada ítem del cuestionario es evaluado por el paciente en una escala tipo Likert de 5 puntos de 0 (nada), 1 (leve) a 4 (extremo). El SCL-90 consta de los siguientes nueve dimensiones de síntomas primarios: somatización (12 ítems), obsesivo-obsesivo-compulsivo (9 ítems), la sensibilidad interpersonal (9 ítems), depresión (13 ítems), ansiedad (10 ítems), hostilidad (6 ítems), ansiedad fóbica (7 ítems), ideación paranoide (6 ítems) y psicoticismo (10 ítems). Por otra parte, además de las nueve dimensiones primarias, se incluye el Índice de Severidad Global (GSI), que es la puntuación media de los 90 ítems del cuestionario. La escala esta validada al español en población Mexicana mostrando buenos niveles de consistencia interna con alfa de Cronbach  $>0.7-0.85$ , únicamente las subescalas de ideación paranoide y hostilidad mostraron valores aceptables ( $>0.6- <0.7$ ). El resultado de alfa de Cronbach para GSI fue de 0.96. La validez de constructo

mostro un resultado de coeficiente de correlación de Spearman con valores  $r=0.5$ , 23 ítems mostraron un valor moderado con  $r>0.25$  y  $r<0.5$  y solo un ítem mostro una correlación débil con su propia escala ( $r=0.2$ ). Los resultados promedios para el total de las 9 dimensiones del SCL90 así como GSI fueron mayores en mujeres comparados con hombres y en sujetos menores de 25 años (45). Se utilizaron formulas de normalización T para interpretación de datos según el Baremo validado en la población Argentina (50).

**CUESTIONARIO DE ESTILOS DE APEGO DEL ADULTO (ASQ).**- El cuestionario adjunto Estilos (ASQ) (24) se le aplicara a los médicos tratantes. El ASQ es un cuestionario de 40 ítems con coeficientes alfa que van desde 0,76 hasta 0,84 en cinco escalas (la confianza, la incomodidad con la cercanía, las relaciones como algo secundario, necesidad de aprobación, la preocupación).

Fue desarrollado en 1994 por Judith Feeney y colaboradores. Los objetivos principales de su desarrollo se centraron en crear una medida que esclareciera los elementos que forman las dimensiones del apego en el adulto y el número de estilos que se necesitan para definir diferencias individuales esenciales. Así mismo, este incluiría dentro de su alcance de muestra a adolescentes jóvenes y a otros sujetos que tengan muy poca o ninguna experiencia en relaciones románticas. Se desarrollaron sesenta y cinco rubros basados en constructos determinados por la interacción de situaciones a las que denominaron *visión positiva de un mismo*, *visión positiva del otro*, *visión negativa de uno mismo* y *visión negativa del otro*; encontrando que cuando se relacionaban la visión positiva propia con la del otro de originaban los constructos de *autoestima*, *comodidad con el acercamiento*,

*confianza y sana dependencia*. Al interactuar una visión positiva de uno con una negativa hacia el otro se originó *evitación de la intimidad, falta de confianza, valorización de la independencia, auto-confianza compulsiva, énfasis en los logros*. Al coexistir una visión negativa de uno mismo con una visión positiva del otro resultó la *sobredependencia, ansiedad interpersonal, soledad, necesidad de aprobación, falta de confianza en uno mismo y preocupación con las relaciones*. Al sumarse una visión negativa de uno con la del otro se originó *baja autoestima, falta de confianza en el otro, ansiedad interpersonal, deseo por el contacto y la intimidad, necesidad de aprobación, soledad, ira y hostilidad*. Estos constructos cubren la mayor parte de las características principales que se han descrito para el apego del adulto basados en el modelo de cuatro y tres factores y se aumentan temas básicos en la teoría del apego en el niño. Cada rubro se califica en una escala del 1 al 6: 1 = *“totalmente en desacuerdo”*. 6 = *“totalmente de acuerdo”*. (47)

Una versión validada en español se ha aplicado y validada en una tesis de licenciatura del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz con publicación pendiente. Los resultados de consistencia interna para la solución de tres factores fueron de 0.83 para seguridad, 0.83 para evitación y 0.85 para ansiedad. Para la de cinco factores fueron de: confianza 0.80, incomodidad con el acercamiento 0.84, necesidad de aprobación 0.79, preocupación por las relaciones 0.76 y relaciones como algo secundario 0.76. En cuanto al análisis de validez, se analizaron las correlaciones entre cada factor de la solución de tres factores y entre cada factor de la de cinco. Se prosiguió a analizar las correlaciones entre ambas soluciones con el instrumento original de Hazan y Shaver: las calificaciones Likert y

un análisis de varianza, 23 sociodemog a los participantes en tres grupos, *seguros*, *evitativos* y *ansiosos*; La comparación con las soluciones de tres y cinco factores del ASQ demostraron una correlación de moderada a alta. Para la de tres factores la seguridad se correlacionó negativamente con la evitación ( $r = -0.49$ ) y con la ansiedad ( $r = -0.29$ ). la evitación se correlacionó positivamente con la ansiedad ( $r = 0.35$ ). (46)

**INTERFAZ VIRTUAL HUMANA (POFA).**- Ha mostrado utilidad para medir el reconocimiento de expresiones faciales (25). Esta es una prueba que consiste en 110 fotografías en blanco y negro que representan seis emociones (alegría, miedo, enojo, tristeza, sorpresa, asco) y una expresión neutra. Se ha correlacionado que ha mayor nivel de psicopatología se pueden encontrar mayores errores en la identificación (15). El POFA Ha sido ampliamente utilizado en estudios interculturales, y más recientemente, en la investigación neuropsicológica. Es importante tener en cuenta que estas imágenes no son idénticos en la intensidad o la configuración facial.

## **PACIENTES**

**Formato de Datos Clínico-Demográficos.**- Contiene los siguientes rubros: nombre, dirección, número de folio el cual servirá para todo el estudio, estado civil, ocupación, diagnóstico en caso de tenerlo, religión, actividad física, antecedentes familiares de la enfermedad, antecedente de uso o abuso de sustancias así como otro tipo de estresores, para los pacientes un registro del tratamiento y del tiempo de evolución de la enfermedad.



**STAR-P (Escala para evaluar relación terapéutica en cuidados de salud mental comunitaria).**- Es una escala tipo Likert de 12 items que va del 0-4 siendo 0 nunca, 1 rara vez, 2 en ocasiones, 3 frecuente y 4 siempre, diseñada para personal en salud mental comunitaria, fácil de administrar la cual presenta una versión para el paciente y otra para el clínico con buenas propiedades psicométricas basada en 3 factores: el primero la colaboración positiva de la relación terapéutica el segundo consistente en no apoyo empático y el tercero aspectos positivos de la empatía por parte del clínico, estos 3 factores han mostrado buena consistencia con alfas de cronbach  $> 0.7$ . (38)

**BARS (Escala breve para evaluación de adherencia).**- Es un cuestionario breve administrado por el clínico para evaluar la conducta de adherencia el cual consiste en 4 items: 3 preguntas y un instrumento de evaluación general basado en una escala visual análoga modificada para evaluar la proporción de la dosis que ha sido tomada en el mes pasado (0%-100%), esta escala visual análoga sirve como determinación final de la adherencia. Las 3 preguntas las cuales fueron adaptadas del cuestionario de adherencia utilizado en el ensayo clínico CATIE de antipsicóticos investigan acerca del conocimiento del paciente acerca de su propio régimen de medicación y episodios de pérdida en la toma. Las 3 preguntas incluyen el número de prescripción por día (pregunta 1); número de días, en el último mes en que no se tomo la dosis prescrita (pregunta 2) y el número de días en que se tomo menos de la dosis prescrita (pregunta 3). Esta escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas mostrando buena validez interna con  $r$  igual a 0.59 y buena consistencia con alfa de Cronbach de 0.92 tras seguimientos a 6 meses también ha

mostrado validez temporal a través de test retest con resultados consistentes al compararlo con el estándar de oro que son los dispositivos de monitoreo electrónico. (37). En la Tabla 1 y 2, se describe la variable que se midió junto con la descripción de la misma.

Tabla 1. Descripción de las mediciones en médicos tratantes

Variable	Tipo de Variable	Medición
Sexo	Categórica	Femenino/masculino
Edad	Ordinal	Número de años
Estilos de apego	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro</li> <li>• Ansioso</li> <li>• Evitativo</li> </ul>
Reconocimiento de expresiones faciales	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• porcentaje de aciertos en POFA por expresión facial.</li> </ul>
Psicopatología.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice global de severidad (IGS)</li> <li>• 9 sub escalas de síntomas psicopatológicos.</li> </ul>

Tabla 2. Descripción de las mediciones en pacientes

Variable	Tipo de variable	Medición
Sexo	Categórica	Femenino/masculino
Edad	Ordinal	Numero de años
Diagnostico	Categórica	Tipo de Diagnostico principal
Adherencia farmacológica	Ordinal	Porcentaje de adherencia
Percepción de la calidad en la relación terapéutica	Ordinal	STAR Total y 3 subescalas: Colaboración positiva, establecimiento de metas y clínico no apoyador.

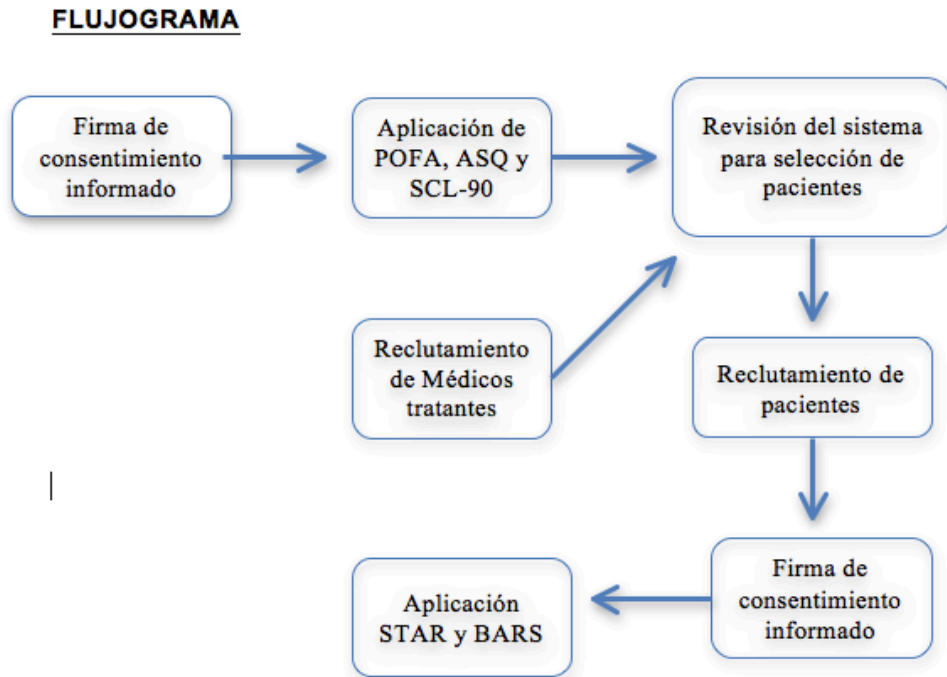
## PROCEDIMIENTO

**Medición en médicos tratantes.**- Se busco reclutar para la investigación a todos los médicos tratantes de la generación 2010-2014 que se encontraban en ese entonces cursando el 2do año de la residencia en psiquiatría, a estos se les midió su habilidad para el reconocimiento de emociones faciales a través del POFA y se les aplico el cuestionario SCL-90 a manera de inventario para medición de sintomatología psicopatológica. Dentro de la misma batería de mediciones se aplico la escala ASQ para determinación de estilos de apego en el adulto ya sea seguro o inseguro en sus dos presentaciones (evitativo y preocupado).

**Medición en Pacientes:** Posterior a esto se busco reclutar a pacientes a través del sistema los cuales cumplieran los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente y se les invitara a participar en la investigación, esta invitación la realizaron su medico tratante actual posterior a observar criterios de inclusión y exclusión y las escalas fueron entregadas y explicadas por el investigador principal (a excepción de los pacientes que fueron tratados por el investigador principal con ellos la batería las aplico el tratante actual. Se recolecto un total de 156 pacientes de 18 médicos tratantes que decidieron participar en el estudio y se realizaron sus mediciones.

Posterior a que los pacientes aceptaran el participar en el protocolo se les aplico un cuestionario auto contestable en cual incluyeron variables sociodemográficas, la versión del paciente de la Escala para evaluar relación terapéutica en cuidados de

salud mental comunitaria (STAR) y la escala breve para evaluación de adherencia farmacológica (BARS).



**Recursos humanos y materiales.**- El estudio fue conducido por el investigador principal. Se solicitó la aprobación de las autoridades de la consulta externa donde se realizó la investigación y se procedió a aplicar el cuestionario a los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado. Se requirió copias de los textos de los consentimientos informados y de los formatos para los datos sociodemográficos, costo que absorbió el investigador principal. Se solicitó al médico tratante la invitación a los pacientes potenciales para inclusión al protocolo y posterior a que ellos realizaron la invitación estos fueron invitados por el investigador

principal y se les dio los cuestionarios autoaplicables para su respuesta por los pacientes, esto fue con todos los pacientes a excepción de los pacientes que fueron atendidos por el medico tratante el año anterior, los cuales fueron invitados y se les dio los cuestionarios por parte de su medico tratante únicamente.

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

Para conocer las características demográficas, se tomó la información de cada participante y se incluyó en una matriz de datos para su análisis. Esta matriz estuvo conformada por los datos recolectados de los pacientes, resultados por ítem de la escala de relación terapéutica (STAR), Total y 3 subescalas así como el porcentaje de adherencia farmacológica, edad, sexo y diagnóstico. Así como la información en relación al medico tratante, aciertos en el POFA y porcentaje de acierto por cada emoción, así como la puntuación transformada de la escala SCL para cada una de sus subescalas y el IGS, de igual forma se obtuvieron la puntuaciones de sumatoria de la escala ASQ en sus solución de 3 factores (Apego seguro, inseguro evitativo e inseguro preocupado).

Para la asociación se utilizo un modelo de regresión lineal multivariado, el mejor modelo se determinó por el método de pasos hacia atrás.

## Implicaciones Éticas

Se considera que la investigación fue de riesgo mínimo ya que incluyó **pruebas psicológicas a individuos o en grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto**. No obstante dadas las posibles consecuencias psicológicas subsecuentes, la aplicación del cuestionario se llevó a cabo solamente posterior a recibir el consentimiento informado por parte del sujeto, el cual tuvo la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento que lo hubiera deseado. Se puso énfasis en que la participación en el estudio fue de carácter anónimo y se proporcionó un número de folio a cada formato de los participantes para su identificación.

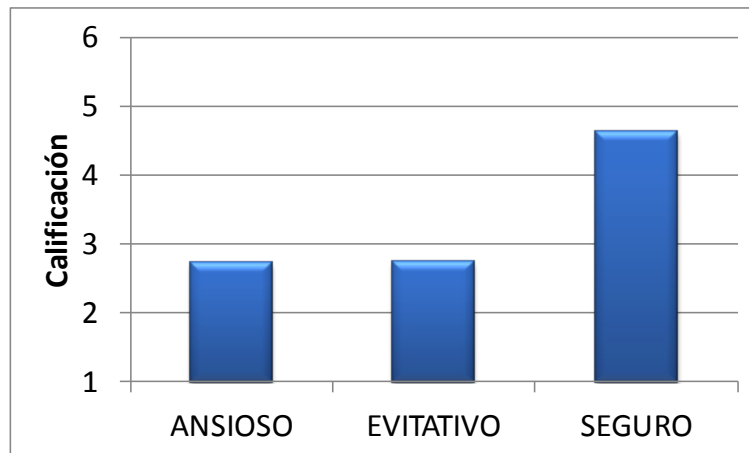
El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría.

# RESULTADOS

## ANALISIS UNIVARIADO

**Médicos tratantes:** La muestra de clínicos fue comprendida por 18 residentes de segundo año, con una edad de  $26.7 \pm 1.0$  años al momento de la toma de las variables, la mitad de la muestra era de sexo femenino. Los resultados para el ASQ de tres factores mostraron los siguientes valores:  $35.33 \pm 8.49$ , con un valor de 2.7 en puntuación por ítem para apego ansioso,  $42.72 \pm 8.67$  y 2.7 en media por ítem para apego evitativo y  $50.83 \pm 5.56$  con 4.6 de media de punto por ítem para apego seguro, como lo muestra la Grafica 1.

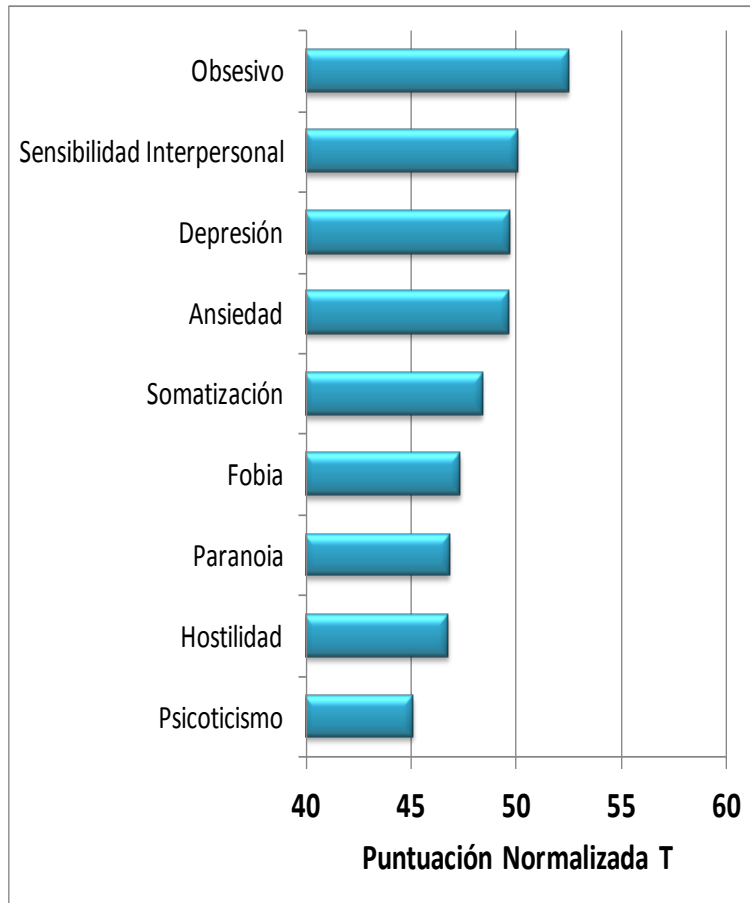
**Grafica 1. Media de Calificación de las escalas del ASQ**



En los datos obtenidos del SCL 90 se encontró un índice global de severidad en  $0.43 \pm 0.17$  y al analizar las puntuaciones normalizadas t para las 9 sub escalas se encontró en la escala de obsesividad una media de  $52.5 \pm 7.39$ , en la de sensibilidad interpersonal  $50.1 \pm .80$ , en subescala de Depresión  $49.6 \pm 5.08$ , somatización  $48.4 \pm 5.21$ , fobia  $47.3 \pm 3.23$ , Paranoia  $46.8 \pm 4.47$ , hostilidad  $46.7 \pm 3.28$  y psicoticismo  $45.1 \pm 1.32$ . Las medias se muestran en la Grafica 2. En

las puntuaciones normalizadas T no se encontró ningún caso mediante subescala.

**Grafica 2. Media de puntuación Normalizada T en SCL 90**

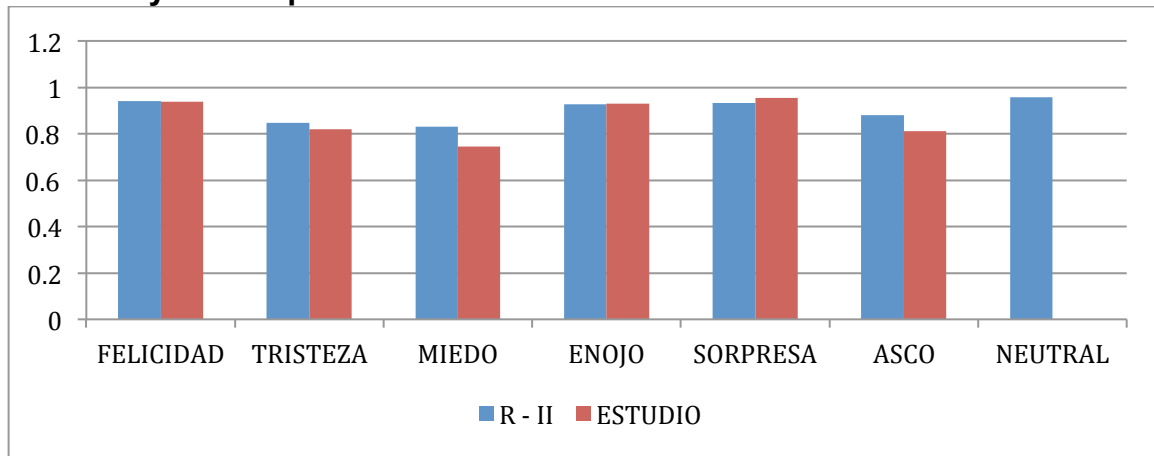


Para el reconocimiento de expresiones faciales se encontró un porcentaje de respuestas correctas de 94.1%  $\pm$  7.7 para la felicidad, 85.6%  $\pm$  14.4 para la tristeza, 82.9%  $\pm$  20.2 para el miedo, 92.8%  $\pm$  10.2 para el reconocimiento del enojo, 93.3%  $\pm$  7.9 DE) para la sorpresa y 88.1%  $\pm$  15.3 DE) para el reconocimiento del asco, encontrándose el porcentaje de reconocimiento de la



expresión neutra en  $95.6\% \pm 7.0$ . Estos porcentajes son mostrados en la Grafica 3 junto a los datos de la muestra total de residentes.

**Grafica 3. Porcentaje promedio de reconocimiento de expresiones por emoción y su comparación con la muestra total de médicos residentes.**

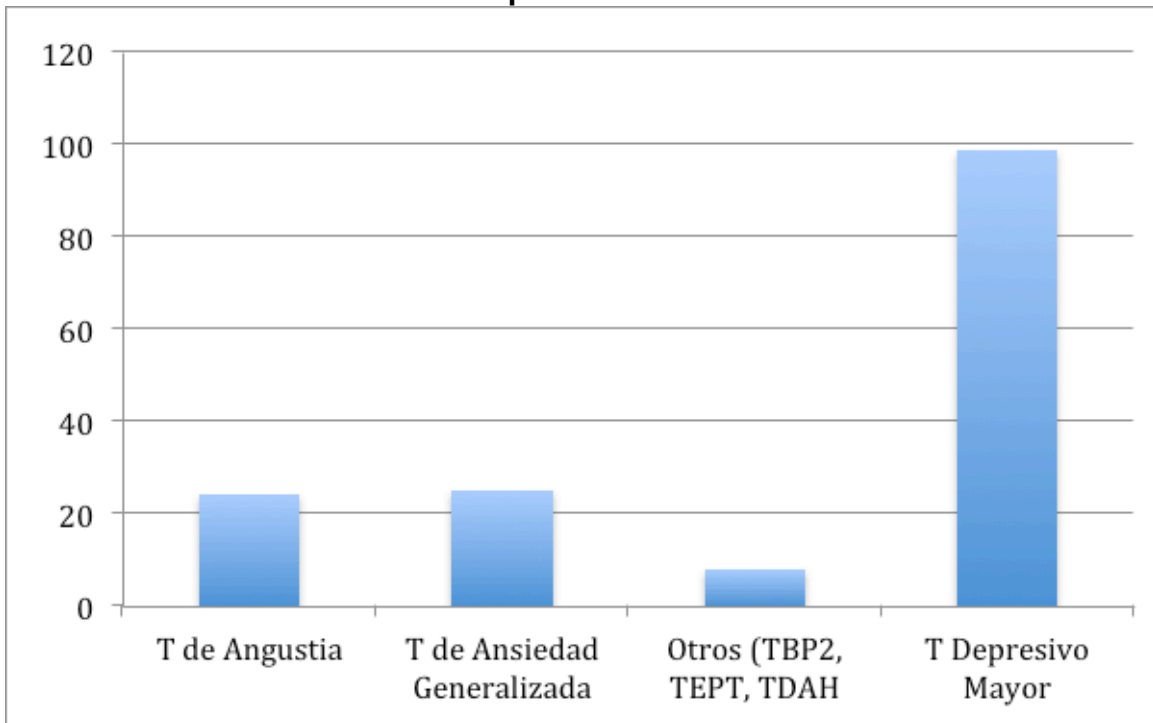


**Pacientes:** Fue representada por un total de 156 pacientes de los cuales fueron 122 fueron del sexo femenino y el resto 34 fueron de sexo masculino, con edades en promedio de  $42 \pm 15.6$  años. Del total de 156 pacientes, 99 presentaron como diagnóstico principal un trastorno depresivo mayor, 24 presentaron un trastorno de angustia, 25 Trastorno de ansiedad generalizada y 8 pacientes presentaron otros diagnósticos (3 pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 3 pacientes con trastorno por estrés postraumático y 2 pacientes con trastorno bipolar), lo anterior se muestra en el Grafico 4.

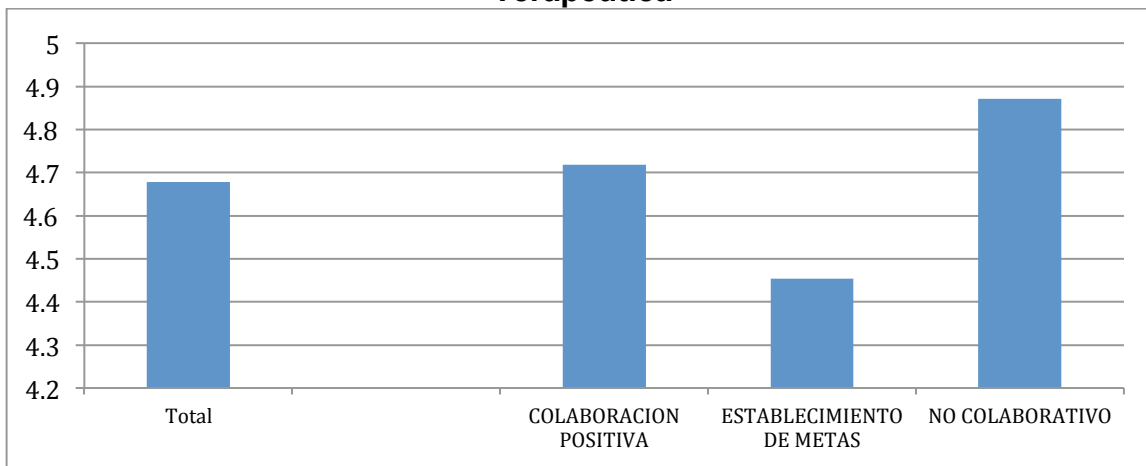
Las mediciones realizadas a los pacientes fueron adherencia farmacológica la cual se encontró en  $89\% \pm 21.1$  de las tomas de medicamentos.

En cuanto a la percepción de la relación terapéutica a través de la escala STAR se encontró una puntuación promedio por ítem de 4.67 (+/- 0.38) para el total de la escala de relación terapéutica y en las 3 subescalas se encontró una puntuación por ítem de  $4.7 \pm 3.8$  para la subescala de colaboración positiva,  $4.45 \pm 0.69$  para la escala de establecimiento de metas y  $4.87 \pm 0.35$  para la escala de clínico no colaborativo la cual se lee en puntuación inversa, estos datos se muestran en la Grafica 5.

**Grafica 4. Distribución de diagnósticos principales en la muestra de pacientes**



**Grafica 5. Media de puntuación por ITEM en escala STAR de Relación Terapéutica**



## **ANALISIS MULTIVARIADO**

### **Modelo de regresión lineal.**

Se realizaron modelos de regresión lineal para cinco variables medidas en los pacientes en búsqueda de características de los clínicos que pudieran predecir alguna de estas. Las variables que fueron analizadas fueron la adherencia farmacológica, el total de la escala de relación terapéutica y sus 3 subescalas. A continuación se presentan los datos más relevantes de los cinco modelos donde se encontró que el Índice de global de Severidad correlaciono de forma negativa con la adherencia farmacológica ( $\beta = -0.148$ ) y el Total de la percepción de la relación terapéutica de forma positiva con la adherencia ( $\beta = 0.178$ ), de igual forma se encontraron como predictores para mejor relación terapéutica a el apego seguro ( $\beta = -0.209$ ) y el reconocimiento de la expresión neutra ( $\beta = -0.172$ ) con una relación inversa y la adherencia farmacológica con una relación positiva

( $\beta = 0.191$ ). La información relevante de los cinco modelos se encuentra descrita en la Tabla 1.

**Tabla 1.- Valores de significancia y valor predictivo de los cinco modelos predictores para variables dependientes en la muestra de pacientes**

Variable Dependiente	Variable Predictora	Beta	p	r <sup>2</sup>	p Modelo
Adherencia	Total STAR	0.178	0.060	0.55	0.13
	IGS	-0.148	0.020		
Total STAR	Apego seguro	-0.209	0.010	0.08	0.004
	Expresión neutral	-0.172	0.030		
	Adherencia	0.175	0.020		
Colaboración positiva	Apego seguro	-0.169	0.040	0.07	0.005
	Expresión neutral	-0.181	0.020		
	Adherencia	0.191	0.014		
Establecimiento de Metas	Apego seguro	0.029	0.020	0.03	0.23
Médico no Colaborativo	Asco	0.393	0.125	0.01	0.126

## DISCUSIÓN

El presente estudio es el primero en buscar una asociación entre el reconocimiento de expresiones faciales por parte de médicos tratantes y una probable correlación con la adherencia farmacológica y una mejor relación terapéutica con los pacientes. Estas características estudiadas se proponen podrían tener alguna relación con la intersubjetividad y la cognición social que se da dentro de la relación medico paciente estudiada esta como una relación social que presenta los diferentes pasos de la cognición social según Adolph, en donde el reconocimiento de la expresión facial es el punto inicial y de retroalimentación constante dentro de una relación (52).

El objetivo del presente estudio fue el de buscar asociaciones existentes entre ciertas características del clínico, como lo era el reconocimiento de las diferentes expresiones faciales, los estilos de apego y la psicopatología en relación a la adherencia farmacológica y la percepción de la calidad en la relación medico paciente y en sus características como lo son la colaboración y el establecimiento de metas, buscando variables predictoras en las características del clínico para las variables presentes en los pacientes. La muestra estudiada fue conformada por usuarios en su mayoría femeninas (78.2%), que es común que en el Instituto Nacional de Psiquiatría se preste con mayor frecuencia servicio a pacientes femeninas. De estos pacientes la mayoría presentaba un diagnóstico de trastorno depresivo mayor o algún trastorno de ansiedad ya sea ansiedad generalizada o trastorno de angustia los cuales son los diagnósticos

mas comúnmente vistos por un medico residente de segundo año durante el año en psiquiatría general.

La muestra compuesta por médicos tratantes se encontraron con puntuaciones de reconocimiento de expresiones facial similares o por encima a los grupos controles descritos en población mexicana, así como de la muestra total de la cual es obtenida la submuestra de médicos residentes de psiquiatría (56). En cuanto a las puntuaciones de psicopatología, no se encontraron casos en ninguna de la subescala entendiéndose como caso a una puntuacion normalizada t de subescala superior a 65 los promedios de sintomatología se encontraron dentro de los rangos subsindromaticos de igual forma el IGS se encontró en niveles bajos de forma general. En cuanto a la información arrojada en cuanto a los estilos de apego, se encontró mayores puntuaciones en apego seguro que en los subtipos de apego inseguro que mide el ASQ.

La muestra de pacientes reporto una alta adherencia farmacológica, refiriendo en promedio una adherencia farmacológica de 89% con una alta fluctuación en los datos debido a que se reporto nula adherencia y fue muy frecuente el reporte de adherencia total, de igual forma los pacientes refirieron una alta puntuación en las escalas de relación terapéutica presentando un promedio por ítem de puntuación mayor a 4. Los niveles de adherencia terapéutica se encuentran por encima de lo frecuentemente observado para población psiquiátrica, aunque hay que considerar que únicamente se considero a pacientes con diagnostico de trastornos del afecto y trastornos de ansiedad siendo descartados los que presentan diagnostico de trastornos psicóticos que son los que frecuentemente

presentan pobre adherencia (29). Este primer dato nos muestra que los pacientes tienen una muy buena percepción de la atención que es prestada por los médicos residentes de 2do año y que tienden a continuar los regímenes con buena adherencia farmacológica.

Al presentarse puntuaciones tan altas de forma general por parte de los pacientes hacia la percepción de la relación terapéutica y con tan altos niveles de adherencia y de igual forma al no encontrarse gran variabilidad en la prueba de reconocimiento de expresiones faciales es probable que estemos presentando al analizar los datos un pobre discernimiento de variables, al encontrar todas los datos con poca “variabilidad” se tiene un “efecto techo” con el instrumento de medición. El efecto techo se define como la presencia de puntuaciones tan altas en una escala que la variable independiente no llega a presentar un efecto observable sobre la variable dependiente (51). Con lo que se puede inferir que existe poco discernimiento de los datos.

Llama la atención el alto grado de adherencia reportada así como la buena percepción de la relación terapéutica reportada por los pacientes esta situación podría ser explicada a través de un sesgo de selección, que muy comúnmente se presenta en los estudios naturalísticos de adherencia farmacológica, esto debido a que los pacientes que optan por continuar atención psiquiátrica acudiendo a consultas y aun posterior al presentar un cambio de medico tratante es mas probable que se adhieran farmacológicamente y hayan presentado una buena relación terapéutica con su medico tratante anterior (54).

Uno de los resultados que llamaron la atención fue de una correlación inversa entre estilo de apego seguro y una mejor calidad en la relación médico-paciente, en contraste con los resultados encontrados con anterioridad se ha reportado que el estilo de apego seguro correlaciona con una buena alianza terapéutica y que los estilo de apego inseguro correlacionan con mayores problemas en la relación terapéutica y menor calidad en la alianza terapéutica (55).

Por otro lado podemos observar que la adherencia farmacológica se correlaciono con una mejor percepción de la relación terapéutica de forma directa, este hallazgo ya ha sido reportado anteriormente en varios estudios que plantean modelos buscando predecir adherencia farmacológica, Baloush-Kleinman y colaboradores realizaron un modelo de ecuación estructural donde encontraron que la percepción de la relación medico paciente intervenía en la adherencia farmacológica a través de dos vías, a través de la presencia de actitudes del paciente hacia la medicación y a través de la generación de una pobre consciencia hacia la necesidad de la toma de medicación secundario a una buena o mala relación terapéutica (54). De esta forma en el presente estudio se replica la importancia de la relación terapéutica como uno de los predictores directos para la adherencia farmacológica, como se observo en nuestro presente estudio.



## CONCLUSIONES

Se puede observar por parte del grupo de estudio, residentes de segundo año que existe una percepción de calidad en los servicios que han prestado, debido a que las puntuaciones de la muestra obtenidas en la escala y subescalas de relación terapéutica muestran que hay una gran satisfacción por parte de los usuarios hacia la calidad en la relación terapéutica por los clínicos residentes de 2do año y de igual forma se observa esto en la adherencia farmacológica que presentan los pacientes.

Podrían llevarse a cabo en el futuro estudios que buscaran relacionar a parte de la adherencia farmacológica, actitudes hacia la toma de psicofármacos para lograr discernir de una forma mas amplia problemas en la adherencia farmacológica en relación a una mala relación terapéutica.

El estudio de la relación terapéutica, y en especial, el estudio de las características propias del clínico y del paciente nos puede ayudar en un futuro a encontrar modelos a través de los cuales podamos mejorar la interacción entre medico/paciente y con ello impactar en los modelos de atención a través de impactar en los modelos de relación e interaccion. El adiestramiento en reconocimiento de expresiones faciales podría ser de utilidad para mejorar la precisión diagnostico-terapeuticz y para lograr leer con mayor precisión el estado mental del paciente y con ello mejorar la calidad en las intervenciones que se prestan, el presente estudio busco encontrar un área de impacto a nivel clínico del reconocimiento de expresiones faciales, los estilos de apego y la

psicopatología, aunque existieron algunas dificultades metodológicas que no nos permitieron un mayor discernimiento de los datos para así lograr observar el fenómeno desde una perspectiva cuantitativa. Se deberán en el futuro replicar estudios buscando cubrir los sesgos y efectos de escala que se encontraron en el presente estudio.

## **REFERENCIAS.**

- 1 Darwin, CH. La Expresión de las Emociones en los Animales y en el Hombre. 1872/1984. Alianza Editorial, México.
- 2 Ekman, P., & Friesen, W. V. Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1971; 17, 124-129.
- 3 Friedman, H. Chimp. Facial Action Coding: An Important Forward Brachiation in Method. *Journal of Nonverbal Behavior*, 2007; 31, 21-22.
- 4 Ekman, P. & Keltner, D. Universal facial expressions of emotion: an old controversy and new findings. In U.Segerstrale & P. Molnar (Eds.), *Nonverbal communication: where nature meets culture*. Lawrence Erlbaum Associates ed., Mahwah, zNJ. 1997, 27-46
- 5 Schmidt, K. & Cohn, J. Human Facial Expressions as Adaptations: Evolutionary Questions in Facial Expression Research. *Yearbook of Physical Anthropology*, 2001 44, 24.
- 6 Fasel, B. & Luettn, J. Automatic facial expression analysis: a survey. *Pattern Recognition*, 2003; 36, 259-275.

- 7 Leber, S., Heidenreich, T., Stangier, U., & Hofmann, S. G. Processing of facial affect under social threat in socially anxious adults: mood matters. *Depression & Anxiety* 2009. (1091-4269), 26, 196-206.
- 8 Vrugt, A. & Vet, C. Effects of a Smile on Mood and Helping Behavior. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 2009. 37, 1251-1257.
- 9 Hinsz, V. & Tomhave, J. Smile and (Half) the World Smiles with You, Frown and You Frown Alone. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1991. 17, 586-592.
- 10 Mineka, S. A primate model of phobic fears. In H. J. Eysenck, I. Martin, eds. *Theoretical Foundations of Behaviour Therapy*, pp. 81-111. 1987. Plenum Press, New York.
- 11 Ekman, P. & Oster, H. Expresiones Faciales de la Emoción. *Annual Review of Psychology*, 1979. 30, 527-554.
- 12 Mandal, M.K., Pandey, R., Prasad, A.B. Facial expressions of emotions and schizophrenia: a review. *Schizophr. Bull.* 1998. 24, 399-412.
- 13 Brüne, M. Emotion recognition, "theory of mind", and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 2005. 133(2-3):135-147.
- 14 Martin, F., Baudouin, J. Y., Tiberghien, G., Franck, N. Processing emotional expression and facial identity in schizophrenia. *Psychiatr Res*, 2005. 134(1):43-53.
- 15 Csukly G, Czobor P, Simon L, Takács B. Basic emotions and psychological distress: association between recognition of facial expressions and Symptom Checklist-90 subscales. *Comprehensive Psychiatry*, 2008;49:177-83.

- 16 Grant, E. C. An ethological description of non-verbal behaviour during interviews. *British Journal of Medical Psychology*, 1968; 41, 177-83.
- 17 Schelde, T., Hertz, M. Ethology and psychotherapy. *Ethology and Sociobiology*, 1994; 15, 383-92.
- 18 Geerts, E. Bouhuys, A. L., van den Hoofdakker, R. H. Nonverbal attunement between depressed patients and an interviewer predicts subsequent improvement. *Journal of Affective Disorders*, 1996; 40, 15-21.
- 19 Troisi, A. Ethological research in clinical psychiatry: the study of nonverbal behavior during interviews. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 1999. 23, 905-13.
- 20 Ortega, C. & López, F. El *Burnout* o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y Perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2005; 4, 137-160.
- 21 Quiceno, J. & Alpi, S. Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 2007;10, 117-125.
- 22 Guterman, O. Adult Attachment style and sensitivity to non-verbal expressions Of emotion: The facilitating role of attachment security. Unpublished doctoral dissertation. 2006. Bar-Ilan University, Rama Gan, Israel.
- 23 Degoratis, L. SCL-90-R Symptom Checklist-90-R [Computer software]. NCS Pearson, Inc. 1994.
- 24 Feeney, J.A. Noller,P. & Hanrahan,M. Assessing adult attachment. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental perspectives*, New York:Guilford Press 128-152 1994.

- 25 Ekman, P. Pictures of Facial Affect (POFA). 18 min. 1-110. 1993. PAUL EKMAN GROUP, LLC.
- 26 Muesser KT, Doonan R, Penn DL, Blanchard JJ, Bellack AS, Nishith P. Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychol* 1996;105(2):271-275.
- 27 Hooker C, Park S. Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 2002; 112(1):41-50.
- 28 Poole JH, Tobias FC, Vinogradov S. The functional relevance of affect recognition errors in schizophrenia. *Journal of International Neuropsychology Soc*, 2000; 6, 649-58.
- 29 Gallese V The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 2003; 36:171-180.
- 30 Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG y Jeste DV, Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia A Comprehensive Review of Recent Literature, *journal of clinical Psychiatry* 2002;63:892-909
- 31 Ackerman SJ, Hilseroth MJ, A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance, 2003;13:1-33
- 32 Patel M y David A, Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies, *psychiatry* 2007;6(9):357-361
33. MeichenbaumD, TurkDC. *Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guidebook*. New York: Plenum; 1987.

- 34 Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe G, Measurement of psychiatric treatment adherence, Sajatovic M, y cols, Journal of psychosomatic Research 2010;69: 591-599
- 35 Lacro JP., Dunn LB, Dolder CR., Leckband SG., Jeste DV, Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia: A Comprehensive Review of Recent Literature, Journal of Clinical psychiatry 2002;63:892-909
- 36 Demyttenaere K, Compliance during treatment with antidepressants, Journal Of affective disorders 1997;43: 27-39
- 37 Byerly MJ, Nakonezny PA y Rush AJ, The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder, Schizophrenia Research 100;2008: 60-69
- 38 McGuire-Snieckus R, McCabe R, Catty J, Hansson L y Priebe S, A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR, Psychological medicine 2007;37:85-95
- 39 Anderson, LA, Dedrick, RF. Development of the trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. Psychol. Rep. 1990;67(3 Pt 2): 1091–1100.
40. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. Intl J Psychoanalysis 1958;39: 350-373
41. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, et al. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale New Jersey: Erlbaum. 1978

42. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disorientes during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg M, Cicchetti D (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention (pp. 121-60). Chicago IL: University of Chicago Press
43. Horvath AO, Greenberg, LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 1989;36(2): 223–233.
- 44 Brawley LR, Culos-Reed SN, Studying adherence to therapeutic regimens: Overview, theories, Recommendations, *Controlled Clinical Trials* 2000;21:156S-163S
- 45 Cruz CF, Bello L, Garcia C, Gonzalez L, Chávez RA, Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos, *Salud Mental*, 2005;28(1): 72-81
- 46 Ahumada JP, Arango I, Gonzalez J, Traducción y validación del Cuestionario de Estilos de Apego en el Adulto (Attachment Style Questionnaire), Tesis especialidad en psiquiatria 2011 INPRF
- 47 Sperling MB, Berman WH. Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives, New York Guildford Press. 1994
- 48 Kidd T, Hamer M, Steptoe A. Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress, *psychoneuroendocrinology* 2011;36(6):771-7799
- 49 Erbe JK, Diamond D, Fertuck EA. Mental representation, Social cognition, and the neural underpinnings of borderline personality disorder: a multilevel approach. *Neuropsychoanalysis*, 2012, 13 (2) 1-9.

- 50 Casullo MM, El inventario de los síntomas SCL-90 de L. Derogatis, UBA conicet 1999/2004
- 51 Cramer D; Howitt D Laurence. *The SAGE Dictionary of Statistics: A Practical Resource for Students in the Social Sciences* (Third ed.). SAGE. p. 21 (entry "ceiling effect"). 2005
- 52 Adolphs R. The neurobiology of social cognition, *Current opinion in neurobiology* 2001;(11):231-239
- 53.- Arango I, Brüne M, Fresan A, Ortega V, Villanueva J, Saracco R, Muñoz-Delgado J, Recognition of facial expression of the emotions and their relation to attachment styles and psychiatric symptoms. Preliminary study on Psychiatric Residents. *Salud Mental* 2013;36:95-100
- 54- Baloush Kleinman V, Levine SZ, Roe D, Shnitt D, Weizman A, Poyurovsky M, Adherence to antipsychotic drug treatment in early episode schizophrenia: a six month naturalistic follow-up study, *schizophrenia Research* 2011;130:176-181
- 55- Black S, Hardy G, Turpin G, Parry G, Self reported attachment styles and therapeutic orientation of therapist and their relationship with reported general Alliance quality and problems in therapy, *psychology and psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2005;78(3):363-377



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Asociación entre reconocimiento de emociones faciales, sintomatología psicopatológica y estilo de apego en clínicos y adherencia farmacológica y percepción de la relación terapéutica en sus pacientes

· **Investigadores:** Dr. Lino Renán Villavicencio Flores  
Dr. Iván Arango Di Montis  
Ing. José Francisco Cortes Sortre

**Dirección:** Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Calzada México-Xochimilco # 101. Colonia Huipulco. Delegación Tlalpan. Teléfono: 4160-5000

Nombre del paciente:

---

Lo invitamos a tomar parte en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. El participar en este estudio es completamente voluntario. Usted puede decidir no tomar parte, o abandonar el estudio en cualquier momento. En cualquiera de los casos no perderá ninguno de los beneficios como paciente de esta Institución. Este estudio podría darnos conocimiento valioso para ayudar a otros pacientes en el futuro.

Esta hoja de consentimiento puede tener términos médicos con los que usted no esté familiarizado, por favor siéntase libre de preguntar todo aquello que no entienda claramente. A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

**JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.** La adherencia farmacológica es uno de los factores que participan en la efectividad de los regímenes terapéuticos, dando mayor probabilidad de remisión del cuadro y cuando no se encuentra mayor probabilidad de recaídas o agravamiento sintomático. Se define como la medida en la cual el paciente sigue las instrucciones que el clínico le ofrece y esta mediada por diferentes factores como por ejemplo económicos, creencias hacia el medicamento, efectos adversos y la relación medico paciente. Múltiples investigaciones se han encargado de estudiar las características tanto del clínico como del paciente que participan en esta relación y que resultan en mayor o menor adherencia farmacológica.

**OBJETIVO DEL ESTUDIO.** A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo buscar si existe alguna asociación entre la capacidad de reconocimiento de emociones faciales, la sintomatología psicopatológica y los estilos de apego por parte del clínico con la adherencia farmacológica presente en sus pacientes y la percepción de sus pacientes de la calidad de la relación médico paciente

**BENEFICIOS DEL ESTUDIO.** Con este estudio esperamos tener mayor información acerca de las características del clínico que se asocian con una mejor relación terapéutica y con una mejor adherencia farmacológica, de esta forma se podrían llevar a cabo intervenciones educativas con el objetivo de proveer de habilidades para una mejor relación terapéutica, mejor adherencia y mejores resultados del tratamiento.

**PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.** En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, la relación que tuvo con su médico tratante y la toma de

tratamiento farmacológico. Se contestaran dos cuestionarios el primero incluye preguntas acerca de la relación que tuvo con su médico tratantes y la segunda acerca de la adherencia farmacológica que tuvo.

#### **ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.  
\*No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

**Firma del participante o del padre o tutor** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

#### **Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

**Firma del investigador** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

#### **A quien contactar**

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con la Dr. Lino Renán Villavicencio (tel. 4160-5441) o con el Dr. Iván Arango de Montis (tel. 4160-5389).

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Asociación entre reconocimiento de emociones faciales, sintomatología psicopatológica y estilo de apego en clínicos y adherencia farmacológica y percepción de la relación terapéutica en sus pacientes

· **Investigadores:** Dr. Lino Renán Villavicencio Flores  
Dr. Iván Arango Di Montis  
Ing. José Francisco Cortes Sortre

**Dirección:** Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Calzada México-Xochimilco # 101. Colonia Huipulco. Delegación Tlalpan. Teléfono: 4160-5000

Nombre del Clínico:

---

Lo invitamos a tomar parte en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. El participar en este estudio es completamente voluntario. Usted puede decidir no tomar parte, o abandonar el estudio en cualquier momento. Este estudio podría darnos conocimiento valioso para ayudar en la formación de médicos y en la atención a pacientes en el futuro.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

**JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.** La adherencia farmacológica es uno de los factores que participan en la efectividad de los regímenes terapéuticos, dando mayor probabilidad de remisión del cuadro y cuando no se encuentra mayor probabilidad de recaídas o agravamiento sintomático. Se define como la medida en la cual el paciente sigue las instrucciones que el clínico le ofrece y esta mediada por diferentes factores como por ejemplo económicos, creencias hacia el medicamento, efectos adversos y la relación medico paciente. Múltiples investigaciones se han encargado de estudiar las características tanto del clínico como del paciente que participan en esta relación y que resultan en mayor o menor adherencia farmacológica.

Se ha observado que existen ciertas características de la relación terapéutica que podrían participar en la adherencia terapéutica. Se ha observado que ciertas características de la comunicación del clínico podrían estar en relación con una mayor o menor adherencia por parte de los usuarios y debido a la poca existencia de investigación acerca de estas características se llega a pasar por alto en la formación del clínico.

**OBJETIVO DEL ESTUDIO.** A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo buscar si existe alguna asociación entre la capacidad de reconocimiento de emociones faciales y los estilos de apego en los médicos tratantes y la adherencia farmacológica presente en sus pacientes así como una percepción de estos de la relación terapéutica.

**BENEFICIOS DEL ESTUDIO.** Con este estudio esperamos tener mayor información acerca de las características del clínico que se asocian con una mejor relación terapéutica y/o una mayor adherencia farmacológica, de esta forma se podrían llevar a cabo intervenciones educativas con el objetivo de proveer de habilidades para una mejor relación terapéutica, mejor adherencia y mejores resultados del tratamiento.

**PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.** En caso de aceptar participar en el estudio se le aplicara el paradigma de reconocimiento faciales, y dos cuestionarios uno de sintomatología (SCL-90) y el cuestionario de estilos de apego del adulto (ASQ) y esta información se correlacionara con los datos sociodemográficos de una muestra de sus pacientes (muestra calculada de 10 por medico tratante) los cuales hayan acudido únicamente con usted como medico y que al menos hayan contado con 3 consultas en la institución. A esta muestra de pacientes se le aplicara un cuestionario de percepción de la relación terapéutica (STAR-P) y la escala breve de adherencia (BARS).

**ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.  
\*No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

**Firma del participante** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

**Firma del investigador** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**A quien contactar**

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con la Dr. Lino Renán Villavicencio (tel. 4160-5441) o con el Dr. Iván Arango de Montis (tel. 4160-5389).

**STAR-P Versión del paciente**

	nunca	Rara	A veces	A menudo	Siempre
Mi medico habla conmigo acerca de mis metas personales y pensamientos sobre el tratamiento					
Mi médico y yo estamos abiertos el uno con el otro					
Mi médico y yo compartimos una relación de confianza					
Creo que mi médico no acepta mis verdades					
Mi médico y yo compartimos una relación de honestidad					
Mi médico y yo trabajamos hacia metas mutuamente acordadas					
Mi medico es duro conmigo cuando hablo de cosas que son importantes para mí y mi situación					
Mi médico y yo hemos establecido un entendimiento de la clase de cambios que serian buenos para mi.					
Mi medico es impaciente conmigo					
Mi médico me cae bien independientemente de lo que yo diga o haga					
Estamos de acuerdo en lo que es importante que trabaje					
Creo que mi médico tiene una comprensión de lo que mis experiencias han significado para mí					

### Medición de adherencia

1- Conocimiento del paciente sobre su prescripción médica: ¿cuál es el número de dosis que necesita tomar en un día?

2- Durante el último mes cuantas veces el paciente no tomo la medicación.

3- En el último mes cuantas veces el paciente tomo menos de la dosis indicada.

En su opinión, ¿qué proporción de las dosis prescritas fueron tomadas por el paciente



De 100% a 0 % de las tomas