



# Universidad Nacional Autónoma de México

---

Facultad de Psicología

ASPECTOS FUNDAMENTALES SOBRE EL HOSPITAL  
DE DIA, EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS.

## Tesis Profesional

Que para obtener el Título de  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

presentada

GRISELDA SOTO JAIMES

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS



INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

15053.08

UNAM. 38

1983

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

M-2023

lps. 992

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

0001

0001

## I N D I C E

	Págs.
- UNAS PALABRAS	
- INTRODUCCION	
- DEFINICION DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL	3
- INSTITUCION PSIQUIATRICA	7
CAPITULO 1. ANTECEDENTES	10
CAPITULO 2. HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ: ANTECEDENTES Y EVOLUCION.	63
CAPITULO 3. INVESTIGACION DE CAMPO	77
CAPITULO 4. RESULTADOS	88
CAPITULO 5. DISCUSION	95
CAPITULO 6. CONCLUSIONES	115
- ANEXO 1	125
- ANEXO 2	
- ANEXO 3	
- BIBLIOGRAFIA	

## U N A S   P A L A B R A S

Es difícil comenzar a escribir estas líneas -- que me llevan a desprenderme de un trabajo que si bien me causa una profunda satisfacción, también fue causa de un gran esfuerzo para poder concluirlo.

Han sido muchas las personas que de alguna u - otra forma contribuyeron para que se lograra el objetivo tanto tiempo anhelado. Es a todas ellas a quien deseo mostrar mi gratitud y afecto.

A Arturo, mi compañero, cuya actitud siempre - crítica y abierta me impulsó a mejorar la calidad de - este trabajo y sin cuyo apoyo y comprensión por las -- constantes y prolongadas ausencias y esas largas noches de desvelo, no habría podido siquiera iniciarlo; y --- quien sin desearlo antepuso todo lo mio a todo lo suyo - por lo que debo decir "gracias Arturo por esta demostración de respeto y amor..."

A este hijo nuestro que ahora traigo dentro y que nos ha dado la oportunidad de experimentar el más maravilloso de los sentimientos; a él que me motivó a dar el último "jalón" para no quitarle más de lo que - ya le pertenece, a él a quien le deseo un mundo de paz, de justicia e igualdad social, a sabiendas de que si - esto no existe, lucharé incansable por lograrlo.

Todo lo que soy es consecuencia de la forma--- ción que mis padres me dieron, a ellos va pues mi re-- conocimiento y gratitud por el empuje y sabiduría que impartieron a mi vida, a su tenacidad, esfuerzo y algunas veces sacrificios a que se vieron obligados para - que continuara con mis estudios. Estoy segura que se sentirán satisfechos y orgullosos de esta única hija que ahora cumple con una meta que - los hará felices, retornándoles así, algo de lo mucho que me han sabido dar.

A la familia, que es muy grande, a cada uno de los tíos, primos y sobrinos que en ocasiones sin saberlo, me ayudaron a superarme. Quiero especialmente mostrar mi afecto a mis tíos Valdemar y Concha, que en una época de mi adolescencia, fungieron como verdaderos --padres en ausencia de los míos, a sus hijos Lety, Conny, Delia y Valde que hicieron las veces de los hermanos -- que nunca llegaron. A todos ustedes que me acogieron -- en su familia como a un miembro más, ... "gracias por -- permitirme así, vivenciar situaciones y experiencias -- que de otra manera habrían pasado de largo...".

A mis compañeros de grupo que siempre me impulsaron a concluir esta meta, pero especialmente quiero agradecer y dedicar este trabajo al Dr. Héctor Prado H. quien ha sabido guiarme a través de los laberintos de la mente para poder llegar a contemplar la luz de la -- Salud Mental.

A Ma. Asunción Valenzuela y a Corina Cuevas, -- quienes no sólo se limitaron a ser las asesoras de mi tesis, sino fueron amigas y compañeras, siempre dispuestas a aclarar una duda, a discutir algún punto de vista, o simplemente, a departir una charla amistosa, aún a costa de interrumpir su propia intimidad.

A ellas que me inyectaron dinamismo y apoyo en los momentos difíciles y que compartieron conmigo sus conocimientos y experiencia.

A Ma. Asunción quien me mostró aspectos de la Salud Mental Comunitaria que me eran desconocidos y -- que redundaron en una visión más amplia de este trabajo. A Jorge, su esposo que se mostró siempre amable y comprensivo, gracias por ese delicioso desayuno preparado por él, cuando Ma. Asunción y yo estábamos enfrascadas en plena discusión.

A Corina quiero agradecerle su paciencia para enseñarme casi desde cero cómo codificar los datos y cómo hacer uso de la Estadística, campo donde reconozco, mi ignorancia era mucha y por esa tarde de café y rico pastel.

Con las dos comparto este trabajo, puesto que, también es parte de ellas mismas.

Vaya pues mi más sincero respeto y admiración por su interés y dedicación al campo de la investigación en Psicología.

A los C.P. Sergio Velasco y Sergio Guillen quienes me abrieron las puertas de la computación; especialmente el primero, que dedicó domingos enteros a explicarme el procedimiento para elaborar los programas, y quien como muestra de una gran amistad se ofreció a --- colaborar en el procesamiento de datos de un trabajo - que a él no le retribuía ningún beneficio y sí pérdida de tiempo y costo, razón por la que me siento hondamente agradecida.

Deseo también mencionar la ayuda brindada por - mis compañeros y jefes de la oficina donde laboro, ya - que en no pocas ocasiones tuvieron que hacer el trabajo que me correspondía para que yo pudiera asistir al hospital, o a asesoría o a trámites, y siempre se mostraron dispuestos a cubrirme.

A Pily y a Vicky, gracias por su constante --- apoyo.

A Aracely le agradezco su eficiencia y rapidez para mecanografiar este trabajo, y su paciencia para - descifrar mis garabatos.

A las autoridades del Hospital Psiquiátrico -- Fray Bernardino Alvarez deseo agradecerles las facilidades otorgadas para que pudiera efectuar la presente investigación.

Quiero hacer patente mi reconocimiento al personal del Archivo que tan amablemente se comportaron y me aguantaron durante seis meses, lo mismo que al personal del Programa de Hospital de Día, quienes siempre me orientaron e informaron cuando así lo solicité, especialmente al psicólogo Jaime, la Trabajadora Alejandra y la enfermera Silvia.

Es para mi importante hacer una mención y agradecer en forma muy especial al Hospital -- Psiquiátrico de La Habana, Cuba.

Primero, porque de una publicación hecha por el Dr. Armando Córdova obtuve la motivación para iniciar este trabajo; segundo, porque se tomaron la molestia de enviarme sus trabajos de investigación sobre Hospital de Día; en especial al -- Dr. Eduardo Ordaz Ducungé, quien es director del mencionado hospital; y tercero, porque se trata de un pueblo con una larga historia de lucha y -- cuya ideología admiro y respeto.

Griselda.



INTRODUCCION.

## I N T R O D U C C I O N

El interés por hacer una investigación sobre Hospital de Día, nació primero, de la inquietud de dar a conocer en México lo que se está haciendo en otros países con respecto a la Salud Mental, específicamente sobre el Hospital de Día; y segundo, del deseo de obtener en forma sistematizada la información básica que nos puede mostrar la situación de este tipo de servicio poco conocido en nuestro país, como un primer intento para poder hacer evaluaciones posteriores sobre su efectividad, sus alcances y su viabilidad dentro de nuestra situación actual.

Se pretende mostrar un análisis de la estructura, funcionamiento, programas, organización, ventajas y problemas que presenta esta innovación dentro del campo de la Salud Mental, y comparar las características de diferentes Hospitales de Día en distintos países, con las particularidades del existente en la Ciudad de México.

Para tal efecto se utilizará la metodología propia de una investigación de campo, siendo necesario aclarar que será una investigación a nivel exploratorio, por lo que los resultados que se obtengan se verán limitados en alcance y generalización.

Los Hospitales tradicionales han tenido dificultades para abordar la Salud Mental debido a las limitaciones que se dan tanto al interior como el exterior del sistema hospitalario, y es debido a ésto que el Hospital de Día surge como una alternativa -

de la Salud Mental, donde no sólo se intenta la recuperación de la salud del paciente, sino que éste se reintegre a su núcleo familiar y a la sociedad como un ser productivo capaz de llevar a cabo una vida normal. Dentro del Hospital de Día cambian la --visión y los lineamientos con que se dirige este sistema, se lucha por la rehabilitación del enfermo, y no como a un hombre individual aislado, que es como se maneja en la psiquiatría tradicional.

Es importante señalar que en este tipo de hospitalización, ya no se limita al psicólogo únicamente a la aplicación e interpretación de pruebas psicológicas, sino que como integrante del equipo interdisciplinario que presta sus servicios dentro de un programa de Hospital de Día, participa como psicoterapeuta, ergoterapeuta, en dinámicas de grupo y en actividades socioculturales que funcionan dentro del mencionado programa. Esto se perfila como una alternativa para la Psicología y para el psicólogo clínico específicamente, que como ejecutante de la misma, ya no se contenta con ocupar el rol pasivo que la sociedad -a través -del psiquiatra-, ha venido otorgándole; no sólo por el hecho de lo que implica una mayor aceptación del psicólogo dentro de un grupo interdisciplinario, sino por el reto que supone el participar en forma más activa dentro del campo de la Salud Mental, así como el preocuparse por una mejor preparación académica, y por lo tanto redundará en un mejor conocimiento y enriquecimiento de sí mismo como profesionalista.

## DEFINICION DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Es difícil tratar de definir lo que es "salud y enfermedad mental", ya que estos conceptos encierran un gran contenido ideológico y cultural. No sólo cada sociedad tiene sus propias definiciones, sino que éstas van cambiando paralelamente de acuerdo al desarrollo de ellas mismas.

En el siglo XVIII y principios del XIX a la "enfermedad mental" se le conocía como simulación de la enfermedad. En la segunda parte del siglo XIX, especialmente gracias a la influencia de Charcot, se le llamaba histeria, posteriormente con Freud y los primeros psicoanalistas se transformó en psicopatología y enfermedad mental.

"La Historia -con sus cambios-también interviene en estos aspectos, fácil es comprobarlo: el vulgarmente llamado "loco" en el mundo civilizado de ayer, no sólo era absolutamente repudiado, sino que debía estar muy contento de salvarse de las llamas de la Santa Inquisición, por estar dominado por el "demonio".

La encargada de hacer la distinción radical entre lo "normal" y lo "patológico" es la sociedad a partir de sus valores dominantes, con una finalidad específica que responde a motivaciones fácilmente entendibles.

"El concepto de "locura", siempre ha sido estigmatizado en la sociedad, y el "loco" aparece ante sus semejantes -presuntos sanos- con la expresión concreta de sus miedos, sus culpas y sus ansiedades".

A partir de lo anterior se considera que la "locura" - en sí constituye una identidad cuestionable, puesto que no es -- "loco", sino que depende de la relación que se dé con una sociedad determinada. Un ejemplo de esto lo tenemos en el mundo capitalista que utiliza como criterio a seguir, el de sanos para las personas que le ayudan a mantenerse y le son productivas; y el - de enfermos a quienes se oponen a él o que no le son productivas.

Enrique Guinsberg, en su libro "Sociedad, Salud y Enfermedad Mental", propone dos criterios para la definición de salud y enfermedad.

a) Criterio Estadístico: (Adaptativo), es normal toda aquella -- persona que responda a las características que reúnen la mayoría de las personas de su sociedad, quedando - fuera de tal definición todos aquellos que escapen a - tales características.

Esta definición dá por hecho todas las normas, costumbres y el funcionamiento de la estructura social en -- que son "válidos", "aceptables" y "sanos"; lo que a su vez implica que la enfermedad mental es un fenómeno individual que no está directamente relacionado con las condiciones sociales que existe.

Bajo estos parámetros, la persona considerada como -- "normal" en razón de su buena adaptación, de su deficiencia social, es a menudo menos sana que la neurótica, cuando se juega de acuerdo a una escala de valores humanos y no con los valores impuestos por la ideología

de la clase dominante.

b) Criterio Normativo: Este criterio establece como parámetro a -  
determinados valores o normas, fuera de los cuales se  
encuentra lo normal y lo patológico.

Se puede decir entonces que a cualquier concepción a -  
la que se recurre para definir salud y enfermedad va a tener una  
fuerte carga ideológica, lo que lleva a utilizar criterios valo-  
rativos que tienen como única finalidad el contribuir a la perpe-  
tuación del sistema.

Existen tres grandes aspectos para comprender al etio-  
logía de la Enfermedad Mental.

- 1.-Psicologismo: Considera al individuo como sujeto gobernado --  
por fuerzas psíquicas originadas por instintos, redu-  
ciendo el proceso social a la conducta del individuo.
- 2.-Sociologismo: Le dá fundamentalmente importancia a los aspec-  
tos sociales, considerando como determinante el fun---  
cionamiento de la estructura de la sociedad.
- 3.-Organicismo: Trata de comprender la enfermedad, sólo en base  
a perturbaciones físicas.

Se considera que cada uno de estos aspectos por sí so-  
los, tienen serias limitaciones al ignorar o disminuir la impor-  
tancia de otros aspectos como posibles causas de la enfermedad -  
mental.

Así pues, tomando en cuenta estas definiciones de ---- Salud y Enfermedad Mental y observando que cada una de ellas cambia en función a los parámetros socioeconómicos establecidos por la sociedad, hay una gran dificultad para tomar en cuenta una sola de las definiciones anteriores. Es por ésto que es fundamental tener presentes los tres aspectos que son: Psicologismo, Sociologismo y Organicismo para poder emitir una definición de Salud y Enfermedad Mental, tomando en cuenta que el concepto de locura - siempre ha sido estigmatizado en la sociedad y que en sí constituye una entidad cuestionable.

## I N S T I T U C I O N   P S I Q U I A T R I C A

En este apartado se hace una descripción de la Institución Psiquiátrica que participa como muchas otras, en el "buen" funcionamiento del engranaje social capitalista.

Basaglia nos dice que el manicomio y la prisión son - dos Instituciones que cuentan con características diferentes pero en realidad tienen la misma finalidad, ser instrumentos de -- violencia "...la cárcel protege a la sociedad del delincuente y el manicomio protege a la sociedad de la persona que también se desvía de la norma".

Esto nos dice que las Instituciones Estatales sirven para el fin que fueron creadas "...De esta manera la cárcel no sirve para la rehabilitación del encarcelado; así también el -- manicomio no sirve para la rehabilitación del enfermo mental. Am bas Instituciones sólo responden a una exigencia del sistema social que tiene como fin último la marginación de quien rompe el juego social y la marginación de quien no acepta la problemática de la violencia institucionalizada que gobierna nuestra so--- ciedad".

Se puede decir entonces que el enfermo mental es la - persona que se encuentra internada en una de esas instituciones que son utilizadas no para el cuidado de éstas sino para su custodia.



A estas personas se les envía a un lugar donde en realidad sus trastornos no van a ser curados. Es así que el manicomio no responde a las necesidades de su organización que a su vez responde a la sociedad.

Dentro del Hospital Psiquiátrico "la burguesía está representada por un médico, el trabajador social y el psicólogo que tienen el poder; por otro lado el proletariado y subproletariado que está representado por los enfermos y enfermeros" (Basaglia F.). Se debe tomar en cuenta que tanto el médico, el asistente social y el psicólogo están cumpliendo una función determinada a la especialidad y a la motivación que tenga para su trabajo. Por otro lado están los enfermeros que no poseen motivación alguna para cumplir con su funcionamiento en el hospital, ya que éstos como proletariados, no eligen a su profesión, sino que son elegidos por ésta.

Así pues, a ellos se les asigna el papel de encargados de mantener el orden de los roles dentro de la Institución.

Por otra parte a los ojos de los enfermos, médicos y enfermeros no representan sólo el mito de la realidad, sino también el rechazo a través de la negación dialéctica de su cometido social de ser excluyentes.

En enfermo es el depositario de la enfermedad mental que la sociedad, en la que vive ha generado, teniendo que ser aislado de todas sus costumbres, alejándolo de los lugares donde

habita, separándolo de su familia, rodeándolo de extraños y cambiando su modo de vida; el objetivo de este alejamiento, es modificar la dirección viciosa de la inteligencia y de los afectos; ya que esta dirección es una manifestación de las contradicciones sociales existentes, por lo que se procura que el pensamiento y el efecto de los enfermos sea dirigido hacia el servicio de los medios de producción.

CAPITULO UNO

## 1.-ANTECEDENTES:

### 1.1 HISTORIA DEL MOVIMIENTO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.

Seguramente los trastornos mentales han existido desde que el hombre apareció sobre la tierra y desde aquellas sociedades primitivas trataban de encontrar una manera de curar estos trastornos, que ellos interpretaban como fenómenos sobrenaturales determinados por la influencia de los dioses o fuerzas naturales y recurrían a medios mágicos que por lo general resultaban inútiles, aunque seguramente en ocasiones intervenía la sugestión, cuando se curaba el trastornado.

Ante esta situación, a la comunidad le quedaba como único recurso la reclusión del enfermo mental.

"Así surgieron en todo el mundo los manicomios de triste memoria, en donde durante muchos siglos las celdas, las cadenas y otros medios de contención, degradaron al ser humano y lo llevaron hasta los estratos más bajos de la escala animal". (Calderon - N.G. 1980).

A principios del Siglo XV, en 1409, se fundó en Valencia el primer Hospital Psiquiátrico del mundo y entre los años --- 1412 y 1489 se establecieron en España cinco Instituciones más, poco después de consumada la conquista de México, se fundó en 1567 en la ciudad de México, el Hospital de San Hipólito, primer establecimiento para la atención de enfermos mentales en América. Pero de éste hablaremos más ampliamente en el segundo capítulo.

Durante siglos, la atención psiquiátrica fue de tipo -- hospitalario y carcelaria, a pesar de los esfuerzos que reali--- zaron en contra humanistas tan notables como Pinel, en Francia; -- Tuke, en Inglaterra; y Chiarugi, en Italia, quien en 1789 proclamó que "era un supremo deber moral y una obligación médica, el tener el respeto que se merecían como personas a enfermos privados de la razón".

Durante mucho tiempo la psiquiatría permaneció aislada de las otras ramas de la medicina y eran muy pocos los profesionales interesados en ella, y los que sí lo estaban, sus actividades no aportaban ningún cambio significativo a la vida y trato de los pacientes psiquiátricos. No existían actividades de tipo preventivo y mucho menos dirigidas hacia la comunidad. Este aislamiento -- determinó lo que muchos psiquiatras contemporáneos han llamado --- la "alineación de la psiquiatría".

Los historiadores franceses de la psiquiatría consideran cuatro revoluciones en el devenir de esta disciplina. La primera - corresponde a la eliminación, por Philippe Pinel, de las cadenas - que inmovilizaban a los enfermos en los asilos. La segunda, al --- desarrollo de la psicofarmacología a partir de los hallazgos clinico coterapéuticos de Delay y Deniker. La tercera corresponde a la progresiva impregnación del psicoanálisis de Freud y de sus sucesores. Finalmente, esta cuarta revolución que como la actividad de Pinel y Freud, se refiere a una forma novedosa de enfrentar la enferme-- dad y al enfermo mental, con repercusiones ideológicas y técnicas muy profundas en todos los aspectos de la psiquiatría.

Es pues, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, cuando aparece un movimiento en todos los países, llamado Psiquiatría de la Comunidad, el cual ha venido a romper el aislamiento psiquiátrico tradicional. Este movimiento consideró importantes los siguientes aspectos: Transformación de los hospitales psiquiátricos, -- creando en ellos un "ambiente terapéutico", incremento en el número de camas psiquiátricas en los hospitales generales, creación de servicios de emergencia y de internamiento parcial, organización - de Centros de Salud Mental Comunitaria y de Talleres protegidos e integración absoluta de los programas de salud mental a los de Salud Pública, entre los más importantes.

Resumiendo, hubo diversos factores que contribuyeron a acelerar los cambios y que fueron la base para que se dieran las - condiciones necesarias para promover precisamente esos cambios en la concepción de la Salud Mental. Esos factores son:

Cambio de actitud respecto a la libertad del enfermo -- derogándose el carácter punitivo de las terapias tradicionales. Diversos factores psico-sociales en la etiopatogenia de la enfermedad mental y la necesidad de readaptación en el seno de la comunidad. Cambios en la tendencia a considerar la enfermedad mental, ya no - como accidente psíquico aislado, ni como trastorno sin pasado ni futuro, y la aparición de los psicofármacos.

Los cambios que se han dado en los supuestos teóricos - sobre enfermedad mental, en las instalaciones físicas y políticas administrativas de los hospitales ampliando la participación de -

la comunidad dentro del proceso de rehabilitación, entendiendo esta como una reintegración total del paciente a su comunidad y a su medio.

Numerosas investigaciones se han hecho para ver la transición del cambio, su efectividad y sus alcances, surgiendo estudios comparativos entre el enfoque tradicional y este nuevo enfoque llamado Salud Mental Comunitaria.

En este sentido, Margolis P.M. y Fabasa A.,1970, hablan sobre el impacto de este movimiento en los programas educativos, y observaron las siguientes diferencias:

Participación de toda la comunidad en los programas de Salud Mental, cambiando la orientación anterior de los programas - terapéuticos dirigidos hacia la clase media alta.

Un enfoque multidisciplinario en comparación con el enfoque unidisciplinario tradicional.

Hincapié en el trabajo de equipo y en procesos de grupos en contraste con el enfoque individual y personalista.

Enfasis en el aspecto preventivo de la psiquiatría, especialmente en técnicas de consulta, en lugar de enfatizar el diagnóstico y tratamiento.

Modelos innovadores de psicoterapia, continuidad del -- cuidado, y cohesión de los servicios clínicos a diferencia de las relaciones y las autonomías de los servicios clínicos tradicionales.

También se han multiplicado las alternativas en cuanto a la organización del cuidado de los pacientes mentales, tratando de llevar a la comunidad los servicios que antes se daban únicamente dentro de la estructura hospitalaria. Algunos ejemplos son: Unidades de Hospital de Día, Unidades de Hospital de Noche, Servicios de consulta Externa, Servicios de Emergencia, Servicios de Hospitalización de corta estadía, Programas de Rehabilitación en casa, Casas de Asistencia para pacientes, Hospital de Puertas Abiertas, Casas de Medio Camino, etc.

Todas estas alternativas tienen en común el ser servicios de intervención de corta estadía, enfatizándose el carácter de transición entre el hospital y la comunidad para evitar los efectos negativos de la internación a largo plazo y prevenir en lo posible la institucionalización innecesaria.

El área administrativa también ha sido alcanzada por el movimiento, fomentándose el trabajo en conjunto de todo el equipo interdisciplinario, reemplazando así la estructura vertical que obstaculizaba el trabajo y propiciaba la duplicidad de roles y funciones.

Los límites físicos de los servicios se han extendido, dejando la estructura tradicional del hospital y creándose Centros de diferentes puntos, lo mismo que Comunidades Terapéuticas ubicadas donde se encuentra la mayor densidad demográfica.

Este movimiento ha dado lugar a reformas en la Legislación y a un grado de organización muy grande. Un ejemplo de esto -



es el Acta de 1963 en Estados Unidos, donde se explicitan las políticas a seguir con respecto a los servicios comunitarios de Salud Mental.

Esta Acta es importante porque representa un intento de romper la dicotomía que hasta entonces había caracterizado a los servicios en Estados Unidos: los servicios privados para una población reducida y de alto nivel adquisitivo y los servicios públicos de salud mental para la gran mayoría de población marginada.

Las implicaciones de estos cambios fueron analizados en estudios hechos por Hollingshead y Redlich 1958 y Myres y Roberts en 1968, que junto con otros estudios corroboraron una estrecha -- relación entre la clase social baja y pobre diagnóstico de tratamiento.

"Los pobres tienen un mayor tiempo promedio de estancia y un número mayor de rehospitalizaciones. Es claro que los dos sistemas de servicios, el privado y el público, dan servicios paralelos pero desiguales. Las personas perturbadas con recursos adecuados son tratadas en servicios caracterizados por recursos psiquiátricos desproporcionadamente ricos, mientras que los pobres son -- atendidos en "instituciones totales" donde escasamente se encuentra atención especializada".

"La posición social influye también en el diagnóstico - de los profesionales, el pronóstico, las decisiones acerca del tratamiento y hasta los resultados a corto y largo plazo". ----- (Hirschowitz,1976).

Retomando esto, Zwerling, 1978, advierte que el potencial de cambio que tiene el movimiento de psiquiatría comunitaria estará limitado mientras no se erradique el racismo y el elitismo que --- arrastra al profesional desde su educación y entrenamiento; es decir, es forzoso un cambio en la ideología y en la orientación de la educación para poder dar una atención equitativa, sin distinción de clase, evitando la dualidad del tratamiento: psicofármacos y -- custodia en hospitales estatales para los pobres y atención privada más tratamiento con bases psicodinámicas para las clases con po der adquisitivo.

Otro ejemplo de las repercusiones del movimiento en el ámbito legal han sido:

Los cambios en la definición social de enfermedad mental reflejados en la ampliación de los límites de la conducta socialmente aceptada y en definiciones legales que delimitan al concepto de enfermedad mental.

"El derecho al tratamiento", entra ahora dentro de los derechos individuales en Norteamérica. Esto ha incluido el derecho a la información, el ejercicio del consentimiento basado en la -- información y el derecho a rechazar el tratamiento.

Hirschowitz en 1976, menciona como consecuencia a la -- reforma del Acta de Salud Mental de Massachussets de 1970, las admisiones involuntarias al Hospital Estatal bajaron del 76% al 27%.

De acuerdo a regulaciones federales en E.U., un Centro comprensivo de Salud Mental Comunitaria debe servir por lo menos - a 75,000 personas y no a más de 200,000, que vivan en un área geo-

gráfica cercana a donde esté enclavado el Centro (Whittington,1970).

En México, el programa piloto del Centro de Salud Mental Comunitaria de San Rafael estaba programado en 1974 para atender a una población de 180,000 habitantes, distribuidos en una zona urbana y una rural (Calderon G.,-González S., Mendoza C.,1977).

La función preventiva de los Centros de Salud Mental -- comunitaria se puede dar en tres diferentes niveles.:

La primaria, consiste en promover la salud mental e intentar impedir nuevos casos de enfermedad. Secundaria, identificar casos iniciales, y Terciaria, rehabilitar enfermos ya tratados --- propiciando su reintegración familiar y social.

Los niveles de prevención mencionados son los que han sido considerados tradicionalmente en todo programa de salud mental; sin embargo, hay autores como Hirschowitz, que insistentemente han planteado la necesidad de una prevención cuaternaria, es -- decir, la prevención de los efectos institucionales.

"Las instituciones pueden ser dañinas y todo esfuerzo -- debe ser canalizado a prevenir la institucionalización innecesaria, así como a combatir las fuerzas institucionalizadoras durante la -- hospitalización necesaria. Cuando se recurra a ésta, debe existir claridad en el contrato entre las dos partes (médico y paciente) y el tiempo de hospitalización debe estar definido en lo posible.

Dentro de la Institución es imperativo que los recursos humanos se desplieguen para que las demandas hechas al paciente --

sean realistas y se evite el cuidado crónico dependiente". -----  
(Hirschowitz, 1976).

Por consiguiente la controversia que todo esto provoca, tanto en pro como en contra de la hospitalización, a llevado a --- varios autores a exponer sus puntos de vista a ésto; a continua--- ción veremos algunos de ellos:

#### ARGUMENTOS EN PRO DE LA HOSPITALIZACION.

(Gottesfeld H.,1977 citado por del Río L. y Verduzco A.1979)\*

- 1.-El Hospital es una manera práctica y eficiente de manejar la -- psicosis: el hospital ofrece varias facilidades y concentra es-- pecialistas cuya función básica es tratar la psicosis del pa-- ciente. Cuando el tratamiento requiere de un observación y un cuidado continuo, la hospitalización es ideal. Las emergencias pueden ser atendidas rápida y eficazmente. Los pacientes con -- tendencias suicidas u homicidas pueden ser supervisados de cer-- ca.
- 2.-La estancia en el Hospital alivia la crisis del paciente. Se -- retira al paciente de su medio social enfermo y se le aísla de las demandas que ejercen sobre él presiones constantes. En esta forma descansa para poder recuperarse, y hacer uso de sus recur-- sos reenfrontándose eventualmente al mundo externo.
- 3.-El Hospital provee un campo fértil de entrenamiento para los -- profesionistas del futuro. El Centro Hospitalario reúne confe-- rencias interdisciplinarias, casos psiquiátricos de diagnósti-- co y tratamiento, que puedan constituir experiencias valiosas - de entrenamiento.

- 4.-La familia del paciente experimenta también un alivio. Generalmente la familia no sabe como manejar a estos individuos. La situación se vuelve muy frustrante y tensa, envolviendo a otros miembros de la familia y afectando el funcionamiento de la misma.

ARGUMENTOS EN CONTRA DE LA HOSPITALIZACION.  
(Gottesfeld H.,1977)\*

- 1.-Hay severas restricciones en los roles sociales y económicos -- del paciente.El paciente es económicamente improductivo mientras está en el hospital y sus habilidades laborales pueden deteriorarse por falta de práctica. Su vida social se ve limitada a -- las relaciones que puede establecer con otros pacientes y con -- el personal de mantenimiento del hospital. Generalmente, si --- otro tipo de gente trata de estar con él, el personal del hospital se interpone. Estas restricciones limitan la confianza - del paciente acerca de su capacidad para vivir fuera del hospital. Mientras más esté en el hospital, más dependiente se hará de éste y habrá mayor probabilidad de hacer de la enfermedad - una forma de vida.
- 2.-La experiencia de estancia en un hospital mental es degradante para el paciente, el paciente tiene muy poca privacidad. Puede - ser tratado en forma muy rutinaria.
- 3.-La hospitalización en sí misma es frecuentemente discriminato-- ria. La mayoría de la gente que termina en hospitales psiquiá-- tricos son aquellos con poca influencia y poder, como los po-- bres, los ancianos y grupos minoritarios en general.

- 4.-La hospitalización es cara y el hospital generalmente queda lejos de la casa y familia del paciente.
- 5.-Se pierde la libertad y los derechos civiles. Lo cual significa que el paciente puede perder el control de sus asuntos financieros y legales, la libertad para casarse o divorciarse, la custodia de los hijos y el derecho para seguir ciertas actividades vocacionales como la medicina, etc.

Ahora bien, comentando lo anterior, diríamos que las primeras cuatro afirmaciones en pro de la hospitalización pueden ser válidas si se dieran condiciones óptimas en cuanto a instalaciones físicas, ambientales, el personal adecuado y programas verdaderamente terapéuticos, lo que implica un amplio presupuesto y una actitud de confianza en las capacidades de restablecimiento del paciente, además de todo lo anteriormente mencionado.

Los conceptos acerca de la familia y su funcionamiento en general parten de la premisa de que equilibrio familiar es igual a salud mental, sin embargo esto ha sido cuestionado, ya que se ha observado que el paciente localizado no siempre es el miembro más enfermo del núcleo familiar (Ackerman, N., Satir, V., 1971).

En cuanto al regreso del paciente a la familia, frecuentemente representa una reanudación de la crisis, pues el paciente tiene que someterse a nuevas presiones y ajustes, como lo menciona Rubinstein, (1970). Además de las resistencias de la familia para volver a aceptar al paciente en el seno familiar. No obstante la solución no es alejar al enfermo de la familia, sino trabajar con-

juntamente con ambas partes y tratar de vencer por un lado las resistencias y por otro la presión y el temor de enfrentarse a la -- sociedad.

La necesidad de supervisión de los pacientes muchas veces cae en la exageración. Muy pocos pacientes son peligrosos e -- inclusive habría que cuestionar la forma de supervisión. Por ejemplo, hay una tasa más alta de suicidio en hospitales con severas - restricciones que en un hospital general (Gottesfeld H., 1977).

El entrenamiento para los profesionales puede darse mejor en ambientes naturales de la comunidad donde el contexto so-- cial de los desórdenes emocionales puede ser directamente obser-- vado.

Los servicios de emergencia que proporcionan los hospita-- les, así como la disponibilidad de personal y tratamientos diurnos, han sido cubiertos exitosamente por otras alternativas que -- ofrecen programas de Salud Mental Comunitaria. Dentro de estas modalidades se encuentra al Hospital de Día, llamado también Hospi-- talización de Tiempo Completo sin los problemas de ésta.

Gottesfeld, H. en su libro Alternativas a la Hospitali-- zación Psiquiátrica, (1977) nos muestra cuáles han sido los cam--- bios que se han dado al interior de los hospitales.

HOSPITAL MENTAL TIPICO  
DE LOS 50's

- 1.-Gran población de internos
- 2.-Estancia a largo plazo
- 3.-Muchas reestricciones fisi-  
cas (ventanas, y puertas  
enrejadas y cerradas, ----  
camisas de fuerza, etc.).
- 4.-Planeación autoritaria, --  
los planes y decisiones --  
están hechos por los admi-  
nistradores.
- 5.-Horario obligatorio y ruti-  
nario. Todos los pacientes  
hacen las mismas activida-  
des al mismo tiempo.
- 6.-Disciplina autoritaria y -  
arbitraria, algunas veces  
brutal. Los golpes se usan  
con cierta frecuencia.
- 7.-Psicocirugía y terapia ---  
electroconvulsiva (TEC)son  
modalidades de tratamiento  
comúnes.
- 8.-Los pacientes son explota-  
dos haciendo el trabajo --  
servil para el hospital.-  
Pueden recibir "privile-  
gios" por trabajo.
- 9.-Se desalientan las posi-  
ciones personales. Los pa-  
cientes son obligados a -  
portar ropa del hospital  
y accesorios para cubrir  
sus necesidades. No se -  
les permite ahorrar su di-  
nero o guardarlo.

HOSPITAL MENTAL DE VANGUARDIA  
TIPICO DE LOS 70's

- 1.-Menor población de internos
- 2.-Estancia a corto plazo
- 3.-Pocas reestricciones fisi--  
cas.
- 4.-Mayor planeación democráti-  
ca.Los pacientes tienen voz  
en ciertas actividades y --  
decisiones.
- 5.-Variedad de programas indivi-  
dualizados y de terapias de  
acuerdo a las necesidades de  
los pacientes. Algunos pro-  
gramas son voluntarios.
- 6.-Una escucha formal es reque-  
rida para la acción disci-  
plinaria. Golpes escasos, -  
frecuentemente seguidos por  
una investigación.
- 7.-Psicocirugía escasa. La TEC  
raramente utilizada para los  
pacientes no depresivos. Los  
dos tratamientos requieren  
de información y consentimien-  
to y están sujetos a supervi-  
sión profesional.
- 8.-Los pacientes son pagados por  
el trabajo hospitalario.El -  
hospital con frecuencia tie-  
ne empleos en la comunidad ó  
entrenamiento para el trabajo.
- 9.-Se alienta la posición perso-  
nal. El paciente guarda sus  
propias ropas y pertenencias.



10.-Poca privacidad. El paciente es observado de cerca y vigilado; sus visitas son supervisadas, el correo censurado. El uso del teléfono requiere -- permiso.

10.-Mucha privacidad, el paciente puede tener un cuarto privado o semiprivado. Hay una - área privada de visitantes. No existe censura del correo y no se restringe el acceso al teléfono.

Cabe aquí mencionar, y es importante hacerlo, que si -- bien lo anterior hace referencia a la situación imperante en los - hospitales psiquiátricos en Estados Unidos, una década atrás de -- nuestro tiempo actual; nuestros hospitales en México desafortunada mente, no han podido alcanzar el nivel de eficiencia que se ha logrado en otros países. Las posibles razones y/o justificaciones a ésta, se analizarán posteriormente, cuando lleguemos a la investigación en sí que ahora nos ocupa.

1.2 Una vez que hemos visto el desarrollo del Movimiento de - Salud Mental, pasaremos a revisar cómo se ha dado el proceso del Hospital de Día Hospital Parcial como también se conoce.

Considerado como un hito histórico en el desarrollo de la Salud Mental, surge desde hace algunas décadas el Hospital de Día, como un tipo de hospitalización parcial que viene a resolver numerosas interrogantes en este campo. El desarrollo de esta Institución está íntimamente ligado a un amplio movimiento del pensamiento psiquiátrico tendiente a mejorar la situación que prevalece en el terreno del tratamiento de las enfermedades mentales.

Cuando surge este tipo de hospitalización, que constituye un magnífico puente entre la comunidad de la cual proviene el paciente y la institución donde se le trata, se origina una verdadera revolución en el ámbito psiquiátrico universal.

Entre los precursores que realizaron este tipo de hospitalización recordamos en primer lugar a Dzhagarov, quien reportó en 1937 la creación en 1933 del Hospital de Día asociado al Primer Hospital Psiquiátrico en Moscú. Otro pionero fue J.M. Woodall, en el Adams Honse Sanitarium en Boston (1935) con atención de día a pacientes psiconeuróticos. Entre otros, también Haley Boyle en el Lady Chichester Hospital en Hove, Inglaterra, en 1938; el primer Hospital de Día no fue organizado en el Hemisferio Occidental hasta abril de 1946, en el Allan Memorial Institute of Psychiatry, en Montreal Canadá, por Cameron. En Inglaterra ya se había establecido uno a mediados de 1940, en el Institute of Social Psychiatry, y

en Cuba se inauguró uno en 1962. De aquí en adelante, a medida --- que transcurrieron los años, se fueron multiplicando los Hospitales de Día en varios países del mundo, en diversas formas y con múltiples aplicaciones, hasta llegar al actual grado de desarrollo donde es cada vez mayor el número de países que lo fomentan, como parte de su programa de desarrollo de la salud mental.

Debido a la creciente demanda de servicios en el Área - de Salud Mental, se vió la necesidad a nivel mundial de ampliar -- la capacidad de los medios terapéuticos y de las instalaciones, -- a bien de buscar alternativas para poder satisfacer a una pobla--- ción cada vez más numerosa.

También había que reducir la tasa de rehospitalizaciones ya que ésta aumentaba considerablemente a la población flotante -- hospitalaria. Se requería de una transición entre el paciente dado de alta y la comunidad, ya que el control a través de consulta externa era insuficiente. Además, se observó que muchos de los pa--- cientes dados de alta regresaban al hospital por iniciativa propia, deambulando por horas, lo cual reflejaba la falta de ubicación y - reinserción dentro de su medio social, y reforzaba la necesidad de reintegración paulatina y que la rehabilitación se diera en el seno de la comunidad.

Con las nuevas políticas de Salud Mental Comunitaria, en donde los hospitales públicos resultaban inoperantes por costos y resultados, había que canalizar una gran cantidad de pacientes -- crónicos y "desinstitucionalizarlos" para cambiar la función de - custodia del hospital a una verdaderamente terapéutica y dinámica.

Para todos estos pacientes se crearon unidades de Hospital de Día, como el Centro de Tratamiento diurno Gardner Massachussets del --- Centro de Salud Mental Gardner Athol.

El Hospital de Día como una facilidad psiquiátrica se encuentra actualmente en casi todos los lugares del mundo. Su uso intensivo en la Gran Bretaña, es descrito en los trabajos de Freeman H.L. (1959) y Farndale J.,(1961). En la obra de Farndale, se encuentra un tratado comprensivo del movimiento de Hospital de Día en Inglaterra que contiene una lista completa de los Centros de -- Día operando actualmente en ese país.

Por lo que respecta a la U.R.S.S., Field M. G., (1960), afirma que el Hospital Mental "no ocupa una posición central en la modalidad soviética con respecto a la enfermedad mental". El Centro de Salud Neuropsiquiátrico Distrital lo substituye y es la piedra angular de la actual organización psiquiátrica, ocupando el Hospital de Día una posición significativa dentro de este marco.

En Canadá se ha extendido profusamente esta modalidad. Se han establecido varios Hospitales de Día en la provincia como - la ejemplifica Pottle, C.H. (1955). Además de que el Allan Memorial Institute y el Hospital General de Montreal, han tenido años de -- experiencia con la Hospitalización Parcial.

En Abeokuta, Nigeria, opera un Hospital de Día en el -- Hospital Aro, para enfermedades nerviosas y mentales (Lambo, T.A., 1956). Esta constituye una prueba de que el Hospital de Día es una posibilidad factible en naciones en vías de desarrollo.

En Cuba han venido funcionando con buenos resultados --

varios Hospitales de Día desde 1962 en que se inició el primero -- de ellos en el Hospital docente Comandante Manuel Fajardo.

Respecto al Hospital de Día en México, hablaremos en -- forma más extensa en el siguiente capítulo.

Hasta aquí hemos visto cómo surge el Hospital de Día, - ¿pero qué es un Hospital de Día y cómo se le define?.

Un Hospital de Día es un Centro de tratamiento diurno, como su nombre lo indica, al cual asisten los pacientes dentro de - un horario delimitado por el mismo hospital, que por lo general es de 8 horas diarias y cinco días a la semana, de lunes a viernes, - donde son beneficiados con todo tipo de tratamiento (Terapia ocu-- pacional, psicoterapia, psicofármacos, etc.).

Estos hospitales están dedicados al tratamiento de pa-- cientes con patologías psiquiátricas que les permiten residir en su hogar y mantener el contacto con su comunidad, lo que significa pa-- ra ellos un "medio ingreso", que no los aísla completamente de la familia, ni de sus intereses.

El programa terapéutico de estos hospitales debe tener en cuenta la consideración del paciente como un ser biopsicosocial, y a tal fin, le creará una atmósfera terapéutica en la que el ba-- lance entre la iniciativa del paciente y la del Equipo de Salud -- Mental sea adecuado durante toda su permanencia en el mismo.

Al Hospital de Día pueden acudir pacientes egresados de las salas de psiquiatría, como un puente entre su adaptación al ro-- le de ingresado y al de paciente ambulatorio (Leyva, M.Y.1976).

Otros autores nos dicen:

-El Hospital de Día ó el externado psicoterapéutico, -- como se llama en la terminología francesa, está por naturaleza --- abierto hacia el exterior, hacia el barrio, la ciudad y particular<sup>u</sup> mente hacia las escuelas, y los medios de trabajo. (Amado G.,1968).

-Hospital de Día es un instrumento psicoterapéutico con un campo definido que es la patología; destinado a pacientes que - necesitan un programa terapéutico más completo que los servicios - de consulta externa y sin los requerimientos de la residencia de - 24 horas ofrecida por las unidades de hospitalización. Puede estar basado en una estructura hospitalaria, un Centro de Salud Mental, o un local autónomo dentro de la comunidad. (Washburn, S.L.1976).

La mayoría de los Hospitales de Día se especializan -- en algún tipo de padecimiento, por ejemplo: para neuróticos, para ancianos, para alcohólicos, etc.

Una vez que hemos revisado qué es un Hospital de Día, y cómo se le define, nos avocaremos a presentar cuáles son los Lineamientos Generales de este tipo de Hospital, dentro de los cuales - se incluirán los objetivos del servicio, los criterios de selec-- ción, admisión, tratamiento y alta, así como su estructura y fun-- cionamiento.

## O B J E T I V O S .

-Proporcionar un servicio de transición entre el Hospital y la Comunidad.

-El Hospital de Día debe marcarse metas limitadas con cada paciente, apoyándolo durante un período de crisis, ayudándolo a resolver un conflicto de tipo marital, o integrarlo en programas de rehabilitación vocacional o social.(Lamb H.R.1972).

-Controlar las readmisiones por recaídas y prevenirlas - en lo posible. Por ejemplo, "brotos episódicos aunque cortos en duración, pueden esperarse de ciertos padecimientos mentales y el uso del Hospital de Día para control y prevención, proporciona un mecanismo social para evitar la hospitalización crónica. Muchos pacientes hospitalizados crónicamente permanecen indefinidamente, -- no porque están enfermos crónicamente sino porque los síntomas de su enfermedad pueden ser recurrentes en forma crónica". (Kris,E. - 1959).

-Proporcionar un programa de tratamiento comprensivo para los que están suficientemente incapacitados para aprovechar los beneficios hospitalarios, pero que están en condiciones de permanecer en casa parte del tiempo.

-Extender los servicios psiquiátricos existentes para dar servicio a un mayor número de personas, así como tratar de conservar y consolidar la célula familiar en cuanto sea posible. ---- (Amado, G.,1969).

-Resocializar, dar alivio sintomático y reducir el sufrimiento.

-Tratar de salvar la dicotomía entre la sola concentración sobre el punto; es decir, no tratar al individuo solo, sino a través del grupo terapéutico (-Bierer J.,1961).

#### C R I T E R I O S   D E   S E L E C C I O N .

La selección de pacientes se encuentra limitada por la estructura característica del hospital: cupo, condiciones administrativas y financieras, equipo, presupuesto y objetivos para los cuales fue planeado el servicio, por ejemplo: atención a pacientes agudos o crónicos.

Puede admitirse un paciente cuando: la hospitalización no está indicada dentro del contexto familiar y diagnóstico. Cuando el cuidado ambulatorio y la atención psicoterapéutica de externado no es suficiente.

Kramer B.M. (1962) indica que los siguientes aspectos deben ser tomados en cuenta: diagnóstico, índice de severidad, duración total de las hospitalizaciones previas, la duración de la estancia, tratamiento psiquiátrico, lugar de residencia del paciente, sexo, edad, status social, raza. Sin embargo, estos criterios han sido motivo de controversia, existiendo diferentes opiniones al respecto.

Por ejemplo, en cuanto al diagnóstico, muchos autores rechazan a los pacientes que presentan daño cerebral o lesiones neurológicas y a aquellos con retardo mental, por considerar que deben ser canalizados a instituciones especializadas, de acuerdo al tipo de problema que presentan. En cambio, los diagnósticos de



reacción neurótica y desórdenes de la personalidad son buenos candidatos para un programa de Hospital de Día. No así, la psicosis - afectiva que es poco recomendable.

Respecto al índice de severidad hay algunos autores, -- como por ejemplo los que están encargados del Hospital de Día en Francia, que opinan que es muy favorable para el desarrollo y diná mica de los grupos el aceptar pacientes con diferentes grados de - perturbaciones porque balancean las actividades y permiten un tra- bajo constante y continuo. El equipo de Wops en Woluwe-Saint Lam- bert en BÉLGICA en 1974, publicó que "admitían a todo aquel que no interrumpiera sus actividades habituales por razones psicopatológi- cas".

El grado de motivación del paciente es importante ya que el Hospital de Día supone una gran cantidad de actividad por parte del paciente, requiriendo una capacidad mínima para desarrollar -- las tareas que se proponen (Niskanen, P. 1974).

Un mínimo de estructura familiar es necesaria o al me- nos la presencia de "un otro significativo" dentro de la comunidad, que pueda involucrarse en el proceso de la toma de responsabilidad del paciente, que pueda guiarse con el equipo terapéutico y que es té disponible para apoyar al paciente cuando se desorganice o en- tre en período de crisis.

El tipo de tratamiento o terapéutica a seguir, estará - determinado por los objetivos que se pretendan alcanzar:  
La primera gran línea terapéutica busca la readaptación más pronta posible y la reubicación del paciente en la comunidad para reincor-

porarle a la producción y resinsertarlo de nuevo en los grupos a los cuales pertenece. Bajo esta línea se encuentran:

La psicoterapia de apoyo y aquellos que refuerzan los mecanismos de defensa.

Intervención en crisis.-Este tipo de enfoque trata de atacar simultáneamente diferentes aspectos de la personalidad con todas las técnicas disponibles y generalmente se usa en la primera fase del tratamiento. El padecimiento se considera como una descompensación que hay que volver a compensar. (Engle, R., Semrand E.V. 1971).

Terapia Somática.-Bajo este rubro se incluyen todas las medidas farmacológicas, de electroshocks y físicas. Actualmente es cada vez menor el uso que tienen los psicofármacos.

Dentro de las Terapias de Rehabilitación se encuentran las siguientes:

Terapia Ocupacional.-Este rubro está claramente expresado por Verneille F., Florence R.: "La identidad en el área de trabajo es un componente vital para el autoconcepto de la mayor parte de las personas. El trabajo es empleo remunerado y constituye la canalización principal de las energías. También es el símbolo del autorrespeto, de las relaciones productivas con el mundo de las personas y de las cosas, de ser adulto y uno de los puntos de referencia básicos dentro de nuestra sociedad".

Esta Terapia incluye actividades en:

Talleres Protegidos.-Que pueden o no estar dentro del hospital. Es un centro de trabajo capaz de aceptar un trabajador bajo orientaciones del equipo médico que lo trata, con intercambios y orientaciones entre éste y los administradores, y donde el paciente, que se incorpora a la producción o se mantiene en la misma, no está sometido a normas, horarios rígidos ó tensiones que puedan afectarlo, durante el período de tiempo que señalen los encargados de su tratamiento.

Los talleres protegidos despiertan en los enfermos el sentido social y el retorno a una vida normal. (Leyva, M.Y. 1976).

Trabajo Pagado.-El paciente pasa de ser un miembro pasivo a uno activo y es a la vez un entrenamiento para poder independizarse económicamente al ser dado de alta, dejando de ser una carga para la familia, la comunidad y el Estado. Sobre los resultados de este tipo de tratamiento, se ha visto que ofrece múltiples dificultades, ya que los ex-pacientes mentales son casi siempre trabajadores marginados.

Terapia Educativa.- Incluye actividades de tipo académico y cultural (Talleres de Redacción, literatura, música, etc.)

Terapias de Resocialización.-Tienen como finalidad favorecer el contacto con la realidad y ofrecer al paciente un ambiente en el que pueda establecer nuevos patrones de relación, encontrándoles algún significado y pudiendo valorar el reconocimiento,

la aceptación y el compartir experiencias. Miller D. en 1965 encontró que los ex-pacientes mentales que habían experimentado relaciones sociales más estrechas permanecían dentro de la comunidad, a diferencia de los que se habían aislado.

Esta modalidad de tratamiento incluye actividades como días de campo, visitas a centros culturales, horas sociales, celebraciones sociales, discusiones de grupo, entrenamiento en actividades básicas cotidianas y "El Club Social" de ex-pacientes.

Terapia Ambiental (Milieu Therapy).-El ambiente es estructurado para mantener el nivel apropiado de estimulación e interacción.

El Hospital de Día busca encontrar formas óptimas de balancear la permisividad tan importante para la atmósfera terapéutica y los controles necesarios para la estabilidad de la organización. La actitud del personal es crucial en esto.

Programas Extrahospitalarios.-Estos programas formalmente podrían incluirse dentro del punto anterior, pero pueden tratarse aparte por darse fuera del marco hospitalarios, y además ser complementarios a éste. Ejemplo de esto es la asistencia con las familias de la comunidad para pacientes que viven lejos de su casa o a los que les beneficia la separación de las familias.

La segunda gran línea terapéutica trata de que el paciente logre una comprensión (insight) de su padecimiento y a través de esto, efectúe cambios en la estructura de su personalidad. Aquí

se enfatiza toda actividad que tienda a la expresión y elaboración de los conflictos del enfermo.

Psicoterapias con Enfoque Psicoanalítico.- Todas aquellas psicoterapias con este enfoque en sus múltiples modalidades: individuales, de grupo, familiar, etc.

Terapias Expresivas: Psicodrama y Sociodrama; Ergoterapia Creativa.

Actividades Manuales y Artísticas: Artesanías, Dibujo, Modelado, Danza, etc.

Terapia de Movimiento.- Es una actividad diaria para todos los pacientes y personal.

Los supuestos son: a mayor participación, mayor rol activo fuera de la clínica; el ejercicio aumenta la conciencia corporal y reduce la tensión propiciando mayor autoestima. Todas estas actividades fomentan la cohesión de grupo, las habilidades sociales, la autoexpresión y la iniciativa, además de que ayudan a la participación en otras terapias. (Fertig, S., Howe, M., 1977).

Todos los criterios de tratamiento antes mencionados -- pueden realizarse interdisciplinariamente para poder así constituir un programa integral de tratamiento, complementándose unos a otros.

El Alta del paciente sucede cuando las metas del tratamiento y los objetivos del servicio se han alcanzado, cuando la -- perturbación no requiera ya una atención constante y pueda ser seguida en consulta externa, cuando el paciente pueda funcionar ---- dentro de su comunidad, cuando se han controlado y superado las -- crisis por las que ha pasado el paciente, y cuando existen presiones dentro del servicio por cupo, personal, etc.

Kramer B. (1963) sostiene que generalmente se encuentran tres patrones de alta en el Hospital de Día:

- 1.-Cuando el período transicional ha sido corto y benéfico y el paciente regresa a la comunidad.
- 2.-Cuando el paciente no ha mejorado después de un período largo y no presenta potencial de mejora.
- 3.-Cuando hay falta de motivación y falta al tratamiento.

Verneille F., sostiene que el alta debe formar parte -- inherente del proceso de tratamiento y constituir una entidad aparte. A medida que el paciente mejora, el tratamiento podrá irse moviendo gradualmente hacia la terapia en consulta externa o ser una simple posibilidad en caso de necesitarlo.

Es oportuno señalar la importancia del post-tratamiento y del seguimiento tanto a corto como a largo plazo, para poder evaluar los resultados del programa y prevenir en lo posible las re-- caídas, interviniendo cuando se detecten próximas crisis.

## ESTRUCTURAS DEL HOSPITAL DE DÍA (16)

Según los lineamientos de Kramer B. (1962), la muestra de Hospitales de Día se agrupó de acuerdo a dos criterios: Hospitales de Día a largo y corto plazo.

### Hospitales de Día a Largo Plazo.

Hospitales de Día en Hospitales Psiquiátricos Estatales:

Generalmente son servicios que surgen por reformas a -- Instituciones ya establecidas.

Existen tanto ventajas como desventajas al tener la unidad como una nueva parte del hospital ya establecido, entre las - primeras está el tener disponible una estructura administrativa, el servicio ya es conocido, se puede escoger al personal de base de - los programas en funcionamiento. Dentro de las desventajas se en-- encuentran la resistencia al cambio dentro del área administrativa, reentrenar al personal y el establecimiento de nuevas políticas y procedimientos.

Hospitales de Día asociados a Departamentos de Salud Mental del Estado:

Sirve a pacientes en un área geográfica dada y cuyas necesidades pueden ser satisfechas por varios hospitales estatales.

Por ejemplo, el Departamento de Higiene Mental de N.Y., ha desarrollado programas de Hospital de Día en el contexto de un sistema de clínicas de postratamiento. Estas sirven a pacientes dados de alta.

Hospitales de Día en el Sistema Veteran's Administration:

Estos Centros se establecieron como un servicio transicional donde los pacientes que no requieren hospitalización son -- tratados durante el día. Estas unidades tienen dos programas distintos: uno para enfermos crónicos, y otro para agudos.

Hospitales de Día con Tratamiento Intensivo.

Hospitales de Día asociados a Hospitales Psiquiátricos Públicos.

Hospitales de Día asociados a Departamentos de Psiquiatría en Hospitales Generales.

Hospitales de Día asociados a Hospitales Psiquiátricos Privados.

Hospitales de Día en el Sistema de Veteran's Administration.

Hospitales de Día Independientes.

Hospitales de Día como parte de un Plan de Salud Mental Comunitaria.

Hospitales de Día asociados a Universidades y Hospitales Universitarios: Esto podría constituir una buena alternativa para -- poder combinarse tanto la investigación como la práctica.



## FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE DIA

### MOTIVO DE CONSULTA.

Para ejemplificar más claramente este inciso, se presentará la tabla que obtuvieron como resultado de un estudio nacional en 34 hospitales del Veteran's Administration, con 1410 pacientes, Davis J.E., Lorei T.W. y Caffey E.M., en 1978. (16)

TABLA 1.

PROBLEMA	% DE PACIENTES
Inquieto o ansioso al anticiparse a dificultades específicas futuras, o a problemas familiares o financieros.	79
Retraído de la interacción con otros - en casa o en el trabajo.	76
Incapaz de obtener respuestas positivas de los demás.	76
Ansioso, aprensivo o preocupado al anticiparse a fracasos o resultados futuros indefinidos o inciertos.	71
Incapaz de darse cuenta de su propia conducta en los demás	67
Enajenante por su conducta impredecible y poco confiable.	62
Falta de insight e incapacidad para reconocer que tiene problemas.	60
Problemas de sueño, duerme mucho o muy poco .	60
Enajenante en el trabajo o en casa por su conducta hostil, irritable, demandante, o hipersensible.	59
Preocupado o invadido por pensamientos involuntarios.	56
Enajenante por su dependencia, queja constante.	55

TABLA 2 (16)

Presenta una distribución de acuerdo con signos específicos de psicopatología observados durante la semana previa a la admisión en el Washington Heights Community Service del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York.

REACTIVO DEL P.S.S. (Psychiatric Status Schedule)	PORCENTAJE (N=90)
El miedo le impide efectuar actividades rutinarias.	29
No sale de casa sin compañía.	12
Ansioso constantemente.	52
Deprimido constantemente	48
Llora con facilidad	73
Evita contacto con la gente	36
No tiene amigos o tiene poco contacto con ellos.	36
Golpea a los demás	21
Pensamientos suicidas	47
Conducta suicida	27
Dificultades al dormir	61
Permanece en cama más de 10 hrs. sin una buena razón	31
Toma anfetaminas sin prescripción	5
Usa heroína	5
Admite problema al alcohol	24
Entra en borracheras	12
Está intoxicado la mayor parte del tiempo	8
Estados de irrealidad	20
Alucinaciones olfatorias	11
Alucinaciones auditivas	25
Alucinaciones visuales	17

cont. Tabla 2...

Convencimiento de delirios	29
Ideas de Referencia	24
Ocasionalmente incoherente durante la entrevista.	9
No asume ningún rol como trabajador o como estudiante, debido a la patología.	40

#### A D M I S I O N .

El Acta de 1963 en Estados Unidos establece un reglamento para los procedimientos de admisión:

- 1.-Debe haber coordinación entre los servicios para que se pueda -- efectuar la canalización.
- 2.-Estas deben llevar el expediente clínico con el cambio de una -- Institución a otra.
- 3.-Si es posible debe ser atendido por el mismo personal.
- 4.-A los médicos o gente no profesional se les debe permitir asistir y seguir a sus pacientes siempre y cuando sean supervisados.

Generalmente a la llegada del paciente se efectúa una - evaluación de tipo psiquiátrica. Complementada por otros estudios, ya sean psicológico, de trabajo social, de gabinete, etc.

Esta evaluación puede ser en forma estructurada o estandarizada como "The Psychiatric Status Schedule" y "The Psychiatric Evaluation Form".

Otros Centros utilizan entrevistas dirigidas al paciente y a al gún miembro de la familia tanto por separado como juntos.

La experiencia del paciente varía, dependiendo de si se trata de un paciente que ha estado internado y se le promueve a Hos pital de Día como un paso más hacia su alta; o si es un paciente que viene de la "comunidad", por lo que tienden a estar menos ansiosos que si fueran hospitalizados y separados de su familia.

Generalmente los familiares aceptan el Hospital de Día - aunque frecuentemente ésto implique un trabajo previo para vencer - las resistencias al cambio que se producen por falta de información respecto al sistema, como por el cambio de expectativas con respecto al Centro.

#### INGRESO AL HOSPITAL DE DIA

El criterio de ingreso -que debe ser polivalente y flexi ble- tendrá en cuenta las posibilidades reales de los locales, y evi tará especialmente, romper la atmósfera terapéutica.

Los pacientes ingresan fundamentalmente por dos vías: - provenientes de consultas externas de psiquiatría de los hospitales, o de pacientes egresados del servicio de corta y larga estadía.

Cuando el paciente llega por primera vez, generalmente es recibido por un médico y/o una trabajadora social, quien se encar ga de informar al paciente en qué consiste el programa y le abre un expediente. Ya sea antes o un poco después de su ingreso, el expedien te completo del paciente es presentado en junta de equipo para discu tir el tratamiento integral y la elaboración interdisciplinaria, su -

ingreso a diferentes grupos y programas y la toma de cargo del paciente por algún miembro del personal.

El programa de la integración de pacientes se acrecienta en centros con una población amplia ya que los pacientes nuevos se encuentran con un gran número de actividades y caras nuevas, por lo que aún cuando son asignados a un grupo específico y a servicios individuales, se angustian y tienden a desertar cuando no se lleva a cabo un buen programa de adaptación.

Ante un alto índice de deserción que se observa, Rosenzweig S.E. y Emerson P. (1977) formularon 3 programas de integración de nuevos pacientes, experimentando con cada uno de ellos para comparar su efectividad y poder así dar solución al problema:

- 1.-Un Comité de Bienvenida compuesto por cinco pacientes. Cada paciente nuevo era recibido por un miembro del comité que le describía informalmente el programa lo presentaba con los demás y le mostraba el Centro.
- 2.-Un Grupo de Orientación.-Sesionaba tres veces por semana involucrando a pacientes en actividades de planeación y evaluación.Después de tres semanas se le asignaba a un grupo regular..(Esto equivaldría a la etapa pre-tratamiento usada en Francia).
- 3.-Entrevistas de Apoyo Individuales Auxiliares al Programa del Paciente.-La técnica se introdujo con un grupo experimental de 20 pacientes que tuvieron estas sesiones después de la primera, la quinta, la octava y la decimosegunda semana del programa. Las sesiones eran de 15 minutos. Eran conducidas por un asistente entrenado , una persona de apoyo neutral que revisaba la participación

del paciente al programa, éste podía opinar acerca de sus preferencias y problemas en los grupos y se les informaba de otros aspectos disponibles en el programa. Los resultados se compararon con un grupo control de 20 pacientes. La asistencia del grupo experimental fue del 76% en contraste con un 58% de asistencia del grupo control.

De los tres programas, el tercero mostró mejores resultados ya que redujo la tasa de deserción a un 24%. Actualmente todos los nuevos pacientes tienen de 2 a 4 sesiones de apoyo.

#### T R A T A M I E N T O .

Toda medicina, de acuerdo con Delahaye B., Daveloose, J (1974), tiende actualmente a reinsertar al paciente dentro de la sociedad por medio del trabajo. A este nivel, el Hospital de Día y la Comunidad pueden ser vistos como un intermediario eficaz, una etapa, un paso entre la enfermedad y la vuelta al trabajo y la vida social. Pero se afirma que: "Curar a un enfermo mental es asegurar una presencia que permite la expresión a través de la relación de los que curan y son curados, de una cierta libertad. El role del que cura es de escuchar un discurso, tomando el sentido y la dimensión transaccional. Tal actividad terapéutica puede entrar en conflicto con la escucha de la familia y de la sociedad. A este nivel, curar no es sino raramente readaptar".

De lo anterior surgen dos líneas terapéuticas que caracterizarán la filosofía del tratamiento:

- 1.-Apoyar y readaptar reforzando terapias del yo.
- 2.-Provocar un cambio estructural de la persona, dándole la posibilidad de actuar y de inventar su vida, de expresar activamente las dimensiones de su ser, en comunicación con los otros.

Existen diferentes condiciones de tratamiento:

Tratamiento que utiliza los servicios y programas de otras unidades hospitalarias. En este tipo de tratamiento se comparten las actividades programadas para el Hospital Psiquiátrico, o bien mezclando los programas de día con los programas de los pacientes hospitalizados.

Tratamiento con programas específicos para Hospital de Día. En este caso el servicio cuenta con personal propio y con actividades propias independientes de otros departamentos y objetivos hospitalarios.

Programas de Día con énfasis en el desarrollo de habilidades sociales ubicados en la comunidad que tienen como objetivo ayudar al paciente a reinsertarse en su medio.

Tratamiento a los familiares dentro del Hospital de Día.-En algunos Centros se hacen programas especiales para los familiares del paciente, trabajando con ellos además de los programas propios del enfermo.

En base a los cuatro puntos anteriores y dependiendo de los objetivos específicos que cada programa de Hospital de Día contemple, a continuación se mencionarán los servicios que son afi-

nes a todos los programas o por lo menos a una gran parte de ellos:

- A) Terapéutica somática (psicofármacos)
- B) Psicoterapia (individual, de grupo o familiar).
- C) Terapias Ocupacionales (Talleres de carpintería, bordado, pintura, corte, etc).
- D) Terapias físicas (condicionamiento físico, danza, expresión corporal, etc.)
- E) Psicodrama.
- F) Actividades recreativas y culturales (paseos, fotografía, visitas a museos, etc.).
- G) Dinámicas de grupo (lectura de periódico, libros, etc.).

Para determinar el tratamiento que cada paciente ha de seguir durante su asistencia al Hospital de Día, se lleva a cabo una junta de equipo donde se lee el expediente, se discute el caso y cada uno de los elementos del equipo establece según su especialidad y tarea, - qué es lo más adecuado, por ejemplo, qué taller es más conveniente, - qué clase de psicofármacos y en qué cantidad habrá de tomar, a qué grupo de terapia ingresará, etc.

El papel que juega la familia en el tratamiento del paciente es muy importante, por lo que generalmente ésta forma parte activamente, asistiendo a las terapias, pláticas, etc. Como Pichon Riviere E.---- (1977) lo dice claramente: "...Una familia es una gestalt, su equilibrio se logra cuando la comunicación es abierta y funciona en múltiples direcciones".



## A L T A .

El alta procede cuando se han cubierto los criterios establecidos que cada servicio estipula, ya tratados en el punto "criterios de alta".

Dentro de este apartado se puede hablar de la fase de post-tratamiento que debe ser un renglón importante para que proceda el alta del paciente, ya que debe observarse un surgimiento para evitar que haya recaídas y poder controlar a tiempo las crisis, cuando éstas se presenten.

Poder ver si el paciente está ubicado dentro de su medio y trabajar con la comunidad en caso de que el paciente encuentre rechazo.

También debe hacerse con fines de investigación ya que se ha visto que diferentes tratamientos dan resultados a corto y a largo plazo.

### 1.3 INVESTIGACIONES SOBRE EL HOSPITAL DE DÍA.

En este capítulo se tratará de presentar un panorama de lo que se ha hecho en el campo de la investigación sobre Hospital de Día. Los artículos serán divididos por el país donde se llevó a cabo la investigación. Obviamente, debido a la situación geográfica de México, la mayoría de los artículos provienen de Estados Unidos, por lo que sólo se tomarán en cuenta aquellos -- que estén más completos, aquellos que nos den mayor información.

Al hacer un análisis de dichos artículos se observaron algunas dificultades para poder obtener información unificada y sistematizada ya que la mayoría de las publicaciones enfatizan el aspecto experimental, presentando vagamente el escenario donde se realiza.

En cuanto a los artículos de otros países también fue difícil obtenerlos, ya que no siempre llegan las publicaciones -- aquí.

De lo que se ha hecho en México, desgraciadamente no se encontró material suficiente debido a que en nuestro país --- existe muy poca tendencia a publicar los trabajos que se realizan.

Una vez expuestas las limitaciones con que se encuentra uno en el campo de la recolección e investigación de datos, procederemos a presentar los trabajos realizados sobre Hospital -- de Día, procurando hacerlo lo más conciso posible.

Empezaremos pues con las investigaciones en Estados Unidos, ya que es de donde existe mayor información.

### 1.3.1. INVESTIGACIONES EN ESTADOS UNIDOS.

-Penk, W.E. y Charles, M.L. realizaron un estudio titulado "Comparación con pruebas psicológicas en pacientes de Hospital de Día y pacientes internados". Se llevó a cabo en el Hospital Estatal Terrel, de Texas.

La hipótesis era que los pacientes de Hospital de Día mejorarían su eficiencia intelectual así como su interacción social comparados con los pacientes internados.

#### M E T O D O .

Se usó un diseño de pre y post tratamiento en un grupo control (Diseño 4 de Campbell y Stanley). Se buscaron 30 pares de sujetos voluntarios que tuvieran características demográficas y de diagnóstico similares. Se escogió un intervalo de postest de 5 semanas debido a que la mayoría de los sujetos salen después de la sexta semana por lo que no hubiera sido fácil localizarlos para la evaluación de post-tratamiento. La edad promedio era de 31.91 años, la escolaridad de 11.78 años, de clase media baja, el 53% de los sujetos estaba clasificado como esquizofrénicos y con 36.67 días en contacto con el hospital. Se les aplicó una batería de pruebas:

Wonderlic Personnel Test (1959), Retención Visual Edición revisada (BVRT), el Inventario de Personalidad de Eysenck --

(EPI), la Escala de Ansiedad de Catell (CAS) y el Mini-Mult (kin-cannon, 1968).

## R E S U L T A D O S

Ambos grupos presentaron una mala adaptación, obtuvieron una calificación por abajo del promedio en cuanto a su eficiencia intelectual y un promedio alto en las escalas de Neuroticidad del EPI y en ansiedad del CAS. Todas las escalas clínicas del Mini Mult salieron altas con picos en la 2 (Depresión) y en la 8 (Esquizofrenia).

El grupo de Hospital de Día difirió significativamente, en 7 de 24 medidas sobresalieron. Los beneficios se dieron principalmente en un incremento en la eficiencia intelectual y en la interacción social, en los pacientes de Hospital de Día.

-Herz, M., Endicott J. y Gibbon M., llevaron a cabo un Seguimiento de Dos Años de Hospitalización Parcial.

Este artículo presenta los efectos sobre las familias de los pacientes a largo plazo de hospitalización versus hospitalización prolongada.

## M E T O D O

El escenario fue el Servicio Comunitario de Washington Heights del Instituto de Psiquiatría del Estado de Nueva York.

Se escogieron 175 pacientes de nuevo ingreso y fueron asignados al azar a uno de los siguientes grupos: (1) grupo standard (N=63); (2) grupo de hospitalización parcial seguida por la -

disponibilidad de cuidado diurno transitorio (N=61) y hospitalización parcial (N=51).

El diagnóstico más común fue el de esquizofrenia 63%. - Aproximadamente la mitad había tenido por lo menos un internamiento previo, y un poco menos de la mitad estaban casados. Había el mismo número de hombres y mujeres y más de la mitad tenían menos de 35 años. Los tres grupos tenían características similares en -- cuanto a su psicopatología pasada y presente, funcionamiento, tipo de familia y demográficas.

## R E S U L T A D O S

La única diferencia estadística significativa favoreció el grupo standar y el de hospitalización parcial.

Cuando las diferencias ocurrían, generalmente favorecían al grupo parcial, por ejemplo, al año las familias del grupo standar se juzgó que tenían un nivel más alto de "desgano" (burden) - que las familias de hospitalización breve. Los resultados sugieren que los pacientes son más probables de ser rehospitalizados por su psicopatología que por la carga que representan para su familia.

### 1.3.2 INVESTIGACIONES EN INGLATERRA.

Tyer P.J. y Remington Marina, llevaron a cabo una Comparación Controlada de un Tratamiento en Hospital de Día y Pacientes Externos con Desórdenes Neuróticos.

El estudio se realizó en el Royal South Hants Hospital, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Southampton.

#### M E T O D O

106 pacientes con ansiedad, fobia y neurosis depresiva, referidos a una clínica para pacientes externos fueron asignados - al azar para cuidado externo o para dos formas de cuidado diurno. Las tasas de síntomas y ajuste social fueron registradas antes y - después del tratamiento y después de 4 y 8 meses en 89 pacientes.

89 pacientes completaron los tres períodos de evaluación, 49 eran pacientes externos, 19 eran pacientes que asistían al servicio de Hospital de Día, y 21 asistían al Hospital de Día especializado. De los 17 pacientes que no fueron vistos, 9 eran pacientes - externos y 8 pacientes de día (4 de cada grupo de Hospital de Día), 5 se habían ido del área de Southampton, 6 fallaron en sus citas y 6 llevaron el tratamiento pero no deseaban ser entrevistados. De los 89 pacientes 65 tenían neurosis deprevisa, 15 neurosis fóbica y 9 tenían neurosis de ansiedad.

## R E S U L T A D O S

No hubo diferencias importantes en el resultado del tratamiento diurno y externo aún cuando los pacientes estaban más -- satisfechos con el servicio externo.

En cuanto a las escalas que se midieron, sí hubo significancia ( $P < 0.05$ ) en cinco de las veintidos, entre los tres servicios en la primera fase. El servicio de Hospital de Día obtuvo - las calificaciones más altas.

### 1.3.3 INVESTIGACIONES EN FINLANDIA.

Niskanen P. realizó un estudio en la Clínica Psiquiátrica del Hospital Central de la Universidad de Helsinki. Se trataba de un seguimiento de 100 pacientes en base a los resultados obtenidos del tratamiento que se llevó en el Hospital de Día.

## M E T O D O

Se seleccionaron los primeros 100 pacientes en ingresar al Hospital de Día. El seguimiento se realizó durante 4 años con el 91% de los pacientes.

El diagnóstico recayó el 54% neurosis, esquizofrenia 28%, borderline 14% y otros 4%. El 53% eran hombres y el 46% mujeres; - 24% estaban casados y la edad promedio era de 28 años.

Se compararon los datos de la evaluación que se hizo a los 4 años, con los que se obtuvieron inicialmente en el expediente clínico. Se subdividió al grupo en resistente al tratamiento y grupo que mejoró. Las variables dependientes fueron habilidad laboral y condición clínica.

## R E S U L T A D O S

La estancia no se correlacionó al pronóstico. La edad, sexo y diagnóstico no siguieron los pronósticos esperados. Las diferencias entre los grupos se diluyen a largo plazo. La variable correlacionada a buenos resultados fue el grado de motivación del paciente ya que el tratamiento de Hospital de Día implica mucha actividad del paciente.

### 1.3.4 INVESTIGACIONES EN CUBA.

En Cuba existen varios Hospitales de Día que han tenido muy buenos resultados; cuentan con Hospitales de Día especializados y no especializados.

Argudin Sara y López José realizaron un estudio llamado "Hospital de Día; efectividad y diagnóstico".

El servicio de Hospital de Día, del Departamento de Psiquiatría de Camagüey fué creado en 1969 contando con 25 plazas para pacientes ingresados y un equipo técnico constituido por un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera, una trabajadora social y un ergoterapeuta.

El servicio funciona de lunes a viernes de 8 a 4 y los sabados de 8 a 12.

## M E T O D O

Un grupo de 104 historias clínicas fué dividido en 2 subgrupos que atendían la evaluación satisfactoria y no satisfactoria de los pacientes de H.D.; se escogieron al azar 15 casos de ca-



da subgrupo, que corresponden en total a un 30% aproximadamente de los casos ingresados en 1971.

Para establecer el criterio sobre la evolución satisfactoria o no de los casos, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: la resolución de las modalidades sintomáticas agudas de los casos, comprensión de las causas que motivaron el desencadenamiento de los síntomas, modificación de los mecanismos de adaptación, mejoramiento de las relaciones interpersonales y funcionamiento posterior al egreso.

Se consideraron evolucionados satisfactoriamente los -- que lograron estos puntos y no satisfactorios los que no pudieron alcanzar positivamente ninguno de ellos, o lo hicieron en grado -- mínimo.

## R E S U L T A D O S

De los 12 casos de neurosis, el 83% evolucionó satisfactoriamente, de los 2 casos con reacciones situacionales el 100% evolucionó satisfactoriamente, de los 3 casos con déficit mental, el total no obtuvo beneficios con la hospitalización.

-Yodú Prevez R. en su artículo "El Hospital de Día para Neuróticos" habla de una modificación a la psicoterapia de grupo empleada en este servicio. Menciona que esta modificación surgió debido a las necesidades de su país y al gran número de neuróticos, ... "...no solamente por dar atención a todos, sino porque consideramos también que la atención en el Hospital de Día, en una psicoterapia adecuadamente bien hecha, si el grupo de pacientes es gran

de, vamos a rendir más frutos que si es pequeño". Los grupos han estado formados hasta por 35 personas y no menos de 30. Se han obtenido resultados positivos, entre los cuales están los siguientes: -Mayor participación de sus miembros, mayor posibilidad de expresar los problemas con disminución de la culpa y la angustia, aumento de confianza en sí mismo al recibir los aportes de la experiencia del resto del grupo; mayor posibilidad de vivenciarse frente al análisis de los conflictos de los demás, se estimula en mayor medida de descarga de la agresividad reprimida, aumentan las posibilidades de corregir las actividades inadecuadas en la relación interpersonal, la transferencia que se logra con el terapeuta disminuye en intensidad al difundirse ésta con el resto de los miembros del grupo, la convivencia de los miembros del grupo durante 8 horas consecutivas permite que las experiencias emocionales correctivas se susciten con extraordinaria facilidad, a un número mayor de miembros, mayor número de interpretaciones y mayor incidencia terapéutica.

El autor reconoce que quizá sea muy numeroso y que no es imprescindible que tenga tantos miembros para obtener los resultados. Menciona que se requiere de un gran esfuerzo por parte del psiquiatra, además de que se necesitan varios coterapeutas, lo que según él facilita la labor del psiquiatra.

### 1.3.5 INVESTIGACIONES EN MEXICO

Fue difícil encontrar algún estudio que indicara qué -- tipo de investigación se ha hecho en el país, por lo que sólo se hará una reseña de los Hospitales de Día que ha habido o hay total vía. (16).

-En 1964 se inauguró el Instituto Nacional para Enfermedades Nerviosas y se intentó poner en marcha un Hospital de Día, que duró únicamente dos meses en funcionamiento, por falta de recursos y apoyo.

-En 1967, se abre un Hospital de Día, en el Hospital Fray Bernardino Alvarez, según el reporte del Dr. Garcíaadiego, para atender a pacientes que por ser capaces de convivir parcialmente con su medio social y familiar, no ameritaban internamiento "cerrado".

-Ese mismo año el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. --- Navarro, contaba con servicios de consulta externa, hospitalización y un Hospital de Día para aquellos enfermos que sostenían una relación directa con su familia, quienes durante el día recibían el tratamiento hospitalario. Otro tipo de hospitalización recibió el nombre de hospitalización breve de casos agudos, con tratamiento intensivo y por corto tiempo.;

-A partir de 1968, se inició un esfuerzo sistematizado para establecer Centros de Salud Mental Comunitaria, enfatizando las labores

preventivas y de promoción de la salud mental.

-Para 1975 existían 11 hospitales especializados y un Instituto de Neurología que disponían de 5,350 camas, existiendo 18 Centros - de Salud Mental Comunitaria en el país, por parte de la Dirección de Salud Mental.

-Centro de Integración Juvenil Lomas, A.C., el Centro de Día se -- formó en 1973 y ha pasado por distintas etapas de reestructuración, su horario de tratamiento y rehabilitación es de 10 horas diarias, había seis grupos de actividades: terapéuticas, rehabilitatorias, remuneradas, recreativas y culturales, académicas y deportivas. - La población se dividió en 4 grupos:

- 1) Intoxicados
- 2) Observadores
- 3) Participantes
- 4) Avanzados

El promedio de asistencia de todos los pacientes al Centro de Día fue de 5 meses, con un porcentaje diario de 60.75 y prácticamente todos los pacientes eran farmacodependientes múltiples.

-Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes del Centro de Salud - Dr. Gustavo Roviroso Pérez. En este Centro existe un servicio de salud mental comunitario desde 1977, formado por cuatro equipos - psiquiátricos, integrado cada uno por un psiquiatra, un psicólogo, una trabajadora social, una secretaria, una enfermera, una técnica en electroencefalografía, una educadora especial, una terapeuta - recreativa y asesores en neurología, antropología, sociología, --

paidopsiquiatría, evaluación de programas y musicoterapeuta. Se dividieron en subgrupos: alcoholismo, salud mental en adultos, farmacodependencia y salud mental en niños. El programa está constituido por tres áreas básicas: prevención y promoción, asistencia, enseñanza e investigación.

-Escuela Granja Fray Bernardino Alvarez.-El horario es de 9 a 14 horas. La población es de hombres entre 12 y 18 años, el 60% de los cuales es diagnosticado como débiles mentales profundos. La asistencia promedio es de un 85%. Las metas perseguidas son: socialización y capacitación para el trabajo. Cuenta con dos grupos de maduración de dos niveles: para pacientes muy bajos y para iniciación de la escolaridad.

Esta escuela es la única que podría considerarse como un Hospital de Día para enfermos crónicos.

-Centro de Día Portales.-Este Centro funciona desde enero de 1979, tiene como objetivos el servicio y la investigación. Constituye un programa subvencionado por la Facultad de Psicología de la UNAM y CEMESAM. Está organizado en cuatro áreas:

-Area Social: da servicio de consulta psicológica, cursos y entrenamiento a padres. Cuenta con tres psicólogos.

-Area Académica: Promotor de enseñanza para adultos, con cinco psicólogos a su cargo.

-Area Vocacional: cuenta con una bolsa de trabajo, dan capacitación vocacional, orientación y entrenamiento prelaboral. Hay tres trabajadoras sociales que hacen seguimiento, rescate de pacientes, terapia familiar y visitas domiciliarias.

Area Motivacional: Se encarga de dar recursos recreativos, materiales e incentivos, para involucrar a los pacientes en el tratamiento. Trabajan dos psicólogos y tres sociólogos.

El horario de trabajo es de 9 a 13 horas y de 16 a 20 horas.

La población que se recibe tiene problemas de farmacodependencia y conducta (delincuencia), excluyéndose problemas agudos, trastornos emocionales o personas con limitaciones físicas u orgánicas.

En la evaluación se emplean los siguientes instrumentos:

--Geist.-Detectar habilidades e intereses.

--Locus Control.-Para ver externalidad e internalidad de la problemática.

--Kiddie Match.-Obtiene el grado de manipulación.

--Autoconcepto de Tennessee.-Grado de autoestima y autoevaluación.

--Pruebas de Comprensión, lectura, aritmética, desarrolladas por el Centro.

Las evaluaciones y controles de resultados se establecen por medio de cronogramas con la UNAM y con respecto a los muchachos. --

El alta se dá una vez llenado los objetivos por programas en ---- todas las áreas.

## DIFICULTADES QUE PRESENTA LA INVESTIGACION EXPERIMENTAL EN ESTE CAMPO

Existen numerosos reportes acerca de resultados, pero no se incluye la forma de cómo se obtuvieron los datos. En la mayoría hay variabilidad en la recolección de información, no hay objetivos ni criterios uniformes.

Respecto a los seguimientos a largo plazo se presentan ciertas variables difíciles de controlar como son: la mortalidad en la población psiquiátrica, efectos del post-tratamiento, efectos a largo plazo de la variable que se está midiendo (Niskanen, P., 1974).

La recuperación espontánea, los cambios que se dan debido al tiempo, ya sea en el medio ó en el paciente.

Los instrumentos no siempre miden lo que quieren medir, por lo que pierden validez. Los evaluadores suelen ser al mismo tiempo terapeutas, por lo que se pierde cierta objetividad.

Las investigaciones frecuentemente están sujetas a políticas administrativas más que a clínicas, lo que puede influir en los resultados, si éstos se miden por ejemplo únicamente por tiempo de estancia.

Ahora bien, México merece un comentario aparte ya que en nuestro país debido al sistema socio-político que nos rige, se dá un fenómeno que durante años ha acarreado serios problemas, sobre todo en el aspecto administrativo, ésto es, que se pierda la continuidad de los programas, servicios, e incluso del personal debido a cambios políticos y administrativos dentro de las Insti-

tuciones, lo que ocasiona grandes pérdidas de tiempo y energía, -- además de que no es posible obtener resultados a largo plazo, ya -- que al salir el personal se pierden los datos, y esto repercute en la calidad de los servicios que se prestan. Los presupuestos tam-- bién se ven afectados ya que provoca una fuga de dinero, pues los proyectos quedan truncados, volviéndose a partir de cero en las -- fases de reestructuración sin aprovechar la experiencia anterior. Los beneficiarios de los servicios se desorientan al ver que lo -- anterior ya no tiene validez; esto mismo le sucede al personal que labora en dichos centros, puesto que están con la incertidumbre -- de no saber si el trabajo que hacen es apoyado, o en un futuro in-- mediato, se les obstaculice o concluya.

Estas limitaciones y probablemente otras aparte de las ya mencionadas han ocasionado, por desgracia, que los pocos Hospi-- tales de Día que estaban funcionando, hayan dejado de hacerlo o lo estén haciendo pero sólo de nombre, ya que no se realizan las actividades específicas de un servicio de este tipo.



HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ":  
ANTECEDENTES Y EVOLUCION.

Como ya habíamos dicho anteriormente, citando a Calderon G., el primer Hospital Psiquiátrico que hubo en América, fue el de San Hipólito fundado el 2 de Noviembre de 1566, cuyo fundador fué precisamente Bernardino Alvarez, en este hospital se atienden enfermos, ancianos y enajenados mentales. Este personaje es motivado por sus sentimientos piadosos y caritativos, pero su administración tanto en lo científico como en lo material dejaba mucho que desear, debido a que se encontraba en manos de una orden religiosa, los Hermanos Hipólitos.

Diversos hospitales de este tipo fueron fundados en provincias del país entre 1604 y 1748, entre los cuales, uno de los más importantes es el Hospital Canoa, fundado en 1700.

"Con el nacimiento del Siglo XX, y como una de las obras realizadas para conmemorar el Primer Centenario de la Independencia, el Gobierno de Porfirio Díaz, inaugura el 1° de septiembre de 1910, (334 años después de la fundación del Hospital de San Hipólito, y 210 del Hospital de la Canoa), el Manicomio General, que por haberse construído en los terrenos de la antigua hacienda de la Castañeda, se conoció con este nombre". (Calderon G., 1980).

El cupo se había calculado originalmente para 800 y hasta mil pacientes, sin embargo, el Manicomio General llegó a alojar a 3,500, sin rechazar jamás a un enfermo y preocupándose por --

atender a las clases económicamente más débiles del país.

El Hospital de la Castañeda poco a poco va resultando -insuficiente y anacrónico, y en 1944 se funda la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales en León, Guanajuato, que fué la primera en su género.

"El concepto de Hospital Granja viene a modificar el -- sistema manicomial de tipo carcelario que durante muchos años había sido característico de los hospitales psiquiátricos, el nuevo establecimiento tiene puertas abiertas y en él, el enfermo mental encuentra una motivación para su vida en el propio ambiente. Se da especial importancia a la terapia ocupacional y a la terapia recreativa, de manera que dentro de la comunidad el enfermo trabaja, produce, consume, se divierte, descansa, y al mismo tiempo, recibe todos los beneficios de la terapéutica psiquiátrica". (Calderon,G.1980)

Ante el éxito alcanzado por esta modalidad de Hospital Psiquiátrico, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, lleva a cabo la construcción de varios hospitales de este tipo:

- 1.-Hospital Granja Bernardino Alvarez. D.F. 1967.
- 2.-Hospital Granja la Salud. Zoquiapan, Estado de México, 1961.
- 3.-Hospital Granja para Enfermos Mentales. Villahermosa, Tabasco,1962
- 4.-Hospital Campestre José Sáyago.Tepexpan,Edo. de México, 1962.
- 5.-Hospital Granja Cruz del Sur, Oaxaca, Oax, 1963.
- 6.-Hospital Granja Cruz del Norte, Hermosillo, Sonora, 1964.

Una vez que hemos hecho una revisión del acontecer histórico de la Salud Mental y de los Hospitales Psiquiátricos en México, nos avocaremos al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

La información se obtuvo de un artículo publicado en 1967, por el entonces subdirector de dicho Hospital, el Dr. García-diego M.J.

Como ya se mencionó anteriormente, este hospital surgió en 1967, por un lado, debido a la necesidad de contar con un Hospital para enfermos agudos; y por otro, debido a las características obsoletas de las instalaciones con que contaba la Castañeda, que como ya se dijo, fue construido con el fin de aislar al paciente para proteger a la sociedad en que vivía. Por tal razón, era necesario sustituirlo por instalaciones modernas que estuvieran de acuerdo con la evolución que la Psiquiatría había sufrido en los últimos años.

"El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, está destinado a la hospitalización de enfermos mentales agudos adultos de ambos sexos. Para el efecto dispone de 600 camas, posee además servicios de consulta externa con capacidad para atender a 80 pacientes diarios, "Hospital de Día" para 100 pacientes diarios, aulas y laboratorios para impartir las cátedras y enseñanzas conexas al ejercicio de la Psiquiatría, así como para efectuar investigaciones.

## F U N C I O N A M I E N T O .

El Hospital depende de la Dirección de Salud Mental y ésta a su vez, de la Subsecretaría de Asistencia. La dirección Médica del Hospital es asesorada por el Consejo Consultivo, constituido por los jefes de Servicio y por el Jefe de Enseñanza e Investigación, que en algunos casos puede ser el mismo director, si es electo para este cargo por los médicos de la Institución, organizados en Sociedad Médica, debiendo ratificarle este puesto las autoridades superiores.

Asímismo, la dirección puede asesorarse de diversas --- Comisiones que se nombren para este fin.

Dependientes de la Dirección se encuentran la Subdirección Médica y la Subdirección Técnica Administrativa, las cuales -- pueden asesorarse entre sí.

De la Subdirección Médica, en forma directa, dependen -- los servicios médicos propiamente dichos: Consulta Externa, Hospita lización, Ginecobstetricia, Cirugía, Medicina Interna y Odontología.

Asímismo, los servicios auxiliares de diagnóstico y --- tratamiento: Laboratorio y Banco de Sangre, Quirófanos, Rayos "X", Electroencefalografía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psicología y Ergoterapia.

Los servicios médicos y administrativos están divididos en tres ramas:

- 1.-Servicios paramédicos: farmacia, enfermería, estadística, trabajo social, fotografía, central de esterilización v dietología.
- 2.-Servicios administrativos: personal. admisión, almacenes, in--

ventarios, contabilidad y caja, relaciones públicas, archivo y correspondencia.

3.-Servicios generales: roperfa, lavandería, transportes, intendencia y mantenimiento.

El edificio del Hospital es vertical de 10 pisos, consta de dos cuerpos principales.

El cuerpo anterior del edificio tiene dos secciones: una, con -- gran vestíbulo, que da acceso al hospital; en la otra se ubican las siguientes instalaciones:

- 1.-Archivo Clínico, con capacidad para 10,000 expedientes y con sistema de microfilmación.
- 2.-Tres locales para trabajo social.
- 3.-Tres locales para estudios psicológicos y psicométricos.
- 4.-Seis consultorios de Psiquiatría y dos de Neurología
- 5.-Un despacho para el jefe del servicio, con sala de juntas y tres salones para terapia de grupo o individual, que se utilizan como Cámaras de Gesell.

Los servicios de Archivo Clínico y Consultas, están unidos por un pasillo, en un área contigua se hallan los servicios de Psicología y Trabajo Social. Todos tienen conexión con los servicios de Admisión y Urgencias, que constan de dos consultorios; hay además, peluquería y fotometría.

El servicio de Consulta Externa está planeado de tal manera para que en el futuro halla hasta 30,000 anuales. Los pasos sucesivos de

esta consulta cuyo funcionamiento sirve de base a la asistencia o - internamiento al hospital son:

- 1.-Fuente de referencia.
- 2.-Preconsulta
- 3.-Apertura de expediente
- 4.-Primera consulta
- 5.-Fotometría y somatometría
- 6.-Estudios médico, psicológico, psicométrico y de trabajo social, para integrar el diagnóstico e instituir el tratamiento adecuado, ya sea en este o en otro hospital, todo de acuerdo con la - evaluación clínica del padecimiento. El enfermo, en esta forma será hospitalizado o enviado al Centro de tratamiento correspondiente.

En relación estrecha a este Sistema de C.E. se encuentra el Hospital de Día, cuya función específica es atender a enfermos - que no ameritan internamiento "cerrado", o cuya "remisión parcial" les permite convivir parcialmente en el medio social y familiar. -- En el Hospital de Día recibirán terapia de grupo o individual y ocupacional en los talleres, así como medicamentos para irlos reintegrando a su medio social, y en consecuencia, ser posteriormente --- atendidos en Consulta Externa (C.E.).

Esta sección, que será indiscutiblemente una de las más importantes y modernas en Psiquiatría, podrá dar atención a 300 enfermos semanales, representando aproximadamente 16,000 asistencias anuales y será el vehículo para la reestructuración y reincorpora--

ción de este núcleo de personas al medio social económico de México.

El servicio de Urgencias tendrá a su cargo la atención de pacientes en fase aguda de su padecimiento y que ameriten internamiento inmediato. Por estos motivos, la C.E., el Hospital de Día y Urgencias fueron programados en una sola área.

#### SERVICIO ASISTENCIAL.

El hospital está constituido por seis plantas similares de construcción vertical, que cuentan cada una con 100 camas, 50 para cada sexo, para el tratamiento hospitalario, cuyo proceso de evolución o remisión se juzga se efectuará en un período promedio de 8 a 12 semanas (equivalentes a 3,000 hospitalizaciones anuales). Cada planta consta de dos habitaciones aisladas para enfermos agitados o peligrosos; una habitación de tres o seis camas para enfermos que inician la recuperación y cuatro habitaciones individuales para enfermos graves, o en su caso, infecciosos. En la parte central de cada piso se encuentra la Central de Enfermeras, existiendo también una Subcentral cerca de los pacientes agitados. Anexos a la Central de Enfermeras hay un cuarto séptico y una sala de curación, seis despachos para médicos adjuntos, trabajadoras sociales y psicólogos y una oficina para el jefe de servicio. Hay también una sala de juntas para discusión de casos, una cámara de Gesell y una aula con cupo para 90 alumnos.

Esta planta descrita se repite en seis pisos del hospital, proporcionando servicios para 600 enfermos encamados.

#### DOCENCIA E INVESTIGACION.

Como este es el Hospital Escuela a nivel nacional para Psiquiatría y Ciencias afines, en el sótano del edificio se encuentra el Departamento de Patología y Museo de Cerebros, en estrecha relación con el anfiteatro.

#### SECCION ADMINISTRATIVA.

Los servicios de cocina, lavandería, almacén, comedor de empleados y baños de los mismos, se encuentran en los sótanos del edificio en un área cercana, para un funcionamiento rápido, dado -- que el comedor de los enfermos será en dos salas de cada piso por -- el sistema de carros termos, comedores que puedan usarse el resto -- del día como cuartos de distracción ó terapia para los enfermos que no pueden asistir a talleres, a los jardines o juegos recreativos.

Hasta aquí, hemos conocido en forma más o menos amplia cuál es la estructura y funcionamiento del Hospital Fray Bernardino Alvarez, pero como se pudo observar, no se especifica nada respecto al Hospital de Día, situación por demás curiosa, ya que como el --- mismo autor lo menciona "... esta sección será indiscutiblemente -- una de las más importantes y modernas en Psiquiatría...". Este mismo hermetismo ha continuado a lo largo de los años puesto que nada ha sido publicado respecto al funcionamiento y resultados de este -- servicio. La única referencia escrita se encuentra en Buendía, E.A. y Morales M.A. (1979) quienes citan al Dr. Garcíadiago, que dice:-- "Actualmente está por iniciarse un proyecto de Hospital de Día que



en su primera fase atenderá a un grupo aproximado de 40 personas de nivel socioeconómico bajo, filtradas a través de consulta externa, - cuyos padecimientos no requieran hospitalización, excluyendo pacientes que sufran demencias, coreas, psicopatías, oligofrenias, desórdenes físicos invalidantes, padecimientos infecto-contagiosos y desviaciones sexuales.

Este proyecto contará con asesoría y apoyo por parte del Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM). El personal voluntario cuenta ya con entrenamiento técnico en rehabilitación -- de un año.

La Coordinación General estará a cargo de médicos psiquiatras y la Coordinación técnica será llevada a cabo por un psicólogo. Los psiquiatras y los psicólogos trabajarán conjuntamente - con terapias y las dinámicas con padres o familiares se harán por - medio de la trabajadora social, quien también tendrá que implementar una bolsa de trabajo."

Efectivamente y hasta donde se pudo indagar, el Hospital de Día empezó a funcionar en septiembre de 1979 y se pensó que lo había dejado de hacer a mediados de 1982, debido a que ya casi no - asistían pacientes, llegaron a tener cinco pacientes . En estos -- últimos meses, el equipo que laboraba estaba constituido por: tres - psiquiatras, cuatro psicólogos (uno de los cuales está encargado de la terapia ocupacional), dos trabajadoras sociales, dos rehabilitadoras, una enfermera, una secretaria y un trabajador de intendencia.

El número de pacientes era cada vez menor, y en menos - de un año hubo tres veces cambio de jefe de servicio, el último ---

continúa como jefe interino, mientras se nombra el definitivo.

Según se investigó, el Hospital Parcial estuvo a punto de desaparecer y a instancias del personal, arguyendo que ya se había invertido mucho en el programa, se les dió una nueva oportunidad, iniciándose con ésto una nueva fase en este servicio.

Se les dieron mejores instalaciones ocurriendo el cambio en julio de 1982.

Respecto a las actividades que cada uno de los integrantes del equipo realiza, se dividen -según ellos mismos lo indicaron- como sigue:

El psiquiatra es el jefe del servicio, hace las entrevistas iniciales para decidir si el paciente es candidato recomendable para el Hospital Parcial, es terapeuta, es quien rinde informes a las autoridades, y en general, coordina las actividades de todo el equipo de trabajo.

El psicólogo lleva a cabo las dinámicas de grupo y actúa como co-terapeuta.

La trabajadora social, tiene a su cargo hacer estudios psicosociales y sociomédicos, realiza visitas domiciliarias, entrevista al paciente y a los familiares, determina las cuotas del paciente en base a los estudios previos, hace las notas de evolución, elabora informe mensual, --envía telegramas, participa como observadora en las diversas psicoterapias, lleva a los pacientes a las interconsultas.

La enfermera realiza actividades propias de la profesión, y cuando es necesario, los acompaña a sus respectivos talleres.

A la rehabilitadora no se le pudo entrevistar, debido a que el día que se efectuaron las entrevistas no estuvo presente, - lo mismo sucedió con el psiquiatra; la información se recabó con el demás personal.

En términos generales, su labor es de apoyo, aunque de hecho participa como coterapeuta en psicoterapias de grupo y coordina algunas dinámicas.

Tanto la secretaria como la persona de intendencia, realizan actividades propias de su puesto.

A continuación se presenta un cuadro de las actividades que se llevan a cabo en este servicio.

## HORARIO DE ACTIVIDADES DEL HOSPITAL PARCIAL

L U N E S	9:00	-	9:30	Hrs.	Medicamento
	9:30	-	10:30		Pintura
	10:30	-	12:00		Taller
	12:00	-	12:30		Lunch
	12:30	-	13:30		Mitin
	13:30	-	14:00		Medicamento
M A R T E S	9:00	-	9:30		Medicamento
	9:30	-	10:30		Arte
	10:30	-	12:00		Taller
	12:00	-	12:30		Lunch
	12:30	-	13:30		Dinámica
	13:30	-	14:00		Medicamento
M I E R C O L E S	9:00	-	9:30		Medicamento
	9:30	-	10:30		Psicoterapia
	10:30	-	12:00		Taller
	12:00	-	12:30		Lunch
	12:30	-	13:30		Mitin
	13:30	-	14:00		Medicamento
J U E V E S	9:00	-	9:30		Medicamento
	9:30	-	10:30		Psicoterapia
	10:30	-	12:00		Taller
	12:00	-	12:30		Lunch
	12:30	-	13:30		Dinámica
	13:30	-	14:00		Medicamento
V I E R N E S	SALIDA EXTRAHOSPITALARIA				

Cuadro # 1.

Mitin significa que se lleva a cabo una junta entre los pacientes y el equipo de trabajo, cada quien expone los problemas que haya tenido en las actividades realizadas, ya sea con el personal o -- entre los mismos pacientes, ó en los talleres.

Ya que son 30 pacientes (aunque no todos acuden diario), se dividieron en dos grupos o módulos, uno de 16 y otro de 14 --- pacientes.

Las psicoterapias, que son dos a la semana, de alguna - forma también están divididas, una la coordina el psiquiatra y la trabajadora social actúa como observadora y la otra, tanto el psi cólogo como la rehabilitadora(?) fungen como coterapeutas.

Las salidas extrahospitalarias se refiere a que llevan a los pacientes a un día de campo, museos, paseos a lugares de in terés, etc. Se supone que todo el equipo debe asistir a estos pa- seos.

Cuando no se llevan a cabo estas salidas (porque no --- hay transporte, o el clima no es propicio, etc.), realizan psicodra mas, o alguna otra actividad terapéutica, éstas son coordinadas por el psiquiatra.

Existen siete talleres dentro del Hospital a los que -- acuden tanto pacientes de Hospital tradicional, como los de Hospi tal Parcial, que son:

- 1.-Dibujo
- 2.-Pirograbado
- 3.-Tapetes
- 4.-Bordado y tejido
- 5.-Trabajos manuales
- 6.-Carpintería
- 7.-Piano

CAPITULO TRES

INVESTIGACION DE CAMPO  
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

O B J E T I V O :

El objetivo fué determinar el funcionamiento de ambos tipos de programas, es decir, conocer qué es un Hospital de Día, - (H.D.), cómo es su estructura, funcionamiento y problemática, y al mismo tiempo, hacer una comparación sobre estos mismos aspectos con el sistema de Hospital Tradicional (H.T); para poder así, en base al conocimiento que se obtenga proponer soluciones, alternativas, y/o programas que se avengan y adapten a la realidad propia de --- nuestro país y situación actual.

Con base a lo anteriormente expuesto, tenemos espe-- cial interés en el papel que el Psicólogo Clínico desempeña en am bos tipos de hospital -que representa otro aspecto importante de - trabajo que hasta ahora ha venido teniendo el Psicólogo en los lugares donde presta sus servicios. Observándose que no sólo se le de be limitar a la aplicación e interpretación de pruebas psicológicas, sino que su campo de acción puede ser muy variado, como es el psicodiag nóstico, la psicoterapia y la investigación.



### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como se ha venido exponiendo en los capítulos anteriores, el surgimiento del H.D. se dió por la necesidad de mejorar -- las condiciones del paciente proporcionándole un mejor servicio pa -- ra que éste permanezca el menor tiempo posible bajo tratamiento psi -- quiátrico, ésto trajo como consecuencia una optimización en el --- costo/beneficio a nivel Institucional.

A diferencia del Hospital Tradicional, donde al parecer no se les proporciona a los pacientes la atención y cuidados suficientes para su pronta recuperación, el Hospital de Día apare -- ce con alternativas que solucionan los problemas de costo, aten -- ción, tratamiento y recuperación que se encuentran limitados en el sistema tradicional.

De ahí que haya surgido la inquietud de conocer cómo - funcionaba y qué tipo de servicios se presentaban al paciente para -- que en base a los resultados obtenidos, proponer soluciones y tal vez promover el surgimiento de nuevos y mejores programas que se - avoquen más a la prevención de la salud mental. Aspecto al que no se le dá mayor importancia, aunque últimamente se le ha puesto más interés al desarrollo de este tipo de servicios.

Pensando en esta posibilidad y responsabilidad, porque de esta investigación -que es la primera que se hace en su tipo en México- depende la motivación que despierte en aquellas personas - interesadas en el campo de la SALUD MENTAL, se decidió efectuar -- este trabajo.

#### HIPOTESIS DE TRABAJO.

El Hospital de Día presta mayor atención al paciente en cuanto a tratamiento, diversas terapias y talleres, tiempo de recuperación, costos y en general, el trato hacia ellos es más directo y personal.

#### VARIABLES Y FACTORES.

Las variables y factores que se manejaron en esta investigación son las siguientes:

- 1.-Hospital de Día
- 2.-Hospital Tradicional
- 3.-Sexo
- 4.-Edad
- 5.-Escolaridad
- 6.-Estado Civil
- 7.-Edad de inicio de síntomas
- 8.-Fecha de primer ingreso
- 9.-Diagnóstico inicial
- 10.-Evento desencadenante
- 11.-Tratamiento
- 12.-Tiempo de hospitalización
- 13.-Número de reingresos
- 14.-Diagnóstico final
- 15.-Pronóstico
- 16.-Seguimiento
- 17.-Reporte de Estudio Psicológico

- 18.-Juntas de valoración
- 19.-Principales síntomas
- 20.-Fuente de información
- 21.-Responsable del paciente
- 22.-Actividad actual/anterior
- 23.-Lugar de procedencia
- 24.-Costo/Beneficio
- 25.-Ocupación durante hospitalización
- 26.-Motivo de alta
- 27.-Antecedentes familiares
- 28.-Religión

DELIMITACION TEMPORAL: La obtención de material se llevó a cabo de Octubre de 1981 a Mayo de 1982.

DELIMITACION ESPACIAL: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Tlalpan, D.F. México.

#### METODOLOGIA:

##### TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio exploratorio, ya que no se había hecho ninguna investigación previa en México en este campo. -- Con ésto no se trata de predecir lo que ha de hallarse sino que se trata de descubrir relaciones entre variables, encontrar variables significativas en la situación de campo y proponer bases para probar hipótesis posteriores más sistemáticas (Kerlinger, 1975).

**TIPO DE DISEÑO:**

Se utilizó un diseño de dos muestras independientes. - Son independientes porque provienen de poblaciones diferentes o in dependientes (Hospital de Día y Hospital Tradicional).

**MUESTRA:**

Para obtener la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por juicio-casual-cuota, ya que se fijó un número arbi trario para cada tipo de hospital.

Del archivo del Hospital Tradicional se eligieron 50 historias clí nicas, y del archivo del Hospital de Día también fueron 50 expedien tes.

Se dice que el muestreo es no probabilístico porque - no se realizó un estudio previo y la muestra se extrajo en forma - no aleatoria.

Es por juicio porque el criterio estuvo basado en las características de la población que era muy homogénea, y por lo -- tanto, se consideró que no era necesario un muestreo más amplio.

Es casual porque se obtuvieron los expedientes en --- forma casual ó accidental que es como algunos otros autores llaman a este tipo de muestreo. (Kerlinger,(1975)y Blalock (1979) ).

Es de cuota porque se fijó un número determinado para cada tipo de hospital, 50 para Hospital Tradicional y 50 para Hos- pital Parcial.

## INSTRUMENTO

En base a una consulta previa efectuada al archivo y a un expediente concretamente, se tomaron primeramente, una serie de datos que se pensó serían importantes, se hizo un análisis de éstos y se depuraron de manera que quedaron un número menor de variables que se suponía que además de ser importantes para la presente investigación, eran características comunes a ambos tipos de hospital. Lo anterior, tomando en consideración que se pretendía mostrar las diferencias entre uno y otro sistema hospitalario.

De esta manera surgió la necesidad de elaborar una hoja de vaciado de datos que fuera a la vez fácil de manejar, que contuviera los datos que nos interesaban y nos ahorrara tiempo.

A continuación enunciaremos y explicaremos cada una de las variables que constituyen la mencionada hoja de vaciado de datos. (ver anexo).

- Sexo.-Masculino o femenino
- Edad.-Años cumplidos del paciente
- Estado civil.-Soltero, casado, divorciado, viudo.
- Edad de inicio de síntomas.-Qué edad tenía el paciente cuando aparecieron los primeros síntomas.
- Fecha de 1er. ingreso.-Fecha de la primera vez que el paciente ingresó o acudió a tratamiento psiquiátrico.
- Diagnóstico inicial.-Primer diagnóstico dado al paciente cuando es atendido en urgencias o consulta externa.
- Evento desencadenante.-Qué situación(es) o sucesos se cree que hayan influido para que se presentara el padecimiento actual.

- Tratamiento.- Qué tipo de medicamento recibió desde Psicofármacos, tec's, terapias, etc.
- Tiempo de hospitalización.-Cuántos días estuvo internado o bajo tratamiento en el caso de los pacientes de Hospital de Día, en cada uno de sus ingresos.
- Número de Reingresos.-Cantidad de ingresos por paciente.
- Diagnóstico Final.-Diagnóstico dado al paciente una vez que se han hecho una serie de estudios para poder determinar el diagnóstico "auténtico".
- Pronóstico.-El pronóstico de curación que considera el psiquiatra tratante, según padecimiento y medio ambiente en que se mueve el paciente.
- Seguimiento.-A dónde se canalizó al paciente después de ser dado de alta.
- Estudio Psicológico.-Pruebas psicológicas aplicadas
- Juntas de Valoración.-Qué otros servicios se necesitaron para atender al paciente, por ejemplo: cirugía, odontología, para determinar diagnóstico, sesión académica, sesión clínica, etc.
- Principales Síntomas.-Qué síntomas manifestó el paciente al presentarse el padecimiento.
- Fuente de Información.-Quién(es) dió información respecto al paciente y su padecimiento.
- Responsable del Paciente.-Quién se responsabilizó del paciente.
- Actividad actual/anterior.-Qué actividad desempeñaba el paciente antes y después de su padecimiento.
- Lugar de Procedencia.-Dónde nació el paciente, y dónde reside actualmente.
- Costo-Beneficio.-Cuál es el costo cama-día por paciente.
- Ocupación durante Hospitalización.-Actividades realizadas durante la estancia en el hospital.
- Número de expediente.-Sólo se usó como control para poder manejar los expedientes.El número es el que el hospital determina.

- Motivo de Alta.-Razón por la que se llevó a cabo el Alta.
- Antecedentes Familiares.-Antecedentes de enfermedad--des mentales y/o Físicas importantes, accidentes graves del paciente o de parientes cercanos.
- Religión.-Religión que profesa el paciente.

Es importante señalar que no todas las variables fueron utilizadas para la codificación final, por lo que ya se explicó anteriormente.

#### PROCEDIMIENTO.

Primeramente se procedió a localizar un Hospital de Día en la Ciudad de México, una vez que se visitaron algunos de los hospitales más grandes e importantes, se pudo constatar que - el único donde se tenía un programa de Hospital de Día, era en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Posteriormente, se desechó la idea inicial de trabajar directamente con los pacientes, ya que resultaba más difícil - debido al horario establecido por el hospital (de 8:00 -14:00), razón por la cual, era difícil el acceso a las diversas terapias y - talleres de los pacientes, y se tenía que realizar por lo menos - una entrevista con cada uno de ellos, esto interferiría en sus actividades, por lo que aquellos no siempre estarían disponibles -- además de que no todos los pacientes están actualmente internados o con tratamiento psiquiátrico.

Así, bajo estas circunstancias, nos tuvimos que conformar y limitar a la información que las historias clínicas nos pudieran proporcionar.

Una vez delimitado nuestro campo de acción, se procedió a solicitar la autorización respectiva para poder acudir al - archivo y hacer uso de los expedientes, esta autorización la concedió el entonces subdirector del citado hospital después de que se le expuso el Proyecto de Investigación, no sin antes hacer múltiples recomendaciones en el sentido de que el material consultado no podía ser fotocopiado, ó ser sacado fuera del área del hospital, además de que remarcó lo importante y confidencial que era este tipo de información, y de las posibles consecuencias que tendría el publicar una serie de deficiencias que seguramente encontraría --dijo--, tanto para el personal implicado, como para el mismo hospital.

Se elaboraron dos memorándums, uno dirigido al Jefe - del Archivo y otro, al jefe de Servicio de Hospital Parcial, autorizando a acudir a ambos servicios, tres días a la semana y en el horario habitual de trabajo del hospital.

Posteriormente, se tuvo que familiarizar con el Sistema del Archivo para no interferir con las actividades de los empleados.

Se elaboró la hoja de vaciado de datos ya descrita y se procedió a vaciarlos.

Los expedientes se eligieron al azar, ó para ser más exactos, se eligieron en forma accidental, que como ya se explicó



en la muestra, significa que éstos se sacaban "de aquí y de allá" y no se descartaba ninguno sin importar su constitución o contenido.

El procedimiento para el Hospital Parcial fue muy similar, aunque no tan complicado ya que no tenían más de 80 expedientes, mientras que en el otro (H.T), se manejan alrededor de 10,000 historias clínicas.

La recopilación del material se llevó seis meses, después se codificaron todos los datos (previa depuración), se perforaron y fueron procesados por medio de la computadora del P.U.C. (Programa Universitario de Cómputo).

#### TRATAMIENTO ESTADISTICO.

Los datos obtenidos a través de la hoja de registro se codificaron para poder realizar el análisis estadístico por medio del Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales --- (SPSS). Una vez codificados estos datos se perforaron, obteniéndose un total de 200 tarjetas, de las cuales, 2 corresponden a cada uno de los expedientes ó sujetos. Posteriormente, se sometieron al siguiente programa para su análisis estadístico.

"CROSSTABS"\*. -El cual nos proporciona pruebas de dependencia Estadística, Coeficiente de Asociación, de Concordancia, y Discordancia y Coeficientes de Correlación.

\*Cruce de Variables.

CAPITULO CUATRO

LOS COEFICIENTES DE ASOCIACION SON:

Chi cuadrada  $\chi^2$   
 Phi  $\phi$   
 V de Cramer  
 Coef. de contingencia (C)  
 Lambda Asimétrico y Simétrico  
 Coef. de Incertidumbre Asimétrico y Simétrico  
 D. de Sommers  
 Eta

COEFICIENTES DE CONCORDANCIA Y DISCORDANCIA SON:

Tau B de Kendall (  $\beta$  )  
 Tau C de Kendall (  $\gamma$  )  
 Gamma (  $\epsilon$  )

COEFICIENTES DE CORRELACION:

R de Pearson ( r )

Para efecto de que sea más fácil la comprensión de los resultados explicaremos brevemente en qué consiste la chi cuadrada ( $\chi^2$ ), -- que es la que más usaremos para nuestro análisis estadístico.

La Chi cuadrada es una prueba estadística para determinar si existe o no diferencia significativa y para saber si hay - relación o no entre las variables.

Hacemos notar que el nivel de significancia que se tomó para esta investigación fué del  $1 - \alpha \geq 95\%$

## R E S U L T A D O S

La Variable Edad, asociada con el Hospital Tradicional (H.T.) y el Hospital de Día (H.D.), nos indica que sí hay relación entre la edad y el tipo de hospital, ya que el resultado de la  $\chi^2$  fue igual a 11.00355 con 3 grados de libertad, lo que nos - dió una significancia de 0.0117 (99.83%). Esto arroja los siguientes datos: el 40% de la población de H.T. se hayan en el rango comprendido de 31 a 49 años, en tanto que los pacientes de H.D., el 64% cae en el rango correspondiente de 21 a 30 años.

Para la Variable Estado Civil, la  $\chi^2$  nos dió una significancia de 0.0035 (99.65%) que demuestra que sí hay asociación - entre el estado civil y el tipo de hospital, debido a que en el H.D. el 86% son solteros, mientras que en el H.T. se divide en -- solteros 52% y casados 34%.

La Escolaridad nos indica que el 44% de la población de H.T. tienen Escuela Primaria, el 20% Secundaria, el 14% Carrera Técnica, y el 10% no tienen ninguna escolaridad. En cambio, en el H.D. el 34% tiene Secundaria, el 16% Primaria y las Carreras Técnicas, Preparatoria y Profesional tienen cada una el 14%, estudiantes de C.C.H. sólo alcanzó el 8%. Estos datos nos comprueban que sí hay diferencias entre ambos tipos de Hospital ya que la --

Chi cuadrada nos dió una significancia de 0.0034 (99.66%).

Aunque las variables de Lugar de Procedencia y Lugar de Residencia no fueron estadísticamente significativas (chi cuadrada = 0.0664 (93.36%) y 0.4102 (58.98%) respectivamente), se -- muestran los resultados obtenidos en ambas variables por considerarse de importancia.

En el H.T. el 36% procede del Valle de México y el 84% reside en esta misma zona. La población del H.D. se distribuyen de la siguiente manera: 70% procede del Valle de México y el 96% resi de aquí.

Tanto para la Variable Diagnóstico Inicial como para Diagnóstico Final, encontramos en los expedientes 62 diagnósticos diferentes, por lo que se decidió agruparlos en solo nueve para -- efecto de que las frecuencias no se "dispersaran" y la informa--- ción nos fuera de utilidad.

Como puede observarse, el Diagnóstico Inicial sí presenta dependencia estadística entre éste y el tipo de hospital -- ya que la chi cuadrada nos dió una significancia de 0.0008 ----- (99.92%). Por lo que la población de ambos hospitales se reparte como sigue en los nueve diferentes diagnósticos:

En H.T. es más alto el diagnóstico de Psicosis con un 26%, Alcoholismo Crónico 20%, Neurosis 12%, Esquizofrenia 10%, -- Síndrome Orgánico Cerebral 8%, Farmacodependencia 8%, Retardo Mental 8%, Epilepsia 6% y Otros Trastornos 2%.

En H.D. el puntaje más alto se observa para el diagnóstico de Esquizofrenia, 44%; Psicosis 14%; Epilepsia 12%; Retardo Mental 12%; Farmacodependencia 10%; Neurosis, Alcoholismo Crónico, Síndrome Orgánico Cerebral y Otros Trastornos tienen cada uno un 2%.

Ahora bien, los resultados de Diagnóstico Final son muy similares al Diagnóstico Inicial, la chi cuadrada dió una significancia igual a 0.0002 (99.98%) y aunque los diagnósticos se distribuyen casi igual en el H.T., sí se observan claras diferencias con respecto al H.D.

Así pues tenemos los siguientes resultados que se amplían en sus respectivos cuadros.

En H.T., el diagnóstico más frecuente es el Alcoholismo con el 18%; Retardo Mental 16%; Psicosis 16%; Neurosis 14%; -- Farmacodependencia 10%; Esquizofrenia 10%; Epilepsia 6%; Síndrome Orgánico Cerebral 6%; y otros trastornos 4%.

En H.D., Esquizofrenia representa el 50%, Psicosis el 18%, Retardo Mental 10% Epilepsia 8%; Farmacodependencia 8%, --- Síndrome Orgánico Cerebral 4%, Trastornos de Conducta Inferiores 2%; Neurosis y Alcoholismo no presentan frecuencias.

En cuanto al Tratamiento, se hizo primeramente una suma de las frecuencias de los distintos tipos de Tratamiento que se dan en ambos programas de hospital, debido a que esta variable

se subdivide en ocho variables. Todas resultaron tener una significancia estadística.

La suma de frecuencias nos indica que de 50 pacientes internados en H.T., 5 recibieron Terapia Ocupacional, 1 Psicoterapia Individual, 1 Dinámica de Grupo, 3 Psicoterapia de Grupo, -- 19 pacientes recibieron Terapia Electroconvulsiva (TEC), 1 Gasoterapia y 1 Terapia Insulínica. En cuanto al tratamiento farmacológico los más frecuentemente usados son: Antipsicóticos 26%, Neurolépticos 24%, Ansiolíticos 12% Antiparkinsonianos 12%, y Antiepilepticos 10%, y otros 16%.

En el H.D. se observan los siguientes resultados: 42 pacientes (de 50) acudieron a Terapia Ocupacional, 17 fueron Dinámicas de Grupo, 23 Psicoterapia de Grupo, 21 Psicoterapia Familiar y 3 Psicoterapia Individual.

Respecto al uso de Psicofármacos, los más socorridos son: Neurolépticos 28%, Sedativos e Hipnóticos 20%, Antipsicóticos 18%; Ansiolíticos 16%, Antidepresivos 8%, Antiparkinsonianos 6% y Antiepilepticos 4%.

La chi cuadrada igual a 0.0195 (98.05%) de la Variable Estudio Psicológico, nos muestra una clara diferencia entre el H.T. y el H.D con respecto a la variable mencionada. También aquí se sumaron las frecuencias de todos los cuadros y para no redundar en datos, éstos se resumieron en uno sólo, que a continuación se presenta:

HOSPITAL \ PRUEBAS	WAIS	VIBS	RAVEN	BENDER	MMPI	TAT	FRASES INCOMPLETAS	HARRIS GOODE-NOUGH	HTP	MACHOVER	CORNEL INDEX	TEST DE COL.	TEST DE LA FAM.	AUTO BIO-GRAF.
H.T.	0	3	3	9	5	1	6	1	3	5	1	0	0	0
H.D.	11	6	6	16	18	3	17	0	5	18	2	1	4	4

CUADRO # 2

FRECUENCIA DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS USADAS  
EN HOSPITAL TRADICIONAL Y HOSPITAL DE DÍA

CHI CUADRADA = 9.89011

GRADO DE LIBERTAD = 3

SIGNIFICANCIA = 0.0195 = 98.05%



En estrecha relación con el Estudio Psicológico está la Variable Número de Pruebas Aplicadas por paciente, cuya chi --- cuadrada es igual a 0.0256, (97.44%) que nos arroja los siguientes datos:

De 50 pacientes de H.T. a 10 se les aplicó por lo menos una prueba psicológica, el número más alto de pruebas aplicadas fue de cinco y se les aplicaron a cinco sujetos. En H.D., de 50 pacientes, a 25 se les aplicaron pruebas psicológicas, observándose que sólo a un paciente se le aplicó una prueba, el número mayor de pruebas aplicadas fue de ocho.

Así pues, tenemos que al 80% de los pacientes de H.T. no se les hace estudio psicológico, en tanto que en H.D. el 50% de su población sí lo tiene.

La Variable Motivo de Alta asociada con el H.T. y el H.D. nos indica que sí hay relación entre el Motivo de Alta y el tipo de hospital, ya que el resultado de la chi cuadrada nos dió una significancia de 0.0005 (99.95%) y la de Cramer corrobora esta asociación con un puntaje igual a 0.81431. En esta variable se volvió a usar el Sistema de Suma de Frecuencias, por lo que tenemos los siguientes resultados:

El H.D. dió de alta por Mejoría al 24% , por Obtener Empleo 24%, por Deserción 26%, por Fuga 4%; por Remisión de Sintomatología 8%, y por Alta Voluntaria 4%; No Amerita Internamiento 6%; Traslado a Otra Unidad 2%; y el 2% Aparece sin Datos.

Mientras tanto, en el H.T. se registraron 16% por Remisión de Sintomatología, 40% por Mejoría; 16% No Amerita Internamiento; 6% Remisión Parcial; 6% por Fuga; Deserción 4%; Traslado a Otra Unidad 6%; Alta Voluntaria 2%; el 2% aparece sin Datos y el 2% fue por Muerte.

El Seguimiento, que se hace a los pacientes una vez - que éstos han sido dados de alta, presenta una diferencia muy clara entre ambos tipos de hospital, ya que como se puede observar en el cuadro respectivo, la chi cuadrada obtuvo una significancia estadística de 0.0000 (100%) y la V. de Cramer fue igual a 0.89450 (99.1055%), lo que nos indica que sí hay un coeficiente de asociación entre las variables.

Así tenemos que los pacientes de H.D. fueron canalizados en un 88% a Hospital Parcial o de Día, y un 6% a Consulta Externa. En tanto que los de H.T. se canalizaron a Consulta Externa el 58% y el 8% a Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, el 32% continuó sin ninguna atención después de haber sido dados de alta.

El Número de Reingresos promedio por paciente para -- ambos tipos de hospital es de 2, aunque como se puede observar, el H.T. engloba 28 pacientes con un ingreso, y el H.D. 19 pacientes con tres ingresos. Se obtuvo una chi cuadrada con un nivel -- de significancia de 0.0000 (100%).

CAPITULO CINCO

## D I S C U S I O N

Una vez expuestos los resultados obtenidos, pasaremos a hacer un análisis más profundo de éstos. La discusión se hará en el mismo orden en que se presentaron los resultados.

En el cuadro correspondiente a la variable Edad, se -- observa una tendencia a que una gran parte de la población del - Hospital de Día (H.D.) oscila entre los 21 a 30 años, mientras - que en el Hospital Tradicional (H.T.) se concentra la población en el rango superior de edad, que se haya entre los 31 a 49 años; ésto nos puede indicar que tal vez los pacientes jóvenes, en este caso, no mayores de 30 años, tengan mayor probabilidad de --- ser aceptados ó rescatados por un sistema de Hospital de Día, la razón, supondríamos que se debe a que es más factible la recuperación de los pacientes jóvenes.

En cuanto al Estado Civil, es muy clara la presencia -- de altos porcentajes de solteros en ambos tipos de hospital, aunque como puede observarse, en el H.T., la mayor parte de la población se concentra en solteros 52% y casados 34%, en tanto que en el H.D. sólo el 6% son casados.

Ahora bien, el hecho de que un porcentaje más o menos importante (34%) sean casados en el H.T., significa (y se correlaciona con la edad), que en el H.T. hay mayor número de pacien--

tes con ese estatus, y que éstos son mayores de 30 años, tal vez un factor importante que determine este alto índice sea el que - los pacientes solteros, por lo general, no tienen compromisos de tipo económico, es decir, que no hay nadie que dependa de ellos, por lo que el horario del H.D. en realidad no interfiere con sus propias actividades. No sucede así con los pacientes casados, cuya responsabilidad económica se centra en él mismo y asistir al H.D. implicaría posiblemente desatender su propia fuente de trabajo.

Respecto a la Escolaridad, nuevamente encontramos grandes diferencias entre los pacientes de ambos tipos de hospital, - ya que la población del H.T. presenta en general, poca escolaridad, y en algunos casos ésta es nula (10%). Esto parece indicar que debe ser un requisito para ingresar al Hospital de Día, el - tener un grado mínimo de instrucción, con el fin de que el paciente esté al mismo nivel que sus compañeros y de que por lo mismo - no interfiera en las actividades por dificultad para comprender conceptos o interpretaciones. En cambio, en el H.T. al parecer - no se le da tanta importancia a esta variable, debido tal vez, a que el paciente no realiza actividades donde le sea indispensable la escolaridad.

La escolaridad puede ser también un indicio de que a - mayor grado de la misma es mayor el interés, tanto de los fami-  
liares como del mismo paciente por adquirir una mejor atención,  
por lo que se inclinarían por el H.D.

Dado que los cuadros de Diagnóstico Inicial y Diagnóstico Final, presentan características muy similares, las observaciones que a continuación mencionaremos, implicarán ambas variables.

Como puede observarse, el diagnóstico más frecuente en H.D. es definitivamente el de Esquizofrenia, mientras que en el H.T. es el de Psicosis. Se esperaba que los diagnósticos estuvieran distribuidos de esta manera. Ahora bien, vemos que aparecen algunas frecuencias en el renglón de H.D. con el diagnóstico de Psicosis y de Retardo Mental especialmente, por lo que se hace necesario hacer algunas aclaraciones al respecto.

Como se mencionó en el capítulo de resultados, los 62 diferentes diagnósticos que se encontraron en las historias clínicas (ver anexo), se agruparon de tal manera que sólo quedaron nueve grupos, ésta agrupación se hizo en forma arbitraria de la siguiente manera:

Todos los diagnósticos de Esquizofrenia sin importar -- qué tipo, fueron agrupados bajo el rubro de "Esquizofrenia" que en el cuadro le corresponde el número (1). En el diagnóstico de Psicosis se incluyeron todos los tipos de Psicosis: los Estados Paranoides y Psicosis Afectivas, excepto las Esquizofrenias (2). En las Neurosis, se hizo lo mismo (3). Bajo el diagnóstico de --- Síndrome Orgánico Cerebral (Soc), se incluyeron todas aquellas -- patologías que hayan estado provocadas por algún tipo de síndrome cerebral (4). En el grupo (5) se unieron todos los tipos de Epi--

lepsia, en la Farmacodependencia (6), se agruparon todos los diagnósticos provocados o desencadenados por cualquier tipo de farmacodependencia. Bajo el número (7) se agruparon todas aquellas patologías desencadenadas o provocadas por la ingestión de alcohol, alcoholismo crónico. En el grupo de Retardo Mental (8) se incluyeron todos los tipos de retraso, incluyendo las Oligofrenias. El grupo (9) que corresponde a "Otros Desórdenes", se incluyeron trastornos de personalidad, como por ejemplo: personalidad antisocial, (DSM II).

Es importante señalar que el diagnóstico de Retardo Mental, no debería aparecer en el Hospital de Día, ya que según los lineamientos de funcionamiento de este tipo de hospital, los pacientes con dicho diagnóstico no pueden ser aceptados, ya que no cuentan con capacidad de "insight", es difícil su manejo, e incluso pueden retrasar la recuperación de sus compañeros de terapia. Esta misma observación es válida para el diagnóstico de Psicosis (aunque ninguno de los dos presenten puntuaciones muy altas, ---- (12% y 14% respectivamente), ya que se supone que los pacientes psicóticos son derivados a H.D. sólo cuando se presenta una remisión de su sintomatología.

Ahora bien, la presencia de dichos diagnósticos en el H.D. pueden deberse a que no se llevó a cabo una adecuada selección y evaluación de los pacientes, o bien, que el diagnóstico no es correcto, es decir, que una inadecuada evaluación del caso -- puede traer como consecuencia, dictaminar un diagnóstico equivocado.

También es importante hacer notar que el que estos diagnósticos aparezcan en el renglón de H.D., puede ser debido a que se tomó en cuenta la historia psiquiátrica previa al o los internamientos.

Respecto al Tratamiento que reciben los pacientes se -- pueden observar diferencias muy claras en cuanto a concepción de qué tipo de tratamiento es el adecuado, según el servicio en que se encuentre el paciente. Por ejemplo: podemos notar que en el -- H.T. a los pacientes casi no se les estimula a realizar actividades dentro de los talleres de Terapia Ocupacional, y al parecer, tampoco llevan a cabo un tratamiento de tipo psicoterapéutico, --- que juega un papel importantísimo en la recuperación del paciente puesto que actúan como medios catárticos para que éste maneje una parte de su problemática interna, lo mismo se puede decir de la -- Terapia Ocupacional.

De esta manera podemos inferir que una gran parte de --- los pacientes que tenían un oficio antes de ingresar, se deterioran, al no tener una actividad que los ayude a conservar o a mejorar -- sus habilidades; dando como resultado que al regresar al seno de - la comunidad representen una carga para ésta y para la familia, -- por lo que seguramente el paciente se sentirá rechazado aumentando las probabilidades de una recaída. Estos argumentos son válidos también para aquellos pacientes que no tienen un oficio pues la ma yoría son subempleados, como lava coches, periodiqueros, etc., o -



bien son desempleados.

Si los pacientes no tienen actividades dentro del Hospital que los motiven a recuperarse, es inevitable el deterioro, tanto físico como mental y por lo tanto el Hospital no estaría -- cumpliendo con su cometido de devolver a la sociedad seres sanos y productivos, sino que sólo estaría fungiendo como un custodió - de personas "no deseables" a la Comunidad.

En el Hospital de Día se observa un mayor interés en la motivación del paciente, otorgándole facilidades para asistir a - las actividades de diferentes talleres, lo cual se determina en - base a la historia laboral previa del paciente, a las preferencias del mismo, y al estudio que realiza la jefa de Terapia Ocupacional. Además de que el programa de Hospital de Día incluye psicoterapia de grupo, dinámica de grupo y mitin (ya explicado en el capítulo - anterior), dos veces por semana, aparte de otras actividades, --- tales como visitas extrahospitalarias, psicoterapia individual, fa - miliar, etc. Actividades que coadyuvan a la recuperación del pa - ciente, a la socialización, a aprender a valerse por sí mismos, y a reintegrarse a su núcleo familiar y comunitario, es decir, a - la reincorporación a la sociedad como un ser productivo y útil; -- porque otro aspecto al que se le dá importancia en el Hospital de Día es al empleo que el paciente es capaz de buscar por sí mismo, tema que será ampliado cuando hablemos de la variable Motivo de -- Alta.

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico señalaremos lo que se observó en los expedientes...

Primero, que la presencia de TEC's (Terapia Electroconvulsiva), Terapia Insulínica y Gasoterapia, que se observan en el -- renglón de Hospital de Día, no significa que éstos se hayan aplicado bajo este sistema, sino que, debido a que se tomó en cuenta toda la historia psiquiátrica, se incluyen también otros hospitales, todo ésto con el fin de hacer un seguimiento hospitalario más completo de cada uno de los pacientes cuando así lo permitieron los expedientes. En segundo lugar, señalaremos que se pudo observar que todos los pacientes reciben medicamentos pero no se reporta que éstos se conjuguen con algún tipo de psicoterapia, lo que sería cuestionable puesto que los fármacos por sí solos no ayudan más que a controlar los síntomas, por ésto se hace necesario apoyar el tratamiento con psicoterapias, terapia ocupacional, y otras actividades que le brinden al paciente la posibilidad de una pronta recuperación. Por último, cabe señalar que las historias clínicas estaban incompletas o no actualizadas en su gran mayoría, --- por lo que existe la posibilidad de que hubiera otros tratamientos.

La variable de Estudio Psicológico, aún cuando no resultó estadísticamente significativa (tal vez debido a que se dispersan demasiado los datos) muestra comparativamente, una gran diferencia entre ambos tipos de hospital. Se observa que en el H.T. -- casi no se les hace un estudio psicológico a los pacientes; pero -

en ambos tipos las pruebas psicológicas en sí, nunca aparecen en los expedientes, en el mejor de los casos aparece un reporte hecho por el psicólogo, pero éste, especialmente en H.T. casi nunca se encuentra, y por lo general, nunca se especifica si alguien -- y/o quién solicita el servicio (cuando así sucede, lo sugiere el psiquiatra tratante), pero no hubo manera de saber si esta sugerencia se tomó en cuenta y con qué objeto se solicitó, es decir, si este servicio se utilizó para cubrir un requisito (como por ejemplo, cuando el paciente va a ser llevado a Sesión Clínica y/o --- Académica), o si efectivamente, el Estudio Psicológico servía ó - influía para dar un diagnóstico al tratamiento. En otras palabras, para poder valorar la inserción del psicólogo dentro del equipo -- interdisciplinario y conocer su rol en el mismo.

Dado que el Estudio Psicológico se relaciona estrechamente con el número de pruebas aplicadas, mencionaremos también -- aquí lo que se encontró en este renglón.

Aunque los resultados son mejores en el Hospital de Dfa debe notarse que sólo a un 50% de la población de Dfa se les aplica Estudio Psicológico, puesto que uno de los postulados del sistema de este tipo de Hospital, es que se hace un estudio integral del paciente para poder dar un adecuado diagnóstico y tratamiento, --- tanto a nivel farmacológico como psicoterapéutico. Aquí cabría nuevamente la aclaración de que tal vez sí tienen estudio psicológico o que por lo menos se les aplicó alguna prueba, pero debido a que

no está registrado en el expediente, lo único que nos muestra esta situación es un problema en el manejo e integración del expediente, dado que no aparecen las notas de los resultados. Así -- pues, tenemos que el papel que juega el psicólogo se ve disminuído o minusvaluado, ya que dentro del H.T. sólo se le toma en cuenta para la aplicación e interpretación de pruebas psicológicas --- (cuando éstas se llegan a aplicar). Al parecer, en el sistema de Hospital de Día juega un papel más importante, ya que no se le limita sólo al psicodiagnóstico sino que interviene como terapeuta en dinámicas y en otras actividades de tipo psicoterapéutico.

Respecto al Motivo de Alta, trataremos de explicar primeramente, en qué consiste cada una de las variables que componen el Motivo de Alta:

- 1.-Remisión de Sintomatología.-La sintomatología principal de la patología presentada fué superada.
- 2.-Remisión Parcial de Sintomatología.-La sintomatología principal pudo ser superada en parte.
- 3.-Mejoría.-El paciente se restableció totalmente.
- 4.-Fuga.-El paciente abandona el Hospital sin autorización.
- 5.-Deserción.-El paciente deja de asistir a las actividades regulares del Hospital. (Generalmente este nombre sólo se usa en el Hospital de Día.

- 6.-Traslado a otra Unidad.-El paciente es llevado a otra Unidad, ya sea para algún tipo de intervención quirúrgica, o bien a otra Unidad Psiquiátrica.
- 7.-Alta Voluntaria.-El paciente, o familiares del mismo avisan - que aquél dejará de asistir, o solicitan su egreso. (Por lo general se debe a cambio de domicilio).
- 8.-No amerita Internamiento.-La patología que representa el paciente no es tan grave, por lo que no se hace necesario el internamiento. Se atiende en consulta externa.
- 9.-Obtención de Empleo.-El paciente ha podido manejar su patología y ha sido capaz de obtener un empleo. (este hecho sólo se da en Hospital de Día).
- 10.-Muerte.-Fallecimiento del paciente.

Se han descrito en forma somera cada una de las variables, de manera que continuaremos con las observaciones del cuadro respectivo.

En el Hospital de Día se observa una alta puntuación -- por deserción (26%); creemos que ésto se puede deber a que muchos de los expedientes no estaban actualizados, razón por la cual, - este dato debe tomarse con las reservas que el caso amerite. De cualquier forma, la deserción era bastante alta, especialmente - en la última etapa en que se obtuvieron los datos, ya que el -- servicio estaba en peligro de desaparecer y asistían un promedio

de 8 pacientes diarios.

Un dato también interesante, es el de Obtención de Empleo, (sólo se presenta en H.D.) que como ya se explicó, indica - por un lado que el paciente ha aprendido a manejar su sintomatología, y por otro, que este manejo le ha permitido establecerse en - algún tipo de trabajo, lo cual es un claro indicio de que efectivamente ya puede funcionar en forma adecuada dentro de su comunidad. No obstante, el tener empleo, no implica necesariamente que - al paciente se le dé de alta, ya que según aparece en algunas historias clínicas, el caso se somete a discusión y aprobación o desaprobación tanto con el personal, como con sus compañeros de psicoterapia.

Se considera que ésto es un procedimiento adecuado y -- útil, ya que para los demás pacientes puede resultar muy estimulante ver que compañeros suyos son capaces de trabajar y superar sus limitaciones; seguramente esto los motiva hacia una superación propia, que suponemos será uno de los principios básicos de esta actividad.

Sabemos que el programa de H.D. contempla en una de sus partes la instauración de una Bolsa de Trabajo, pero que hasta ahora no se ha llevado a la práctica.

En algunos países como Cuba, como parte de la Bolsa de Trabajo o independiente de ésta, se implementan los llamados Talleres Protegidos que funcionan como un eslabón entre el hospital y - la comunidad, cumpliendo con el objetivo de socializar al paciente,

así como hacer de él una persona útil y productiva a su medio familiar y social. Sin embargo, esta posibilidad resulta todavía más difícil de realizar dado el sistema Socio-Económico-Político bajo el que vivimos, ya que por ejemplo, el costo de un Taller Protegido es muy elevado, e implementar uno en las industrias ya existentes causaría serios problemas, incluso de tipo social, debido a que el nivel de desempleo es muy alto en nuestro país y los pacientes estarían ocupando empleos disponibles para los "desempleados".

En otro orden de cosas, el uso que se le dá a Motivos de Alta, como Remisión de Sintomatología, Remisión Parcial y Mejoría, son muy cuestionables, ya que según se pudo observar, el uso de éstos es indiscriminado, y no existen criterios objetivos que los determinen y definan, situación que se puede prestar a equivocaciones en cuanto a cómo diferenciar a un paciente con Remisión Parcial, de uno con Remisión a secas, y de ésta, con Mejorías, especialmente si notamos que el 40% de los pacientes de H.T. y el 24% de H.D., son dados de alta por esta última razón y el índice de reingresos es muy alto.

El Motivo de Alta por Muerte sólo se dió en un caso y según consta en la historia clínica fue a causa de paro cardiaco vascular.

El cuadro que se refiere al Seguimiento que se hace de los pacientes una vez que éstos han sido dados de alta, muestra al igual que en muchos otros aspectos ya mencionados, las limita-

ciones que existen en cuanto a estructura, organización y funcionamiento, tanto en Hospital Tradicional, como en Hospital de Día. Como se puede observar, existen cuatro áreas importantes a donde los pacientes pueden ser canalizados: Consulta Externa, Alcohólicos Anónimos, Psicoterapia y Hospital Parcial.

Así pues, tenemos que el 32% de la población de H.T. no recibe ningún tipo de Seguimiento, y se supone que el 58% de ésta es canalizado a Consulta Externa (C.E.), sin embargo, una gran parte, si no es que la mayoría, no asiste a las citas de C.E., razón por la cual es muy frecuente observar varios reingresos, el motivo, por lo general, se debe a que el paciente no continúa con el tratamiento farmacológico, ya sea por olvido propio o de los familiares ó porque ya se siente "bien" y considera que no es necesario el medicamento.

Otro motivo frecuente, es que el paciente, al regresar a su medio ambiente vuelve a enfrentarse a situaciones "stressantes" que lo angustian, provocándole conflictos internos que a su vez influyen en la aparición de nuevos brotes Psicopatológicos. Ya Herz, M. y Endicott, J. (1979) en su estudio realizado sobre la -- "carga" (borden) que representa para la familia el regreso de un paciente psiquiátrico, nos hablan extensamente de los efectos y consecuencias que produce esta situación tanto en el paciente como en los familiares del mismo.



En el renglón de H.D. aparece que 44 pacientes de 50 -- fueron canalizados a Hospital Parcial, lo que significa, es que -- estos pacientes después de su internamiento se canalizaron a este servicio. El Seguimiento que se hace en el H. D. también es muy -- pobre, de hecho, es casi nulo, pero aquí sucede que los pacientes externados sí acuden a sus consultas, e incluso aún cuando no --- tienen a qué ir al hospital, asisten de todas formas a platicar - con el personal y con sus excompañeros. Se han dado casos (en H.D.) que son dados de alta "a medias", es decir, que estos pacientes - debido a una cierta mejoría han encontrado empleo, se solicita su alta y se concede, pero con la condición de que debe seguir asis- tiendo a algunas actividades, como por ejemplo Psicoterapia, procu- rando que no interfieran sus horarios. Seguramente estas visitas - resultan motivantes tanto para los pacientes "externados" como pa- ra los "internados".

La observación directa y la estadística, nos indican que el Seguimiento que se hace tanto en el H.T. como en el H.D. se encuentra en un nivel muy elemental, ya que se limitan únicamente a ejecutar un registro de las consultas a las que asiste el pacien- te y es poco frecuente que se busquen los motivos de su ausencia. De hecho se puede concluir que no hay seguimiento ni a corto, ni a largo plazo.

El altísimo índice de ausentismo que se dá entre la po- blación psiquiátrica, es preocupante, puesto que es un claro indio- cio de que los diferentes servicios no están cumpliendo su objeti- vo.

Pueden ser muchas las causas o razones por las que se presente esta situación. Tal vez no se le motiva al paciente antes y después de su alta para que tome conciencia el y/o sus familiares, de que es necesaria su asistencia a consulta y de que continúe con el tratamiento para poder evitar nuevas recaídas. Esta falta de motivación puede estar presente también en el personal ya que si éstos no la tienen, es muy difícil que la transmitan.

El número de Reingresos, cuyo promedio para ambos tipos de hospital es de dos por paciente, se relaciona estrechamente con lo que decíamos respecto al Seguimiento, ya que la motivación juega un importante papel para evitar las recaídas.

El Hospital de Día muestra un gran número de reingresos, incluso mayor que el Hospital Tradicional, pero debe recordarse que estamos hablando de toda la trayectoria hospitalaria de los pacientes, por lo que éstos se refieren a los reingresos antes de canalizarse a H.D. Aún así, es cuestionable el hecho de que exista tan alto índice de reingresos en el Hospital Tradicional, ya que como lo decíamos antes, implica que el servicio no está cumpliendo sus objetivos.

En cuanto al Hospital de Día, al parecer no se han presentado casos de reingresos en este programa, lo cual resulta positivo y estimulante; aunque debe hacerse notar que este servicio cuenta con escasos tres años de funcionamiento, lo que tal vez --- afecte los resultados obtenidos.

Respecto al lugar de Procedencia y Residencia se puede observar que la mayoría del H.T., procede de provincia, mientras que del H.D., procede del Valle de México, cosa que se esperaba, puesto que para asistir a las actividades del H.D. es necesario que vivan en el Area Metropolitana.

El Nivel Socioeconómico de la población se encuentra en los niveles bajo y medio en ambos tipos de hospital. Para mayor datos de las características socioeconómicas ver anexo sobre el Estudio - Mercadológico que se hizo de la población psiquiátrica que nos ocupa.

Hubo diversas variables que no resultaron significativas, sin embargo, algunos de los cuadros por resultar de interés, se incluirán en los anexos. Una de estas variables es el Mes de Ingreso. Según se pudo observar al obtener los datos, una gran parte de los pacientes ingresan o tienen sus recaídas a principios y/o a finales del año, lo cual, se pensó, tendría sus bases en la influencia positiva o negativa (en este caso negativa), que puedan tener las -- festividades navideñas y todo lo que éstas implican. Además del final de año que puede interpretarse psicoanalíticamente como la separación y muerte de una parte de nosotros mismos, y el temor que ésto representa por una parte, y por otra, el enfrentarse a algo - nuevo, desconocido, que implica un reto, puesto que se deben superar metas y objetivos propuestas por uno mismo.

Si estas festividades son influyentes para cualquier persona considerada como "normal", se considera que son mucho más determinantes para aquellos cuya capacidad de reacción emocional implica problemas.

En base a lo anterior, y aún cuando no fué estadísticamente significativa esta variable (Mes de Ingreso), se decidió incluir un cuadro con las frecuencias obtenidas, con el objeto de que quede como base para posteriores investigaciones en este aspecto.

Los resultados se dieron como sigue:

Tipo Hosp.	Mes	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
H.T.		6	3	12	4	11	11	6	7	14	18	4	3
H.D.		18	19	17	8	21	20	9	15	13	12	9	13

Cuadro # 3

Otra variable que no resultó significativa fue la de -- Tiempo de Hospitalización, aún cuando dos de los cuadros que se -- presentan sí obtuvieron una significancia estadística menor a .05. No obstante, no podemos concluir nada al respecto, dado que se distribuyeron tanto los rangos de tiempo, que resulta difícil obtener un promedio ó frecuencia de los días que cada paciente estuvo hospitalizado.

A continuación presentamos un cuadro de frecuencias de días hospitalizados.

TIPO DE HOSPITAL	D I A S D E H O S P I T A L I Z A C I O N																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
H.T.	11	0	1	1	1	1	0	1	1	2	1	2	1	0	3	1	0	1	1
H.D.	23	1	0	0	3	1	2	2	2	4	1	2	0	1	4	1	4	0	1

TIPO DE HOSPITAL	D I A S D E H O S P I T A L I Z A C I O N																						
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	32	33	34	35	36	37	39	41	42	45	46	47
H.T.	2	3	1	3	2	2	1	1	1	1	3	0	1	0	1	1	0	1	1	1	4	0	1
H.D.	1	0	0	0	2	1	0	0	1	2	5	1	0	1	2	0	1	1	1	0	5	2	0

TIPO DE HOSPITAL	D I A S D E H O S P I T A L I Z A C I O N																						
	48	49	50	52	54	58	59	60	61	62	64	65	66	67	69	70	73	75	79	80	81	90	93
H.T.	1	0	1	1	1	0	0	12	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	10	0
H.D.	0	2	3	2	0	1	1	14	1	1	1	3	2	1	1	0	1	1	1	4	1	6	1

TIPO DE HOSPITAL	D I A S D E H O S P I T A L I Z A C I O N																		
	96	97	100	120	129	132	140	145	150	160	162	165	180	182	192	210	220	240	243
H.T.	0	0	0	6	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
H.D.	1	1	1	8	1	1	1	1	6	1	1	1	3	1	1	1	1	4	1

TIPO DE HOSPITAL	D I A S D E H O S P I T A L I Z A C I O N											
	270	304	337	340	365	390	420	425	515	520	730	999
H.T.	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
H.D.	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2



Como ya se vió al hacer la revisión y discusión de cada una de las Variables analizadas, existen innumerables interrogantes, las cuales, creemos, que con una investigación tal vez más sistematizada y enfocada a las cuestiones que ahora han quedado pendientes, se encontrarán las respuestas y soluciones necesarias -- para poder continuar con la labor de promover un mayor interés en la Salud Mental para beneficio de todos, especialmente en el aspecto de la prevención, que consideramos como la parte más rescatable de la sociedad.

CAPITULO SEIS.



## C O N C L U S I O N E S

Hemos visto a través de esta investigación cómo el -- Hospital de Día surge debido a la necesidad de encontrar solución a problemas como sobrepoblación, altos costos, carencia de espacio y alto índice de reingresos, entre otras cosas.

El Hospital de Día aparece como una alternativa entre el hospital y la comunidad, ya que es el puente entre la hospitalización y la consulta externa, pero con las ventajas de ambos.

Esta nueva modalidad le permite al paciente obtener todos los beneficios que puede tener en un hospital, y, al mismo tiempo, no se le aísla de su núcleo familiar, ni de su comunidad, evitando así las consecuencias que ésto provoca.

Sin embargo, en México, al parecer, el Hospital de -- Día no ha tenido el éxito esperado, ya que los H.D. que se han im-  
plementado han ido desapareciendo y por esta misma razón no se le ha promovido, ni se le ha prestado atención. Lo cual conduce al ca-  
si total desconocimiento de este tipo de servicio por una gran ma-  
yoría de la población incluyendo la de los psicólogos. El único -  
Hospital de Día actualmente en funciones es el del Hospital Psi--  
quiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Muchas pueden ser las causas que estén provocando --- esta situación. Nosotros, a través de los resultados obtenidos en esta investigación, pretendemos mostrar una serie de característi-

cas o situaciones que nos indican de alguna manera -tal vez en forma muy superficial-, las ventajas y limitaciones que este servicio representa.

Antes de mostrarlas, quisiéramos presentar, a manera de introducción, un enfoque global de las características o condiciones observadas en ambos tipos de hospital:

-Sobrepoblación.-El alto índice de crecimiento de la población --- aumenta el nivel de pacientes que requieren tratamiento psiquiátrico, por consiguiente, los hospitales resultan insuficientes para albergarlos. Esta característica sólo se observa para el Hospital Tradicional. ya que en el Sistema de Día no se ha llegado a tener un sobrecupo.

-Escasés de Personal.-Ya vimos que el Hospital de Día, actualmente cuenta con 32 pacientes y para atenderlos hay sólo un psiquiatra, un psicólogo, una trabajadora social y una rehabilitadora que por supuesto, son insuficientes para atenderlos eficaz y adecuadamente, lo que -- trae como consecuencia que algunos realicen funciones que no les corresponden.

Esta carencia también se dá dentro del Sistema Tradicional, dado que hay mayor población de pacientes.

-Deficiencia en las Instalaciones.- El tipo de construcción del hospital (vertical), muchas veces dificulta el traslado y acceso de los pacientes de un lugar a otro. Esto no sucede en Hospital de Día, debido a que las instalaciones para este servicio se encuentran integradas en una misma área, además de que el tipo de paciente que acude a Hospital de Día, no se le dificulta movilizarse.

Sin embargo, ambos tipos de hospital, tienen instalaciones que por lo general resultan inadecuadas al uso y objetivos del servicio. Por ejemplo, en el Hospital de Día existen dos Cámaras de Gesell que se usan como oficinas.

Otra deficiencia, es que el Hospital de Día se encuentra dentro de un hospital psiquiátrico, lo que limita el acceso del exterior, ya que como consta en los expedientes, de hecho funciona como un sistema cerrado. Debería ser independiente para que realmente actúe como puente entre el internamiento y la comunidad.

-Administrativo.-En el aspecto administrativo tenemos que existe -  
Discontinuidad en servicios, programas y personal, debido a cambios administrativos dentro de la institución, lo cual repercute en que el personal no participa en forma activa en la elaboración e implementación de los programas de trabajo. Este problema de Discontinuidad, se observa tanto en el Hospital Tradicional

como en el Hospital de Día, especialmente en el de --  
Día, nos tocó vivir este tipo de cambios administrativ  
vos.

-La "Institucionalización".-En relación a pacientes se refleja en  
pérdida de interés, e incluso inasistencia a sus taller  
es, según pudo observarse a través de las historias  
clínicas, en ambos tipos de programas. Aunque en el  
Hospital de Día es menor, debido a que existe mayor -  
interacción entre personal y pacientes.

Por último, señalaremos un problema común y estrecha-  
mente relacionado con los anteriores, que es la Falta  
de Comunicación existente entre los diferentes servi-  
cios, tanto a nivel interno, como externo.

A través del estudio que se hizo de los expedientes,  
se encontró (especialmente en Hospital Tradicional),  
a nivel interno, la duplicidad de servicios, como que  
el paciente es enviado a un mismo servicio varias vee  
ces, debido a que no se leyó el expediente, o bien,  
porque la nota no aparecía en éste.

A nivel externo, también se presenta la duplicidad de  
servicios, ya que muchas veces, cuando el paciente es  
enviado a otra unidad, se le aplican nuevamente, una  
serie de estudios, como de gabinete, psicológicos ó de  
otro tipo.

A nivel comparativo se concluye:

1.-Las instalaciones del hospital son inadecuadas, tanto en espacio, como en distribución. Mencionábamos anteriormente que el Hospital de Día debería estar fuera del hospital psiquiátrico para que realmente funcione como el puente que pretende ser, entre el internamiento -el ser dado de alta-y la comunidad. Y evitar de esta manera, continuar con el tabú, que, todavía en nuestros días, constituye el asistir a un hospital psiquiátrico para la gran mayoría de la población, lo cual limita el acceso de pacientes que provengan del exterior.

2.-Se observó en los expedientes que no siempre existe un programa de actividades para cada servicio. Por mencionar un ejemplo, -- diremos que la Terapia Ocupacional no cuenta con un programa -- específico, ya que al parecer, las actividades de los pacientes son elegidas sin ningún estudio previo que las determine. Esto es más frecuente en el Hospital Tradicional, aunque también se presentó en Hospital de Día. Por desgracia no fue posible tener acceso a los programas de ambos tipos de servicio.

3.-Insuficiencia de personal.-No existe suficiente personal calificado para proporcionar una adecuada atención tanto en calidad -- como en cantidad.

Nuevamente tenemos que dicha carencia se presenta en ambos tipos de hospital.

4.-No se ha realizado ningún tipo de investigación para conocer -- los resultados de estos programas. (Al menos no consta en los - expedientes).

Respecto al Servicio Tradicional, en algunos expedientes se mencionaba que el paciente estaba incluido en algún tipo de estu-- dio, siempre en relación con psicofármacos, pero no hacía refe-- rencias posteriores a resultados o conclusiones.

Por desgracia, en nuestro país, es una práctica poco común el - hacer investigación y presentar resultados. Creemos que en ésto va implícita otra importante limitación, que es el escaso cono cimiento que los profesionales tenemos de la técnica metodológi ca.

5.-Una limitación observable sólo en Hospital de Día -debido a sus características propias-, es el hecho de que éste funciona como un Sistema Cerrado, ya que como consta en los expedientes, casi toda la población de este servicio proviene del Hospital Tradicional. Son pacientes a los que se ha dado de alta y se les ca-- naliza al Servicio de Día, para su adaptación paulatina a su me dio ambiente comunitario.

6.-No existe un Criterio Normativo para determinar el "llenado" - de las historias clínicas.

Por lo que se presentan aspectos en los expedientes de ambos tipos de servicios, tales como: a) no están actualizadas las - notas de evolución; b) el mismo paciente tiene varios diagnós--

tics diferentes entre sí (recuérdese que se registraron 62 --- diagnósticos diferentes, en una muestra de 100 sujetos); ----- c) pronósticos diferentes en el mismo paciente.

Los ejemplos mencionados fueron factores importantes en nuestro trabajo debido a que contribuyeron a incrementar los puntos oscuros, porque, cuando nos encontrábamos con un expediente incompleto -que sucedió muchas veces, especialmente en Hospital de Día-, no sabíamos dónde ubicar al paciente, si había sido dado de alta, trasladado a otra unidad, ó alguna otra eventualidad.

En cuanto a los diferentes diagnósticos, también se prestó a -- confusiones, ya que no sabíamos qué diagnóstico tomar como el "real", de ahí surgió la necesidad de abrir dos variables en la hoja de vaciado de datos: Diagnóstico Inicial y Diagnóstico Final.

Lo anterior, nos conduce a considerar la posibilidad de implementar un criterio que contrarreste estas deficiencias, con objeto de que las mismas se eviten.

- 7.-No se lleva a cabo ningún tipo de seguimiento de los pacientes, una vez que éstos han sido dados de alta (no consta en los expedientes); lo cual limita enormemente el conocimiento que se pueda obtener de los resultados a largo plazo. Es decir, que si no se hace un seguimiento de la evolución y actuación del paciente, fuera del ambiente hospitalario, no se puede hablar en --

realidad de resultados de una técnica "x", ó como en este caso de un programa, ya que es importante considerar las variables externas a la situación hospitalaria controlada.

Un importante aspecto del Seguimiento, es también la prevención, que a este nivel correspondería a la prevención terciaria.

8.-En cuanto al papel que juega el psicólogo, y en base a los expedientes, nunca nos queda claro qué hace, para qué lo hace, - para quién y con qué objetivo. Por desgracia, esta característica se repite tanto en Hospital Tradicional, como en Hospital de Día, donde se supone que el psicólogo juega un role activo e interactuante con el equipo interdisciplinario.

Se dice que en Hospital de Día, el Psicólogo sí forma parte activa del Equipo y que desarrolla actividades fuera del psicodiagnóstico, tales como psicoterapia, dinámicas, etc., pero esto no se ve reflejado en los expedientes de ninguno de los dos tipos de Servicio.



No queremos dar por concluida esta investigación, sin - antes aclarar algunas cuestiones.

Cuando se decidió iniciar este trabajo, se pensó que el Hospital de Día sería mucho mejor en todos aspectos, que el Hospital Tradicional. Sin embargo, tuvimos que llegar a la conclusión - de que ésto no sucede en realidad.

Ahora bien, es importante hacer notar que esta investigación se basó única y exclusivamente en los expedientes. Esta característica seguramente limitó nuestro trabajo, y por lo mismo, - podemos decir, que probablemente la técnica empleada no fue la más adecuada.

El hecho de que al llegar a las conclusiones, no hayamos podido mostrar las ventajas que pretendíamos encontrar, sino que - por el contrario, tanto el Hospital Tradicional como el Hospital - de Día no presentan diferencias entre sí, creemos, se debe precisa mente, a que se tuvo como único Marco de Referencia las historias clínicas, por un lado, y por otro, que éstas mostraron una serie - de deficiencias ya mencionadas ampliamente en capítulos anteriores.

Es probable que el Servicio de Hospital de Día si pre- sente ventajas con respecto al Hospital Tradicional, de hecho, el Equipo que colabora en este programa se muestra optimista en cuanto a logros futuros. Por desgracia, no nos tocó a nosotros ser los comunicadores de estas buenas nuevas.

En base a lo anterior, queremos proponer que para futuras investigaciones en esta área, el investigador debe integrarse al equipo de trabajo con objeto de que se "empape" de todas las actividades y pequeños detalles de que está hecho un programa, los cuales, no siempre es posible vertirlos en un expediente.

Por último, consideramos que el conocimiento de lo realizado y las ideas que lo motivaron, pueden servir de punto de partida a nuevos empeños en este campo, y que una vez superadas las deficiencias en que hayamos incurrido, los resultados de nuestras experiencias, recogidos aquí, puedan ser capaces de contribuir a alcanzar mejores y mayores logros por quienes deseen continuar por este camino, el de la SALUD MENTAL.

ANEXO 1

ESTUDIO SOCIOECONOMICO DE LA POBLACION PSIQUIATRICA DEL  
HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ

Con el objeto de tener un mayor y mejor conocimiento de la población que nos ocupa, se decidió hacer un estudio del nivel socioeconómico de ésta, tratando de encontrar qué características ambientales están rodeando al paciente, tanto en su medio familiar como en el medio comunitario. Para ello la información fue obtenida del Manual de Estudio Mercadológico Del Area Metropolitana de la Ciudad de México. BIMSA (1980-1982).

Como ya se vió en el capítulo de Resultados, una gran parte de la población reside en el Valle de México, área que comprende la zona metropolitana del Distrito Federal y parte del Estado de México, como son Tlalnepantla, Nezahualcoyotl, y Nahuacalpan, entre otras.

Dado que la población se distribuyó en forma casi similar en todas las delegaciones que comprenden las zonas ya mencionadas, únicamente se tomaron aquellas que resultaron ser más representativas por su índice de frecuencia. Sin embargo, para no redundar en los datos, se tomarán únicamente las tres primeras zonas que mencionaremos a continuación y se presentará un cuadro que contenga la información más relevante de las Delegaciones subsiguientes.

Estas se distribuyeron de la siguiente manera:

- 1.-Delegación Miguel Hidalgo
- 2.-Zona de Netzahualcoyotl
- 3.-Delegación Cuauhtémoc
- 4.-Delegación Venustiano Carranza
- 5.-Delegación Gustavo A. Madero
- 6.-Delegación Iztapalapa
- 7.-Delegación Benito Juárez
- 8.-Delegación Alvaro Obregón
- 9.-Delegación Tlalpan
- 10.-Delegación Ixtacalco
- 11.-Delegación Coyoacan

Una vez relacionadas las zonas mas representativas de nuestra población, pasaremos a explicar las características de cada una en particular.

La zona de Miguel Hidalgo cuenta en la actualidad con 853,842 habitantes, de los cuales, 36.52% (311,842) representan la población económicamente activa, el 1.1% (3,430) de éstos se dedican a actividades primarias (campesinos, ejidatarios, etc),- 33.4% (104,149) trabajan en la industria (obreros) y 65.5% ---- (204,244) se dedican al comercio o a servicios.

El número de viviendas asciende a 170,768 y el promedio de habitantes por hogar es de 5 personas. La penetración que -- tiene la televisión en esta zona es de 76.9% y el número total de televisores es de 131,321. El radio tiene 91.9% de penetra--

ción y existen 157,855 de ellos.

El nivel socioeconómico se divide en ocho estratos y - que en esta zona se distribuyen de la siguiente manera:

A	5,977
B	9,734
C	19,809
D	16,906
E	63,184
F	55,158
G	-----
H	-----

De los cuales, la mayoría de la población se encuentra en los estratos E y F, lo que nos indica que el 79% tiene una vivienda carente (nivel E) y el 68% su **vivienda** es pobre (nivel F), el amueblado de la misma, el 88% es carente y el 92% es pobre; - ninguna de estas familias posee automóvil y los ingresos familiares en el estrato E, el 87% percibe de 2 a 5 veces el salario -- mínimo, mientras que en el F, el 90% percibe sólo de 1 a 2 veces el salario mínimo.

Sin embargo, también se observa el otro extremo en los - niveles A y B, que aunque representa una mínima parte de la población .7% y 1.13% respectivamente es importante señalarlo pues to que es un indicador de las enormes diferencias de clase existentes en nuestra sociedad. Dichas diferencias nos indican que - del estrato A el 86% posee vivienda y amueblado de alto lujo, -- tienen 4 o más carros (94%) y perciben más de 30 veces el sala--

rio mínimo (93%). El estrato B presenta características parecidas pero en menor proporción, ya que su vivienda y amueblado es de lujo, posee de 2 a 3 automóviles y ganan de 20 a 30 veces el salario mínimo.

En cambio, en la zona de Netzahualcoyotl se observan -- pocos contrastes debido a que su población, que asciende a ---- 1,609,446, se concentran en tres de los niveles más bajos: E, F y G. En el nivel E hay 12,129 viviendas de las cuales 79% tienen - vivienda carente, 88% amueblado carente, no poseen automóvil, y sus ingresos familiares son de 2 a 5 veces el salario mínimo. En el nivel F existen 38,020 habitantes, 68% tienen vivienda pobre, 92% amueblado pobre, no tienen carro y perciben de 1 a 2 veces - el salario mínimo. El nivel G tiene la mayor concentración de -- habitantes, que consta de 183,104, de éstos, el 87% tienen una vivienda autoconstruida, 93% el amueblado es muy pobre, el 90% - perciben hasta 1 vez el salario mínimo y obviamente no poseen -\_ automóvil. La penetración que tiene la T.V. en esta población - es relativamente poca 46.3%, con un total de 107,996 televisores, la penetración de la radio es mayor, con 84.3% y un total de --- 196,632 receptores.

Las actividades a que se dedican los habitantes de Netzahualcoyotl se dividen de la siguiente manera:

La población económicamente activa es de 399,142, de -- éstos 11,575 se dedican a actividades primarias (ya explicadas - en la Delegación anterior), 178,416 a la industria y 209,151 al

comercio ó a servicios. El número promedio de habitantes por hogar es de 6.90.

La siguiente zona es Cuauhtémoc, que a diferencia de -- Netzahualcoyotl, se concentra en los niveles medios y altos, pero que sin embargo, los contrastes son muy patentes, ya que el -- mayor número de habitantes se encuentra en el nivel E.

Así tenemos que en las viviendas habitan en promedio -- 5.15 personas, y se dividen (las viviendas) en los siguientes -- niveles:

A	210
B	1,050
C	34,190
D	33,233
E	72,605
F	3,921
G	-----
H	-----

Para mayor información de qué características conforman los diferentes niveles, consultar hoja anexa.

La población total de esta zona es de 749,824, de los -- cuales 296,961 (39.71%) son económicamente activos, a las activi -- dades primarias se dedican 2,970 (1.0%), a la industria 98,591 -- (33.2%) y al comercio ó servicios 195,400 (65.8%).

Existen 111,666 televisores con una influencia de 76.9%



y 133,447 radios con el 91.9% de penetración.

Como puede observarse, la población que ahora nos ocupa, se le puede localizar en zonas urbanas francamente proletarias y caracterizadas por grandes contrastes socioeconómicos.

El bajo nivel de donde proviene la mayoría de los pacientes, no nos sorprende debido a que el tipo de hospital al que asisten, absorbe a una gran parte de empleados del Estado ó familiares de los mismos. Cuando éste no es el caso, se cobran cuotas bajísimas que por lo general fungen como un pago simbólico.

Por otro lado, es de esperarse que una persona con un alto nivel socioeconómico no asiste a un Hospital Público, sino que busca los servicios de uno privado, más por prestigio de su propia clase, que por el tipo de servicio que uno u otro preste.

En el cuadro respectivo (status socioeconómico) se observa que en H.T. de 50 pacientes 5 pertenecen al nivel medio alto y sólo 1 a nivel alto; en H.D. 2 pertenecen a medio alto y 1 a nivel alto, lo cual se corroboran con lo dicho anteriormente.

Una característica singular, es la que se puede observar entre la población de la zona de Netzahualcoyotl en lo que se refiere a la penetración que la televisión tiene en este lugar (46.3%), a diferencia de otras zonas donde llega por arriba del 80%. Esto nos hace pensar que a menor o más bajo nivel socio

económico, es menor la influencia de los medios masivos de comunicación, es decir, de la clase dominante.

Por supuesto, es difícil generalizar basándose sólo en un dato, además de que la población de Nezahualcoyotl presenta características muy singulares que ya han sido objeto de extensos estudios.

Sin embargo, se consideró que era necesario hacer notar esta particularidad, para dejar abierta la posibilidad de encontrar explicaciones ó respuestas futuras a este tipo de conductas que por ahora dejaremos pendientes, pero que de las cuales, sin duda, se está formando un nuevo tipo de patología, producto de una sociedad de grandes contrastes, que tiende cada vez más hacia la automatización del hombre.

Es probable que surjan muchas dudas de este estudio -- que esperamos así sea-, ya que sabemos que resulta incompleto si se le vé aislado del contexto de esta investigación, que como se mencionó al inicio de éste, nuestra intención era proporcionar información que nos ayudara a tener una visión más global y completa de nuestra población psiquiátrica.

De cualquier forma, no está por demás sugerir que se -- consulte el trabajo original publicado por BIMSA.

## VIII. ESTRATOS SOCIOECONOMICOS

Los factores considerados para la definición de los estratos socioeconómicos, se han basado fundamentalmente en los siguientes indicadores:

(Porcentaje de la característica predominante)

FACTOR	ESTRATO							
	A	B	C	D	E	F	G	H
<b>1. VIVIENDA</b>								
Alto lujo	86							
Lujo		76						
Medio			84					
Modesta				85				
Carente					79			
Pobre						68		
Autoconstrucción							87	
Rural								90
<b>2. AMUEBLADO</b>								
Alto lujo	90							
Lujo		87						
Medio			84					
Modesto				75				
Carente					88			
Pobre						92		
Muy pobre							93	90
<b>3. AUTOMOVILES</b>								
De 4 ó más	94							
De 2 a 3		85						
De 1 a 2			65					
1				48				32
<b>4. INGRESOS FAMILIARES</b>								
Más de 30 Veces Salario Mínimo								
De 20 a 30 Veces Salario Mínimo	93							
De 10 a 19 Veces Salario Mínimo		74						
De 5 a 10 Veces Salario Mínimo			82					
De 2 a 5 Veces Salario Mínimo				85				
De 1 a 2 Veces Salario Mínimo					87			
Hasta 1 Vez Salario Mínimo						90		
							90	90

ANEXO 2



SEXO	EDAD	ESCOL.	EDO. CIV.	ED. INICIO DE SINTOMAS	FECH PRIM INGRESO	DIAGNOSTICO INICIAL	EVENTO DESECAD.	TRATAMIENTO	TIEMPO DE HOSPIT.	No. DE REINGRESO

1.....

DIAGNOSTICO FINAL	PRONOSTICO	SEGUIM.	ESTUDIO PSICOLO Y/O SOCIAL	JUNTAS DE VALORACION	PRINCIPALES SINTOMAS	FUENTE INFORM	RESP. PAC.	ACTIV. ACT/ANT	LUGAR PROC.	COSTO/ BENEF.	OCUP.DUR. HOSPITAL.

2.....

No. DE EXPED.	MOTIVO DE ALTA	ANTECEDENT. FAMILIARES	RELIGION



ANEXO 3

TESTS

FILE CLINICA (CREATION DATE = 11/22/82)

10/22/82

PAGE 5

\*\*\*\*\* CROSS TABULATION OF \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* BY VAR03 \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* PAGE 1 OF 1 \*\*\*\*\*



VAR01	VAR03 EDAD				ROW TOTAL
	18-20	21-30	31-49	50-99	
HOSPITAL TRADICIONAL	0	19	20	5	50.0
HOSPITAL DE DIA	7	32	11	0	50.0
COLUMN TOTAL	15	51	31	5	100.0

CHI SQUARE = 11.3035 WITH 5 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.0117

CRAMER'S V = 0.33172

CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.31485

LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.28101 WITH VAR01 DEPENDENT.

= 0.02041 WITH VAR03 DEPENDENT.

UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.15152

UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.09335 WITH VAR01 DEPENDENT.

= 0.05800 WITH VAR03 DEPENDENT.

KENDALL'S TAU B = -0.24915 SIGNIFICANCE = 0.0043

KENDALL'S TAU C = -0.27340 SIGNIFICANCE = 0.0043

GAMMA = -0.42099

SOMERS'S D (ASYMMETRIC) = -0.22293 WITH VAR01 DEPENDENT.

= -0.27840 WITH VAR03 DEPENDENT.

SOMERS'S D (SYMMETRIC) = -0.24767

ETA = 0.33172 WITH VAR01 DEPENDENT.

= 0.26663 WITH VAR03 DEPENDENT.

PEARSON'S R = -0.26588 SIGNIFICANCE = 0.0036

TESIS

10/22/82

PAGE 6

FILE CLINICA (CREATION DATE = 10/22/82)

\*\*\*\*\* CROSSTABULATION OF \*\*\*\*\*  
VARJ1 BY VAR04 \*\*\*\*\* PAGE 1 OF 1



COJNT | VAR04 = ESTADO CIVIL

VARJ1	SOLT.	CASADO	DIVORC.	SEPARAD.	VIUDO	ROW TOTAL
HOSPITAL TRADICIONAL	26	17	2	4	1	50
HOSPITAL DE DIA	43	3	2	2	0	50
COLUMN TOTAL	69	20	4	6	1	100
	69.0	20.0	4.0	6.0	1.0	100.0

CHI SQUARE = 15.5507 WITH 4 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.0035  
 CRAMER'S V = 0.39595  
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.39791  
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.34000 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.00000 WITH VAR04 DEPENDENT.  
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.28955  
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.12346 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.09236 WITH VAR04 DEPENDENT.  
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.10801  
 KENDALL'S TAU B = -0.43077 SIGNIFICANCE = 0.0003  
 KENDALL'S TAU C = -0.42440 SIGNIFICANCE = 0.0003  
 GAMMA = -0.61490  
 SUDAN'S J (ASYMMETRIC) = -0.55891 WITH VAR01 DEPENDENT. = -0.32440 WITH VAR04 DEPENDENT.  
 SUDAN'S J (SYMMETRIC) = -0.53147  
 LTA = 0.37556 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.26607 WITH VAR04 DEPENDENT.  
 PEARSON'S R = 0.26557 SIGNIFICANCE = 0.0037

TESIS

10/22/82

PAGE 7

FILE CLINICA (CREATION DATE = 10/22/82)

\*\*\*\*\* CROSSTABULATION OF \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\* BY VAR05 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\* PAGE 1 OF 1 \*\*\*\*\*



COUNT		VAR05 = ESCOLARIDAD							ROW
		ANALF.	PRIM.	SEC.	C. TECN.	PREPA.	C.C.H.	PROFES.	TOTAL
VAR01	-----	0	1	1	1	1	1	1	6
HOSPITAL TRADICIONAL	-----	5	22	10	7	2	1	3	50
HOSPITAL DE DIA	-----	0	3	17	7	7	4	7	50
COLUMN	-----	5	30	27	14	9	5	10	100
TOTAL	-----	5	30	27	14	9	5	10	100

CHI SQUARE = 19.52595 WITH 6 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.0034  
 CRAMER'S V = 0.44185  
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.36000 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.12857 WITH VAR05 DEPENDENT.  
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.25555  
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.15925 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.06556 WITH VAR05 DEPENDENT.  
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.09166  
 KENDALL'S TAU B = 0.26055 SIGNIFICANCE = 0.0001  
 KENDALL'S TAU C = 0.43660 SIGNIFICANCE = 0.0001  
 GAMMA = 0.52356  
 SJMEK'S D (ASYMMETRIC) = 0.27492 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.43680 WITH VAR05 DEPENDENT.  
 SJMEK'S D (SYMMETRIC) = 0.33745  
 ETA = 0.44133 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.35077 WITH VAR05 DEPENDENT.  
 PEARSON'S R = 0.35077 SIGNIFICANCE = 0.0002

TESIS

FILE CLINICA (CREATION DATE = 10/22/82)

10/22/82

PAGE 18

\*\*\*\*\* CROSSTABULATION OF \*\*\*\*\*  
 VAR01 BY VAR14  
 \*\*\*\*\* PAGE 1 OF 1



		VAR14 = TRATAMIENTO							ROW TOTAL
COUNT		S. D.	T. I.	T. G.	T. F.	D. G.	41.		
VAR01	-----	50	0	0	0	0	0	0	
HOSPITAL TRADICIONAL	-----	50						50.0	
HOSPITAL DE DIA 2.	-----	25	2	10	6	6	1	50.0	
	-----	75	2	10	6	6	1	100	
COLUMN TOTAL	-----	75.0	2.0	10.0	6.0	6.0	1.0	100.0	

CHI SQUARE = 35.33333 WITH 5 DEGREES OF FREEDOM SIGNIFICANCE = 0.0000  
 CRAMER'S V = 0.57735  
 CONTINGENCY COEFFICIENT = 0.50000  
 LAMBDA (ASYMMETRIC) = 0.50000 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.00000 WITH VAR14 DEPENDENT.  
 LAMBDA (SYMMETRIC) = 0.55555  
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (ASYMMETRIC) = 0.51128 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.23764 WITH VAR14 DEPENDENT.  
 UNCERTAINTY COEFFICIENT (SYMMETRIC) = 0.26952  
 KENDALL'S TAU B = 0.34367 SIGNIFICANCE = 0.0000  
 KENDALL'S TAU C = 0.51000 SIGNIFICANCE = 0.0000  
 GAMMA = 1.00000  
 SOMERS'S D (ASYMMETRIC) = 0.52552 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.50000 WITH VAR14 DEPENDENT.  
 SOMERS'S D (SYMMETRIC) = 0.54351  
 ETA = 0.57735 WITH VAR01 DEPENDENT. = 0.53879 WITH VAR14 DEPENDENT.  
 PEARSON'S R = 0.55379 SIGNIFICANCE = 0.0000

- S. D. = SIN DATOS
- T. I. = TERAPIA INDIVIDUAL
- T. G. = TERAPIA DE GRUPO
- T. F. = TERAPIA FAMILIAR
- D. G. = DINAMICA DE GRUPO





BIBLIOGRAFIA.



## B I B L I O G R A F I A ,

- 1)-Argudín, S.; López L. J. Hospital de Día. Efectividad y Diagnóstico. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, Vol. XII (3), pps. 138-144. Sept-Dic., 1972.
- 2)-Artaud, A. "Electrochoques" Mundo Médico. Vol. IV. (40) Febrero, 1977.
- 3)-Basaglia, F. La Institución Negada. Barral Editores, Barcelona España, 1972.
- 4)-Bastide, R. Sociología de las Enfermedades Mentales. Edit. Siglo - XXI, México, 1981.
- 5)-Bennett, D. Servicios Comunitarios de Salud Mental en Inglaterra. - The American Journal of Psychiatry. Vol. 130:10, pps. 1065-1070. Octubre, 1973.
- 6)-B.I.M.S.A. Estudio Mercadológico del Area Metropolitana de la Ciudad de México. Octava Edición, 1980-1982.
- 7)-Blume, R.; Kalin, M.; Sacks, J. Un Programa de Colaboración de Tratamiento Diurno para Pacientes Crónicos. Hospital Community Psychiatry. Vol. 30 (1) pps 40-42. Enero 1979.
- 8)-Bobadilla, J. "Cientifismo, Ideología y Discurso Psiquiátrico". -- Revista Siempre. No. 1233. México, 1977
- 9)-Buendía, E.; Morales M. La Salud Mental en el Valle de México. Tesis de Fac. de Psicología UNAM. México, 1979.
- 10)-Bunje, M. La Ciencia, su Método y su Filosofía. Edit. Siglo Veinte. Buenos Aires, Arg. 1975.
- 11)-Calderón, G. Salud Mental Comunitaria, Edit. Trillas. México, 1980.
- 12)-Castro López, H. La Psicoterapia en el Hospital de Día. Rev. del - Hospital Psiquiátrico de la Habana, Vol. XX. (4) pp. 719-723 Octubre-Dic., 1979.
- 13)-Cienfuegos, A. "Crímen y Castigo". Mundo Médico. Vol. IV. (40) -- pps. 12-13. Febrero, 1977.
- 14)-Córdova A. y Cols. Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social. - Edit. Científico-Técnica, La Habana, Cuba, 1976.
- 15)-De Gortari, E. El Método Dialéctico. Colección 70, Edit. Grijalbo, México, 1970.

- 16)-Del Río L. y Verduzco, A. "Hospital de Día y sus Alternativas en México". Tesis de Fac. de Psicología. UNAM, México, 1979.
- 17)-Diagnostic Criteria from D.S.M.-111, The American Psychiatric Association, 1980.
- 18)-Endico, H.J.; Cohen, J. y Cols. Hospitalización Parcial Vs Tradicional. Arch of Gen. Psychiatry; Vol. 36. pps.706-712. Jun.1979.
- 19)-Ey, H. Tratado de Psiquiatría. Edit. Toray-Masson. Barcelona, España, 1978.
- 20)-Flores, M.C. La Institucionalización de la Enfermedad Mental Infantil. Tesis Psicología. Univ. Aut. Metropolitana. México,1981.
- 21)-Frances, A.; Clarkin, J; Weldon,E. Terapia Focal en Hospital de Día.- Hospital Comm. Psychiatry. Vol. 30, (3) pps. 195-199. Marzo 1979.
- 22)-Frenk, J. "El Manicomio, Institución Carcelaria". Rev. Siempre. No.-1246. México, 1977.
- 23)-Frenk, J.; Ortiz, M; y Cols. La Granja. Revista Siempre. No. 777. México, D.F. Enero, 1977.
- 24)-Froland, C., Brodsky,G; y Cols. Apoyo y Ajuste Social, sus Implicaciones para los Profesionales de la Salud Mental. Community Mental Health Journal, Vol. 15 (2) pps 82-93, 1979.
- 25)-Fromm, E. Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1976.
- 26)-Gama, J. "La Desprotección Legal de los Enfermos Mentales". Rev. Mundo Médico . Vol. IV. (40) pps 19-23. Febrero, 1977.
- 27)-Garcíadiego, M. "Estructura y Funcionamiento del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez". Salud Pública de México. Epoca V, Vol. 9 (4) pps 559-562.
- 28)-Garza,A. Manual de Técnicas de Investigación. Colegio de México,1981.
- 29)-Gómez, J. Diseño de Investigación Documental. Edit. Fontanamara. -- México, 1981.
- 30)-Guidry, L.; Winstead, D; Levine, M; Eicke,F. "Evaluación de la Efectividad de un Centro con Iratamiento Diurno". Vol. 40 (5) pps. 221-224. Mayo, 1979.
- 31)-Guinsberg,E. Sociedad, Salud y Enfermedad Mental. Esc. de Filosofía y Letras. Universidad Autónoma de Puebla. México.

- 32)-Hargreaves, W. Glick, D.; Druet, J.; y Cols. "Hospitalización Corta Vs. Larga: Un Proyecto de Estudio Controlado, VI, Dos años de Seguimiento con Esquizofrénicos: Resultados". Arch. Gen. Psychiatry. Vol.34. pps. 305-311' 1977
- 33)-Hernandez, R. "Experiencias de Trabajo en Hospital de Día". Rev. del Hospital Psiquiátrico de la Habana. Memorias del V. Congreso de Psiquiatría de la Habana, pps. 87-108. 1975
- 34)-Hers, M.; Endicott, J.; Spitzer, R., y Cols. "Hospitalización Vs. - Hospital de Día: Un Estudio Controlado". American Journal of Psychiatry, Vol. 127. pps. 1371-1380. 1971.
- 35)-Hers, M.; Endicott, J.; Gibbon, M. "Hospitalización Parcial: 2 años de Seguimiento" Arch of Gen. Psychiatry. Vol. 36. pps. 701-705 Junio 1979.
- 36)-Hirschowitz, R., Levy, B. The Changing Mental Health Science. Spectrum Publications, New York. 1976.
- 37)-Hochmann, J. Hacia una Psiquiatría Comunitaria. Edit. Amorrortu. México, 1975
- 38)-Hollingshead, A., Redlich, F. Social Class and Mental Illness. Ed. John Wiley, 1958.
- 39)-Kerlinger, F. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. Nueva Editorial Interamericana. 1975.
- 40)-Korchin, S. Modern Clinical Psychology. Edit. Basic Book, 1979
- 41)-Kramer, B. Day Hospital. Edit. Grune and Stratton, New York, 1962.
- 42)-Laing, R. El Yo Dividido Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1975.
- 43)-Laing, R.; Schatzman, M. Esquizofrenia y Presión Social. Cuadernos - Infimos 28, Tusquets Editores. Barcelona, España, 1981.
- 44)-Linn, M.; Caffey, E.; Klett, C.; y Cols. "Tratamiento Diurno y --- Drogas Psicotrópicas en El Cuidado Posterior de Pacientes Esquizofrénicos. Un Estudio Cooperativo de la Administración de Veteranos". Arch. of Gen. Psychiatry. Vol. 36 (10) pps 1055-1066. Septiembre 1979.
- 45)-Majastre, J. La Introducción al Cambio en un Hospital Psiquiátrico. Edit. Granica. Argentina, 1973.
- 46)-Mantonakis, J. Jemos, J.; y Cols. "Factores Asociados con la Rehabilitación Ocupacional de Pacientes Psiquiátricos." Bibl. of Psychiatry, (160), pps. 110-116. 1981.

- 47)-Neffinger, G.; "La Evolución de un Programa de Tratamiento Agudo -- Diurno", Hosp. Comm. Psychiatry, Vol. 31 (12) pps, 826-828, Diciembre 1980.
- 48)-Niskanen, P. "Resultados Obtenidos del Tratamiento en un Hospital de Día Psiquiátrico: Seguimiento de 100 paciente", Acta Psiquiátrica Scandinávica. Vol. 50, pps. 401-409. 1974
- 49)-Penk, W., Charles, H.; VanHoose, T. "Comparación de Tratamientos en Hospital de Día con Pacientes Internos, a través de Pruebas Psicológicas. Journal of Clinic Psychology. Vol. 35 (4) --- pps. 837-839. Octubre 1979.
- 50)-Pichon-Riviere, E., El Proceso Grupal del Psicoanálisis a la Psicología Social. Edit. Nueva Visión, Buenos Aires, Arg. 1977.
- 51)-Pichon-Riviére, E. La Psiquiatria, una Nueva Problemática. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina, 1980
- 52)-Reynaldos, C. "Un Hospital Inaugurado hace dos Años en Chiapas aún no Funciona". Periódico Uno más Uno, 16 de febrero, 1978, México.
- 53)-Riquelme, J. "El Manicomio Destruído". Periódico Uno Más Uno. Supl. Sabado, 22 de Abril, 1978. México.
- 54)-Rojas, S. Gufa para realizar Investigaciones Sociales. Textos Universitarios. U.N.A.M. México, 1979.
- 55)-Shepperd, G.; Richardson, A. "Organización e Interacción en Centros Psiquiátricos de Día". Psychological Med. Vol. 9 (3) pps. -- 573-579. Agosto 1979.
- 56)-Sporty, L; Trembath, P; Lizza, P. "Uniendo el Sistema Público de -- Cuidado: Un Estudio Sobre el Uso de Contratos". Hosp. Comm. Psychiatry, Vol. 31 (1) pps. 45-48. Enero, 1980.
- 57)-Iyrer, P.; Remington, M. "Comparación Controlada del Tratamiento de Hospital Parcial y Hospital Externo para Desórdenes Neuróticos". The Lancet, pps. 1014-1016. Mayo 1929.
- 58)-Velazco, F. "La Cultura, la Psiquiatria, Los Psiquiatras". Rev. Siempre No. 1231. México, Enero, 1977.
- 59)-Weeke, A.; Kastrup, M. Dupont, A, "Pacientes de Estancia Prolongada en Hospitales Psiquiátricos Daneses". Psychological Med. -- Vol. 0. pps. 551-556. 1979.

- 60)-Weldon, E.; Clarkin, J.; y Cols. "Hospital de Día Vs Tratamiento de Pacientes Externos". *Psychiatric Externos*. *Psychiatric Q*, Vol. 51. (2) pps. 144-150. 1979.
- 61)-Wing. J. "Una técnica para el Estudio de la Morbilidad Psiquiátrica en Pacientes Externos e Internos en Muestras de Población General: "Psychological Med" Vol. 6 pps. 665-671-1976.
- 62)-Whittaker, J. *La Psicología Social en el Mundo de Hoy*. Edit. Trillas México, 1979.
- 63)-Yodú, P. "El Hospital de Día para Neuróticos". *Rev. de Hospital Psiquiátrico de la Habana*, Vol. XIX. (4) pps. 735-749. La Habana, Cuba, Oct-Dic. 1978.