



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.

I N D I C E

	pág.
1. ANTECEDENTES: EL MOVIMIENTO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA	1
CAMBIOS EN LOS HOSPITALES MENTALES (tabla 1)	13
2. HOSPITAL DE DIA	15
3. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HOSPITAL DE DIA Y PANORAMA ACTUAL	19
3.1 LINEAMIENTOS GENERALES	23
3.1.1 OBJETIVOS DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA	23
3.1.2 CRITERIOS DE ADMISION	25
3.1.3 CRITERIOS DE TRATAMIENTO	29
3.1.4 CRITERIOS DE ALTA	36
3.2. ESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES DE DIA	38
3.2.1 ESTRUCTURA DE LOS CUADROS DE HOSPITALES DE DIA	41
3.2.2 CUADROS DE HOSPITALES DE DIA EN DIFERENTES LUGARES	43
3.2.3 COMENTARIOS A LOS CUADROS	43
3.3 FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE DIA	49
3.3.1 MOTIVO DE CONSULTA	49
(tabla 2)	50
(tabla 3)	51
3.3.2 PROCEDIMIENTOS DE ADMISION DEL PACIENTE A HOSPITAL DE DIA	52
3.3.3 INGRESO AL SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA	54
3.3.4 TRATAMIENTO	57
3.3.5 ALTA	75

1982

	pág.
3.4 PROBLEMAS	75
4. HOSPITALES DE DIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	79
4.1. DEFINICION	79
4.2. FUNCIONES DEL HOSPITAL DE DIA	80
4.3. CRITERIOS DE ADMISION	81
4.4. CRITERIOS DE TRATAMIENTO	82
4.5. CRITERIOS DE ALTA	83
4.6. ESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES DE DIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	83
4.7. ESTRUCTURA DE LOS CUADROS DE HOSPITALES DE DIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	84
4.8. CUADROS DE LOS HOSPITALES DE DIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	85
4.9. COMENTARIOS A LOS CUADROS	85
4.10. FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE DIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	88
4.11. ALTA	102
4.12. PROBLEMAS ASOCIADOS A LOS CENTROS DE DIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	103
5. INVESTIGACIONES SOBRE HOSPITAL DE DIA	106
5.1. DIFICULTADES QUE PRESENTA LA INVESTIGACION EXPERIMENTAL EN ESTE CAMPO	107
5.2. ESTRUCTURA DE LOS CUADROS DE INVESTIGACIONES	110
5.3. PRESENTACION DE LOS CUADROS	110
5.4. DISCUSION Y COMENTARIOS A LOS CUADROS	110
6. INVESTIGACION DE CAMPO	127
6.1. METODOLOGIA	127

	pág.
-RESULTADOS	131
1) DATOS GENERALES	137
2) ESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES DE DIA Y CENTROS DE DIA	160
CUADROS DE LOS HOSPITALES DE DIA Y CENTROS DE DIA EN MEXICO	164
3) PROBLEMAS Y CONSECUENCIAS DE ESTOS	171
NUEVAS PERSPECTIVAS EN SALUD MENTAL	176
7. CONCLUSIONES	187
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	192
ANEXO 1	205
ANEXO 2	214
ANEXO 3	215
ANEXO 4	216
ANEXO 5	217
ANEXO 6	224
ANEXO 7	225
ANEXO 8	226
ANEXO 9	227
ANEXO 10	228
ANEXO 11	232

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

El interés por hacer una investigación sobre "HOSPITAL DE DIA Y SUS ALTERNATIVAS EN MEXICO", radica en el deseo de obtener en forma si tematizada la información básica que nos pueda mostrar la situación de este tipo de servicio poco conocido en México, como un primer intento para poder hacer evaluaciones posteriores sobre su efectividad, sus al cances 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 de los existentes en México.

Debido a que los datos que se tienen hasta ahora de la mayoría de los Hospitales de Día en México muestran que éstos han fracasado y desaparecido, nos preocupa investigar las causas de estos hechos y los problemas por los que están atravesando los que siguen vigentes, analizándolos, para poder así proponer algunas alternativas y soluciones, basándonos en los resultados de numerosos estudios al respecto, lo mismo que en nuestros resultados.

Para este propósito usaremos la metodología propia de una investigación de campo, aclarando que será una investigación piloto a nivel ex-

ploratorio, por lo que los resultados que obtengamos estarán limitados en alcance y generalización y será por lo tanto una comunicación preliminar que pueda ser el punto de partida para estudios posteriores.

La información recopilada se basa esencialmente en publicaciones de artículos, en primer lugar para recoger lo más reciente que se ha hecho mundialmente en este campo y debido también a que la bibliografía sobre este tema es muy escasa. Con respecto a esto, no podemos dejar de reconocer la ayuda que nos prestaron el Lic. Octavio de la Fuente, profesores de la Facultad de Psicología, el Centro de Investigaciones Científicas y Humanísticas (UNAM), la biblioteca de Psicología Médica (UNAM), el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, la biblioteca de Estudios Superiores de la Facultad de Psicología (UNAM) y las diversas instituciones que hicieron posible la realización de este estudio.

CAPITULO PRIMERO

ANTECEDENTES: EL MOVIMIENTO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.

En las últimas décadas el área de salud mental ha experimentado - grandes cambios que han revolucionado el concepto tradicional de las - instituciones psiquiátricas. Estos cambios se produjeron como respuesta a las críticas hechas a dichas instituciones a nivel mundial.*

Sumándose a lo anterior, hubo diversos factores que contribuyeron a acelerar los cambios tales como:

- Diversos factores psicosociales en la etiopatogenia de la enfermedad mental y la necesidad de readaptación en el seno de la comunidad.
- Cambio de actitud respecto a la libertad del enfermo para la expresión de su sufrimiento, derogándose el carácter punitivo de las terapéuticas tradicionales.
- Cambios en la tendencia a considerar la enfermedad mental, ya no como accidente psíquico aislado ni como trastorno sin pasado ni futuro.
- La aparición de los psicofármacos que controlan casos crónicos y disminuyen el tiempo de enfermedad. (Amiel y Armand Laroche, citados por Velasco Fernandez, 1977).

* Stanton y Schwartz reportaron en El Hospital Mental, New York, Basic

Los cambios e han dado en los supuestos teóricos sobre la enfermedad mental, en las instalaciones físicas y políticas administrativas de los hospitales, ampliando la participación de la comunidad dentro del proceso de rehabilitación, entendiéndola ésta 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.

Con respecto a esto, Margolis P.M. y Fabasa A., 1970, tratan sobre el impacto del movimiento en los programas educativos, observándose estas diferencias:

- Un enfoque multidisciplinario en contraste con el enfoque unidisciplinario tradicional.
- Enfasis en el trabajo de equipo y en procesos de grupo en comparación con el enfoque individual y personalista.

Books, 1954, que muchos síntomas psiquiátricos estaban relacionados con la organización y estructura del hospital y que los grandes hospitales mentales podían tener una atmósfera antiterapéutica.

El trabajo de Goffman E., ASYLUMS, Garden City, New York, Doubleday, 1961, refuerza estos datos de los cuales se hablará posteriormente en forma más extensa.

- 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.
- Énfasis en el aspecto preventivo de la psiquiatría, especialmente en técnicas de consulta, en lugar de enfatizar el diagnóstico y tratamiento.
- Modelos innovadores de psicoterapia. Ej: la intervención en crisis reemplazando la relación de uno a uno médico-paciente.
- Continuidad del cuidado y cohesión de los servicios clínicos a diferencia de las rotaciones y la autonomía de los servicios clínicos tradicionales.

En cuanto a las modificaciones en la organización del cuidado de los pacientes mentales, se han multiplicado las alternativas, tratando de llevar a la comunidad los servicios que antes se daban únicamente dentro de la estructura hospitalaria. Algunos ejemplos de éstas son: servicios de hospitalización, servicios de consulta externa, servicios de emergencia, unidades de hospital de día, unidades de hospital de noche, casas de medio camino, programas de rehabilitación en casa, casas de asistencia para pacientes, hospital de puertas abiertas, etc. Todas estas alternativas tienen en común el ser servicios de intervención de corta duración, 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 innee-

saria.

Los límites físicos de los servicios se han extendido, dejando la estructura tradicional única del hospital y creándose centros en diferentes puntos, lo mismo que comunidades terapéuticas ubicadas donde se encuentra la mayor densidad demográfica.

El área administrativa también ha sido alcanzada por el movimiento, fomentándose el trabajo conjunto de equipo entre los diferentes profesionistas, reemplazando la estructura vertical que obstaculizaba el trabajo y propiciaba la duplicidad de roles y funciones.

Este movimiento ha dado lugar a reformas en la legislación y a un grado de organización muy grande. Ejemplo vivo de esto es el acta de 1963 en Estados Unidos, en donde se unen las tendencias tradicionales y las de vanguardia en el reporte de la Comisión Conjunta, llegándose a acuerdos en donde se explicitan las políticas a seguir con respecto a los servicios comunitarios de salud mental.

Esta acta es importante ya que representa un intento de romper la dicotomía que hasta entonces había caracterizado a los servicios en Norteamérica: 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 particulares y de posición de clase fueron ana

lizadas en estudios hechos por Hollingshead y Redlich, 1958 y Myers y Roberts en 1968, que junto con otros estudios corroboran una estrecha relación entre la clase social baja y pobre pronóstico de tratamiento.

"Los pobres tienen un mayor tiempo promedio de estancia y un número mayor de rehospitalizaciones. Es claro que los dos sistemas de servicio: 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 a largo plazo" (Hirschowitz, 1976).

Retomando esto, Zwerling, en Massachussets, 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 el 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 poder 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 el 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 que 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%.

Actualmente y de acuerdo a regulaciones federales en Estados Unidos, un centro comprensivo de salud mental comunitaria, debe servir a no menos de 75,000 personas y a no más de 200,000, que vivan en un área geográfica cercana a donde esté enclavado el centro. (Whittington, 1970).

En otros países, como Francia, los servicios de este tipo cubren una población de 235,000 habitantes de los cuales son directamente responsables en todos los aspectos de salud mental. (André Haim, 1972). 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., Gonzalez S., Mendoza C., 1977).

La función preventiva de los centros de salud mental comunitaria se puede dar en 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).

Es imposible entonces, no tocar la controversia que todo esto

despierta: la controversia del pro y el contra de la hospitalización. Veámoslo detalladamente:

ARGUMENTOS EN PRO DE LA HOSPITALIZACION (Gottesfeld H., 1977)

1. 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 ejercieron sobre él presiones constantes. En esta forma descansa para poder recuperarse, y hacer uso de sus recursos reenfrentándose eventualmente al mundo externo.

2. La familia del paciente experimenta también un alivio. Generalmente la familia no sabe cómo 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.

3. El hospital es una manera práctica y eficiente de manejar la psicosis. El hospital ofrece varias facilidades y concentra especialistas cuya función básica es tratar la psicosis del paciente. Todas las modalidades de tratamiento están disponibles y pueden adecuarse a cada paciente. Cuando el tratamiento requiere de una observación y un cuidado continuo, el escenario hospitalario es ideal. Las emergencias pueden ser atendidas rápida y eficazmente. Los pacientes con tendencias suicidas u homicidas pueden ser supervisados de cerca.

4. El hospital provee un campo fértil de entrenamiento para los profesionistas del futuro. El centro hospitalario reúne conferencias interdisciplinarias, casos psiquiátricos de diagnóstico y tratamiento, que pueden constituir experiencias valiosas de entrenamiento.

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

1. La experiencia de estancia en un hospital mental es degradante para el paciente. Al paciente se le permite muy poca privacidad. Puede ser tratado en forma muy rutinaria e impersonal y etiquetado con un diagnóstico psiquiátrico que provoca conducta estereotipada por parte del personal y que lo estigmatiza cuando se le da de alta. (Rosenhan,1974). El personal puede hablar de él en tercera persona y en su presencia, o puede negarle sus visitas si no está presente el encargado o bien puede darle tareas sin ningún sentido.

2. Hay una pérdida de la libertad y de los derechos civiles. El paciente puede perder sus derechos de voto o el control de asuntos financieros y legales; la libertad para divorciarse o casarse; la custodia de los niños y el derecho para seguir ciertas actividades vocacionales como la medicina, etc.

3. 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 está limitada a relaciones con otros pacientes y con el personal de mantenimiento del hospital. Frecuentemente, si otro tipo de gente ya sea de dentro o de fuera del hospital tratan de estar con él, el personal hospitalario se interpone. Esta vida restringida limita la confianza del paciente acerca de su capacidad para vivir fuera de los muros 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.

4. La hospitalización en sí misma es frecuentemente discriminatoria.

La mayoría de la gente que termina en hospitales mentales son aquellos con poca influencia o poder: los pobres, los ancianos y aquellos que forman parte de grupos minoritarios o inmigrantes.

5. Los hospitales son caros y casi siempre lejos de casa. Aún cuando

el hospital no ofrezca más que cuidado custodial, es probable que cueste una cantidad considerable al año mantener al paciente ahí dentro. Es más, la mayoría de los hospitales, se encuentran en lugares aislados, a una considerable distancia de la comunidad del paciente.

Estos argumentos merecen algún comentario: las primeras cuatro aseveraciones en pro de la hospitalización pueden ser válidas si se dieran las condiciones óptimas en cuanto a instalaciones físicas, ambientales, un personal adecuado, responsable y programas verdaderamente terapéuticos, que implican un amplio presupuesto lo mismo que una actitud de confianza en las capacidades de restablecimiento del paciente. Aparece de nuevo la dicotomía de lo que se habló al inicio, ya que un buen servicio es un servicio costoso y accesible solo a una parte restringida de la población.

Los conceptos acerca de la familia y su funcionamiento en general parten de la premisa de que equilibrio familiar es igual a salud mental, lo cual ha sido cuestionado por trabajos en los cuales se observa que las familias enfermas pueden llegar a tener un equilibrio sobre bases patológicas y también que el paciente localizado, no siempre es el miembro enfermo o el más enfermo del grupo familiar (Ackerman N., Satir V., 1971).

El regreso del paciente a la familia, presenta frecuentemente una reanudación de las crisis, pues el paciente tiene que someterse a nuevas presiones y ajustes, como lo menciona Rubinstein, 1970. Además no se pueden ignorar las resistencias de la familia para volver a aceptar al paciente en el seno familiar. En muchas familias se precipitan múltiples crisis debido a la resurrección inminente del paciente. Después de la ausencia del miembro enfermo, la familia lo entierra psicológicamente. Estas familias necesitan un trabajo de incorporación para aceptarlo nuevamente. Con respecto a este punto, la solución familiar no es tanto alejar al paciente, ya que se puede trabajar conjuntamente con la familia y el paciente en su medio para solucionar este problema, evitando así continuos trabajos de elaboración de duelo, culpa por el abandono y reincorporaciones.

El ofrecer un refugio seguro de los problemas diarios no es una solución permanente, ya que el paciente deberá regresar algún día al mundo externo. Además las condiciones de stress en el hospital a veces son peores que en la casa. El hospital es un medio artificial en el cual es difícil comprender las dificultades emocionales cotidianas del paciente.

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 social de los desórdenes emocionales puede ser directamente observado.

Los servicios de emergencia que proporcionan los hospitales, así como la disponibilidad de personal y tratamiento 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 Hospitalización Parcial, que ofrece todas las ventajas de la hospitalización de tiempo completo sin los problemas de ésta.

CAMBIOS EN LOS HOSPITALES MENTALES (tabla 1)

<u>Hospital mental típico de los '50</u>	<u>Hospital mental de vanguardia típico de los '70.</u>
1. Gran población de internos	1. Menor población de internos.
2. Estancia a largo plazo	2. Estancia a corto plazo
3. Muchas restricciones físicas (ventanas enrejadas, puertas cerradas, camisas de fuerza)	3. Pocas restricciones físicas
4. Planeación autoritaria. Los planes y decisiones están hechos por los administradores	4. Mayor planeación democrática. Los pacientes y el equipo tienen voz en ciertas actividades y decisiones
5. Horario obligatorio y rutinario. Todos los pacientes hacen las mismas actividades al mismo tiempo	5. Variedad de programas individualizados y de terapias de acuerdo a las necesidades de los pacientes. Algunos programas son voluntarios.
6. Disciplina autoritaria y arbitraria, algunas veces brutal. Los golpes no son raros	6. Una escucha formal es requerida para la acción disciplinaria. Golpes escasos, frecuentemente seguidos por una investigación
7. Psicocirugía y terapia electroconvulsiva (ECT) son modalidades de tratamiento comunes	7. Psicocirugía escasa. Terapia electroconvulsiva raramente utilizada con los pacientes no depre-

sivos. Los dos tratamientos requieren de información y consentimiento y están sujetos a supervisión profesional.

- | | |
|---|---|
| <p>8. Los pacientes son explotados haciendo el trabajo servil para el hospital. Los pacientes pueden recibir "privilegios" por el trabajo</p> | <p>8. Los pacientes son pagados por el trabajo hospitalario. El hospital con frecuencia tiene empleos en la comunidad o entrenamiento para el trabajo.</p> |
| <p>9. Se desalientan las posiciones personales. Los pacientes son obligados a portar ropa del hospital y accesorios para cubrir sus necesidades. No se les permite ahorrar su dinero o guardarlo.</p> | <p>9. Se alienta la posición personal. El paciente guarda sus propias ropas, dinero y pertenencias</p> |
| <p>10. Poca privacidad. El paciente es observado de cerca y vigilado; sus visitas son supervisadas, el correo abierto y censurado. El uso del teléfono requiere permiso</p> | <p>10. Mucho más privacidad. El paciente puede tener un cuarto privado o semi-privado. Hay un área privada de visitantes. No existe censura del correo y no se restringe el acceso al teléfono.</p> |

C A P I T U L O S E G U N D O

HOSPITAL DE DIA.

Entre las múltiples definiciones que se han dado, se pueden señalar algunas constantes:

- "Un Hospital de Día es aquél en el que el paciente está durante el día, regresando a su familia en la tarde". (Gottesfeld H., 1977)
- "Hospital de Día es un instrumento terapéutico 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. El escenario es menos importante que el programa terapéutico y los supuestos sobre los cuales están fundados." (Washburn S.L., 1976)
- "El hospital de día o el externado psicoterapéutico, como se le llama en la terminología francesa, está por naturaleza abierto hacia el exterior, hacia el barrio, la ciudad y particularmente hacia las escuelas y los medios de trabajo". (Amado G., 1968)

- "Hospital de día es una estructura flexible para que la psicoterapia pueda tener un efecto pleno y un abordaje pluridimensional simultáneo". (Cahn, 1968)

Concluyendo: - "El rol verdadero de Hospital de Día es el de un establecimiento terapéutico en externado, de competencia polivalente en el seno del equipo de comunidad". (Lang J.L., 1968)

NECESIDADES A PARTIR DE LAS CUALES SURGE EL HOSPITAL DE DIA.

-Debido a la creciente demanda de servicios en el área de salud mental, por factores demográficos y socioeconómicos, se vió la necesidad a nivel mundial de ampliar la capacidad de los medios terapéuticos y de las instalaciones (camas, salas, etc), o bien de buscar alternativas para poder satisfacer a una población cada vez más numerosa.

-Había también que reducir la tasa de rehospitalizaciones ya que esto aumentaba considerablemente a la población flotante hospitalaria. Se requería de una facilidad transicional entre el paciente dado de alta y la comunidad, ya que el control a través de consulta externa resultaba insuficiente.

-Además de las rehospitalizaciones por recaídas, se observó que un número constante de pacientes dados de alta regresaban al hospital voluntariamente y por iniciativa propia, deambulando sin objetivo alguno, o buscando la atención del personal, instalándose allí largas horas. Esto reflejaba la falta de ubicación y reinserción dentro de su medio social y reforzaba la necesidad de reintegración paulatina y que la reha

bilitación se diera en el seno de la comunidad. Es así como surgió el Hospital de Día del Massachussets Mental Health Center. (Pandiscio, 1971).

-No había ningún tipo de servicio para pacientes que no ameritaban la internación, pero que requerían temporalmente de un tratamiento constante, implicando modalidades existentes solo en el ámbito hospitalario, como psicoterapias, talleres de rehabilitación y cierta supervisión a nivel médico y de apoyo.

-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 "desinstitucionarlos" para cambiar la función de custodia del hospital a una verdaderamente terapéutica y dinámica. Muchos hospitales públicos se cerraron en todo el mundo y por ejemplo en Italia acaba de pasarse una ley que prohíbe la construcción de hospitales mentales. 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.

VENTAJAS DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA

"El paciente mantenido dentro de su medio no solamente permanece integrado sino que ayuda al mejoramiento de las relaciones familiares a medida que él se modifique, gracias al hecho de que su presencia proporciona la ocasión a los especialistas de hacer participar al mismo grupo familiar del ambiente del servicio de Hospital de Día, y algunas veces de ocuparse de ellos en el plan psicosocial y aún psicoterapéutico." (Amado G., 1968)

- "El paciente no tiene que encontrar substitutos, ni tiene que desplazar sus cargas afectivas de la familia hacia el personal del hospital. Se evita un nuevo proceso de adaptación, por lo que no gasta demasiada energía". (Engle R. y Semrand E.V., 1971)

-La familia no se desresponsabiliza del paciente, y se siente ayudada y apoyada en su problema. Hay una mayor interacción entre el grupo familiar y los terapeutas. Es una carga compartida y no una carga que va y viene.

-Se soluciona el problema de costos, por disminuir el personal (no hay turno de noche), los servicios (camas, espacios y comidas) y la duración de la estancia.

-Se reduce el impacto que recibe el enfermo de pasar de su comunidad al hospital y viceversa y se evita la hospitalización innecesaria.

-Generalmente está insertado en un centro comunitario más accesible a la población y no tiene el carácter estigmatizador de la institución psiquiátrica más formal.

CAPITULO TERCERO

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HOSPITAL DE DIA Y PANORAMA ACTUAL

¿Dónde y cuándo se originó el Hospital de Día?

Dzhagarov M.A. en 1937 reporta la creación de un Hospital de Día asociado con el Hospital Psiquiátrico principal de Moscú en 1933. Esta unidad atendía a 1225 pacientes (la mayoría psicóticos) durante los cuatro años en los que el reporte se basa. A pesar de que este Centro de Día es poco conocido, y que probablemente tuvo poco efecto en los desarrollos posteriores del mundo occidental, es preciso reconocer que fué el primer Hospital de Día organizado para personas con severas perturbaciones.

Los precursores del Hospital de Día en el mundo occidental, son mencionados por Cameron D.E., (1956). De acuerdo con este autor, los psiconeuróticos eran ya atendidos en una estructura diurna en el Adams House Sanatorium en Boston, bajo la supervisión del Dr. J.M. Woodall en 1935. También hace referencia al trabajo de la Dra. Helen Boyle en el Hospital Lady Chichester, en Hove, Inglaterra, en 1938, con pacientes de día.

El uso temprano de los cuidados diurnos a nivel individual, se reporta en el trabajo de Solomon en 1931. Al lado de estos precursores, el primer Hospital de Día organizado en el hemisferio occidental para pacientes psiquiátricos severamente enfermos, fué establecido en abril de 1946 en el Instituto Psiquiátrico Allan Memorial, en Montreal, Canadá, por Cameron D.E.

El primer Hospital de Día en Inglaterra, fué establecido en el Instituto de Psiquiatría Social en los años 40's. En su monografía sobre Hospital de Día, Vierer J., en 1951, reporta que aunque la idea tomó forma en enero de 1947, no llegó a operar hasta 1948. Al mismo tiempo, un programa de día y de noche fué implementado en la Clínica Psiquiátrica de Yale, y en 1949 el Hospital de Día tomó forma en la Clínica Menninger.

A partir de estos inicios, el Hospital de Día como servicio para la atención psiquiátrica, se ha establecido como una alternativa que se utiliza en todo el mundo.

ANTECEDENTES HISTORICOS INMEDIATOS, según datos de Kramer B.M., 1962.

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, encontramos 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.

Canadá hace un amplio uso del cuidado diurno; el Allan Memorial Institute y el Hospital General de Montreal, han tenido años de experiencia con la Hospitalización Parcial. Han sido establecidos varios Hospitales de Día en la provincia como lo ejemplifica Pottle, C.H., (1955) en Newfoundland.

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

Queda por preguntar si en México el Hospital de Día ha sido una solución a problemas de salud mental. Esto se tratará de contestar más adelante.

PANORAMA ACTUAL DE LOS HOSPITALES DE DIA EN DIFERENTES PARTES DEL MUNDO.

El obtener información unificada, sistematizada y con el mismo grado de precisión de los diferentes servicios de Hospital de Día en el mundo, representa un serio problema por varias razones:

- a) Las fuentes de información acerca de los aspectos descriptivos, son escasas y no se obtienen con facilidad debido a que este material no siempre llega a México (según los datos obtenidos en el libro de información sobre suscripciones a revistas y publicaciones de CONACYT.
- b) Dada la situación geográfica de México, una gran parte de los artículos son de procedencia norteamericana, dando por consecuencia que no

se vean representadas suficientemente otras tendencias a corrientes existentes en otros países. De los pocos datos obtenidos de otras regiones (Francia, Inglaterra, Bélgica, Canadá, etc.), la mayoría de éstos son de naciones con un grado de desarrollo mayor que el nuestro y una realidad diferente, por lo que es difícil extrapolar conclusiones y resultados para aplicarlos a nuestro país.

c) Muchas veces es difícil recoger datos precisos de los Centros de Día, ya que las publicaciones enfatizan aspectos experimentales, presentando vagamente el escenario donde se realiza. Cabe señalar que las condiciones ambientales descritas, se refieren a situaciones especiales que alteran el funcionamiento cotidiano de un servicio, no siendo representativas.

Conociendo estas dificultades, se tratará de hacer una breve exposición sobre los puntos relevantes de un servicio de Hospital de Día, que sea lo más representativa posible, para mostrar las condiciones actuales de estos centros. Primero se hablará de los lineamientos generales que comprenderán los objetivos del servicio, y los diferentes criterios de selección o admisión, tratamiento y alta. Como segundo punto se tomará la estructura de los Hospitales de Día, concentrando los datos en un cuadro en donde se resumen los aspectos demográficos, personal existente, tipos de tratamiento, estancia promedio, cupo y resultados. En un tercer punto se explicarán las formas de funcionamiento, abarcando el trabajo interdisciplinario, relaciones extrahospitalarias, trabajo con padres, familias y comunidad, y las diferentes etapas del paciente en el hospital desde la admisión hasta el alta, enfatizando la importancia del post/tratamiento y la fase de seguimiento y control.

Por último se abordarán los problemas más comunes por los que atraviesa un servicio de Hospital de Día.

3.1 LINEAMIENTOS GENERALES

3.1.1. OBJETIVOS DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA.

- 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 estén 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. (Amado G., 1969)
- 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 individuo y la sola concentración sobre el grupo; es decir, no tratar al individuo solo, sino a través del grupo terapéutico. (Bierer J., 1961)

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 el Hospital de Día, afirman, puede sobrepasar la readaptación: "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 verdad y de una cierta libertad. El rol del que cura, es de escuchar un discurso, tomando el sentido y la dimensión transferencial, Tal actitud 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 defensas 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.

Por lo que se refiere a los objetivos específicos del Hospital de Día, éstos se encuentran insertados dentro de los programas de tratamiento contándose ya con escalas objetivas como la Goal Attainment Scale, usada por el modelo conductual; o por criterios internos prefijados al programa como los del Veteran's Administration Day Hospital Program en Estados Unidos.

3.1.2 CRITERIOS DE ADMISION

- 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 fué planeado el servicio, por ejemplo: atención a pacientes agudos o crónicos.
- 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. del Massachusetts Mental Health Center (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. Estos criterios han sido motivo de controversia, existiendo diferentes opiniones al respecto:

Diagnóstico: Autores como Vannicelli M., Washburn S.L. (1978) del Mc. Lean Hospital en Belmont, Mass., sostienen que el diagnóstico no afecta al éxito de la ubicación en Hospital de Día, así como tampoco lo hacen las variables demográficas y de antecedentes de los sujetos.

Wilder J.F., Zwerling I. (1966), del Bronx Municipal Hospital en N.Y., por el contrario apoyan la idea de utilizar el diagnóstico como criterio. Inclusive, hacen indicaciones específicas en los diferentes diagnósticos; por ejemplo, se recomienda el Hospital de Día para reacción esquizofrénica en mujeres, ya que puede ser benéfico a largo plazo, posiblemente porque retienen su autoimagen, sus habilidades sociales y su lugar en la familia, estando en casa parte del tiempo. El Hospital de Día es preferible para todas las etapas. Los diagnósticos de reacción neurótica y desórdenes de la personalidad son buenos candidatos con una etapa programada de post-tratamiento. En cambio, la psicosis afectiva es poco recomendable, ya que siendo ancianos en su mayoría necesitan un cuidado continuo. La reacción esquizofrénica en hombres no es un diagnóstico recomendable para Hospi-

tal de Día, ya que generalmente presentan agresividad y pro
blemas sociales. El criterio de conductas agresivas ya sean
suicidas o destructivas, constituye en general un lineamien
to general para rechazar a este tipo de pacientes.

Muchos autores rechazan a los pacientes que presentan daño cerebral o lesiones neurológicas y a aquéllos que sufren de retardo mental, por considerar que deben ser canalizados a instituciones especializadas, de acuerdo al tipo de problema que presentan. Sin embargo, Emerson P. (1977), del Georgia Mental Health Institute, en Atlanta, Georgia, sostiene que es posible integrar a los pacientes con retardo mental y problemas emocionales, dentro de un programa de Hospital de Día, y enumera varios tipos de problemas con respecto a la actitud que puedan tener las personas que rodean al pa/
ciente para integrarlo al servicio, proponiendo alternativas y técnicas para solucionarlos. Se opone a que se use como criterio de admisión el nivel de retardo, puesto que los pa
cientes con este tipo de padecimiento reaccionan frente a las tareas en la misma forma que los depresivos y esquizo-
frénicos crónicos.

Indice de Severidad: Hay algunos autores, por ejemplo los que están encargados de servicios de Hospital de Día en Francia, que opinan que es muy favorable para el desarrollo y la dinámica de los grupos el aceptar pacientes con diferentes grados de perturbaciones porque balancean las activi
dades y permiten un trabajo constante y continuo.

El equipo de Wops en Woluwe-Saint Lambert, en Bélgica, en 1974 publicó que "admitían a todo aquel que no interrumpiera sus actividades habituales por razones psicopatológicas".

Duración de la estancia: Esto en ocasiones es un factor importante tanto por los objetivos del servicio como por el tipo de presiones y políticas administrativas. La estancia se podrá alargar debido a que el paciente forme parte de algún experimento, como sucedió en el Servicio Comunitario de Washington Heights del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York (herz D.I., Endicott J., Spitzer R.L., Mesnikoff A., 1971), o bien se podrá acortar la estancia por la excesiva demanda de atención de la población, como en el Bronx Municipal Hospital de Nueva York.

Variables demográficas: Estas no constituyen un criterio esencial ya que se ha demostrado repetidamente que no tienen relación alguna con los resultados del tratamiento. Estas sólo son tomadas en cuenta, al igual que otras, cuando se quieren formar grupos con criterios de homogeneidad o heterogeneidad. Esto está respaldado por estudios como los de Davis J.E., Lorei T.W., Caffey E.M. (1978), del Departamento de Medicina y Cirugía de la Administración de Veteranos en Washington D.C.; los de Niskanen P. (1974), de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Central de la Universidad de Helsinki, ó por los trabajos de Zwerling ya citados.

Lugar de residencia del paciente: Este es otro punto muy controvertido, ya que como lo menciona Fuller E. (1970), del

Stanford Medical Center, Palo Alto, California, en su estudio sobre los servicios de salud mental para los mexicano-americanos que residen en la ciudad, los servicios pueden ser irrelevantes por ser inaccesibles desde el punto de vista geográfico. Kramer B.M. (1972) por otro lado, reporta que se ha visto que los pacientes que vienen de más lejos obtienen mejores resultados, observándose un mayor grado de motivación.

Grado de motivación del paciente: Niskanen P. (1974) lo propone como criterio básico, 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 le proponen.

Estructura familiar: Un mínimo de estructura familiar es necesaria o al menos 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 esté disponible para apoyar al paciente cuando se desorganice o entre en período de crisis. Esto es esencial si se quiere que el programa trate a pacientes con un amplio espectro de psicopatología y pocas habilidades sociales.

3.1.3 CRITERIOS DE TRATAMIENTO

El tipo de tratamiento o terapéutica a aplicar, estará determinado por los objetivos que se pretendan alcanzar:

La primera gran línea terapéutica busca la readaptación más pronta po-

sible y la reubicación del paciente en la comunidad para reincorporarlo a la producción y reinsertarlo de nuevo en los grupos a los cuales pertenece. Bajo esta línea encontraremos:

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

Intervención en crisis: Tratar de ayudar las fasetas maduras y sanas del paciente. La regresión al servicio del yo sólo es tolerada dentro de los límites estrictamente definidos. 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. Si es necesario, pernocta el paciente en el hospital para supervisar y controlarlo, interviniendo todo el equipo hospitalario. El padecimiento se considera como un proceso de descompensación que hay que volver a compensar (Engle R., Semrand E.V., 1971). Esta aproximación es usada por el Lincoln Community Mental Health Center de Nueva York. A veces se le conoce con el nombre de Terapia de Múltiple Impacto.

Terapia somática: Bajo este rubro se incluyen todas las medidas farmacológicas, de electroshock y físicas. Actualmente los psicofármacos han desplazado a las otras técnicas, de las cuales se encuentra cada vez menos evidencia de su uso en las publicaciones recientes.

La única referencia abierta de la aplicación del electroshock, data de 1962 y es del Napa State Hospital de Inmola, California, donde se describe la transición de un hospital tradicio-

nal a un hospital abierto. Lo anterior fué reportado por Canton R., Hagest R.J., (1962), los ETC se utilizaban en la fase inicial para que el paciente pudiera estar listo para otras terapias tan pronto como fuera posible, controlándolo después por medio de medicamentos.

Terapias de Rehabilitación:

- Terapia ocupacional: Llamada también Terapia de Trabajo. Los fundamentos de ésta están claramente expresados 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: Estos pueden o no estar dentro del hospital. Velasco F. (1977), aboga por que éstos se favorezcan, pero fuera del hospital, para que no se fomente la dependencia del paciente con respecto a la institución.

Trabajo Pagado: (En la comunidad o en el hospital). 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 éste tipo de tratamiento, se ha visto que ofrece múltiples dificultades. En estudios de seguimiento (Kris E., 1961; Lipton, Reiner y Sturm, 1963 citados por Gottesfeld H., 1977) del status ocupacional post-hospitalario de los expacientes mentales, se indica que algunos tienen empleo fijo. Sin embargo no puede ser determinado si los programas de rehabilitación vocacional contribuyeron en alguna forma a obtenerlo. Aunque los programas reportan éxitos, éstos se refieren generalmente a pacientes que originalmente traían buenos potenciales al programa (alta motivación, habilidades de trabajo, una buena historia laboral). En casos de pobre pronóstico (historia laboral nula, baja motivación, psicosis crónica), los éxitos reportados tienden a ser bajos (Grove S., 1963).

Rutman I.D. (1963), sugiere que las proporciones de los expacientes empleados son iguales tanto para los que participaron en programas de terapia ocupacional como para los que no entraron en ellos.

Ya que los ex-pacientes mentales son casi siempre trabajadores marginados, el empleo podrá depender de las condiciones económicas. En períodos de prosperidad o en época de guerra, cuando se necesita mano de obra, estos trabajadores entrarán en actividad.

Este tipo de terapia por sí misma no se correlaciona con las bajas en las rehospitalizaciones. (Crisswell J.H., 1967, reporta que del 59 al 80% de los pacientes regresaban al hospital a pesar de que se intentaron toda clase de proce-

dimientos ocupacionales para prevenirlo).

La independencia económica es algo extremadamente difícil para cualquier ex-paciente. Se ve por ejemplo en los resultados del Veteran's Administration Hospital, que dos tercios de la población de pacientes no habían trabajado más de un mes. Sólo el 14% había logrado trabajar durante seis meses seguidos (Proyecto de Evaluación Psiquiátrica, 1965, citado por Gottesfeld H., 1977).

- Terapia Educativa: Incluye actividades de tipo académico y cultural (Talleres de redacción, literatura, música, etc.) y se da sobre todo a adolescentes.

- 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.

Los programas que fomentan la socialización proporcionan las condiciones para que se den las interacciones sociales y actividades de grupo. Las expectativas y las presiones grupales son dirigidas hacia patrones más "normales" de funcionamiento social. Estas condiciones contrastan con el ambiente anormal de muchos hospitales mentales (falta de relo

jes que marquen el tiempo, ausencia de espejos para verse, edificios deteriorados, baños malolientes, ventanas con rejas, falta de actividades y responsabilidades) que favorecen la conducta "anormal".

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. Para Bierer J. (1961), en Inglaterra, "el club social" es parte de Hospital de Día y ningún Hospital de Día puede considerarse completo sin él.

- **Terapia Ambiental: (Milieu Therapy)** El ambiente es estructurado para mantener un nivel apropiado de estimulación e interacción. Los pacientes regresivos necesitan adultos responsables y orientados a la realidad para identificarse con ellos y para que puedan diferenciarse y probar nuevas formas de relación. Frecuentemente la participación social del paciente puede desarrollarse no debido a programas sino por su relación con una persona en particular. Una relación humana significativa que ofrezca gratificación, - puede llevar a la búsqueda de otras relaciones.

El control de las situaciones ambientales ha sido analizado exhaustivamente, desarrollado y aplicado hasta el extremo por la escuela conductista.

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, ya que la comunidad forma parte del ambiente terapéutico, pero pueden tratarse aparte por darse fuera del marco hospitalario y además ser complementarios a éste.

Ejemplos de éstos son: el programa satélite llamado ----- OURPLAC (Outpatient Unit Rehabilitation Program for Living with Accomplishment in the Community) implementado por el Veteran's Administration Hospital en Brentwood, L.A., Calif.; "Community Home Programs" que incluyen asistencia con las familias de la comunidad para pacientes que vivan lejos de su casa o a los que les beneficie la separación de sus familias. Este programa ha operado desde 1962 con familias menonitas quienes lo consideran como un servicio social y religioso, en Elkhart, Indiana.

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: individual, de grupo, familiar, etc.

Terapias Expresivas:

- Psicodrama y Sociodrama.
- Ergoterapia Creativa (usada en Bélgica)
- Actividades Manuales y Artísticas: Artesanías, dibujo, modelado, danza, etc.
- Terapia de Movimiento: usada en la Clínica de Salud Mental para Adultos del condado de Pirellas en St. Petersburgo, Fla. Este programa es una actividad diaria para todos los pacientes y personal, desde 1965. 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; el yoga ayuda como transición del ambiente hostil de los hogares de los pacientes a las terapias verbales subsiguientes. Todas estas actividades fomentan la cohesión de grupo y ayudan a la participación en otras terapias. Además, favorecen habilidades sociales, fomentan la autoexpresión y la iniciativa (Fertig S., Howe M., 1977).

Todos los criterios de tratamiento citados anteriormente pueden realizarse en una forma interdisciplinaria para constituir un programa integral de tratamiento, complementándose unos a otros, coexistiendo y muchas veces perdiéndose los límites entre unos y otros.

3.1.4 CRITERIOS DE ALTA

- Cuando las metas del tratamiento y los objetivos del servicio se han alcanzado.

- Cuando la perturbación no requiera ya de 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 llegó el paciente.
- Cuando hay presiones dentro del servicio por cupo, personal, etc.
- Kramer B. (1962) 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. El paciente no ha dado signos de mejoría después de un largo período y se le da de alta por tener poco potencial de mejora. El retenerlo sería convertir la unidad en un centro de custodia, hay dos caminos para esto: vivir con la familia a un nivel mínimo de ajuste o bien canalizarlo a un hospital o centro especializado.
 3. El paciente se ha mantenido igual desde que llegó; falta al tratamiento y se observa falta de motivación.

Hay un pequeño grupo de pacientes que quedan fuera de estos tres patrones y que pueden permanecer por períodos relativamente largos, debido a un interés especial de algún miembro del personal, por la tenacidad del paciente o por pedido explícito del médico o la familia.
- Verneille F. por su parte sostiene que el alta debe formar

parte inherente del proceso de tratamiento y no constituir una entidad aparte. En un programa flexible, 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.

La posibilidad del alta tiene dos significados para el paciente:

- 1) El alta se ve como recompensa de un logro o de haber conseguido una meta deseada.
- 2) Puede vivirse como una amenaza de pérdida de algo que ha llegado a valorar y de donde obtiene gratificación.

Entre estos extremos hay muchos matices y el proceso de alta debe adecuarse al significado personal que le da cada sujeto.

No se puede dejar de señalar la importancia del post-tratamiento y del seguimiento tanto a corto como a largo plazo de los diferentes casos, para poder evaluar los resultados del programa y prevenir en lo posible las rehospitalizaciones, interviniendo cuando se detecten próximas crisis.

3.2 ESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES DE DIA

Con el propósito de exponer lo más claramente posible los datos recopilados acerca de los diferentes Hospitales de Día en el mundo, se presentará un cuadro donde se concentre la información más importante.

Las variables que se manejarán serán las siguientes:

	CLAVE
SEXO:	
- masculino	M
- femenino	F
RANGO DE EDAD:	
- mínima	
- máxima	
- media	\bar{X}
DIAGNOSTICO	
- trastornos neuróticos	N
- esquizofrenia	E
- desórdenes de la personalidad	Dp
- psicoátfas o sociopatfas	Soc.
- borderline o limítrofe	B
HORARIO	H
PERSONAL	
- psiquiatra	Pq
- psicólogo	Y
- trabajadora social	TS
- terapeuta	t
- enfermera psiquiátrica	Ep
- asistentes o auxiliares	Aux.
- voluntarios o no profesionales	V
CAPACIDAD DEL SERVICIO	I
NUMERO DE CASOS ATENDIDOS	II

DERIVACIONES	CLAVE
- hospital general	Hg
- hospital psiquiátrico	Hp
- comunidad (familias, agencias, etc.)	C
- particulares	Sp
ESTANCIA MEDIA	E \bar{X}
PROGRAMAS	
- psicoterapia individual	Pi
- psicoterapia grupal	Pg
- psicoterapia familiar	Pf
- terapia conductual	Tc
- terapia somática	Ts
- terapia expresiva	Te
- terapia ocupacional	To
- terapia artística	Ta
- terapia recreativa	Tr
- terapia educacional	Ted.
RESULTADOS	
- por diagnóstico (se utili- zan las mismas categorías ya mencionadas)	
POR UBICACION	
- comunidad	com.
- hospitalizados	hosp.
- Hospital de Día	HD

3.2.1 ESTRUCTURA DE LOS CUADROS:

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

Hospitales de Dña a largo plazo:

- Hospitales de Dña en Hospitales Psiquiátricos Estatales.

Generalmente son servicios que surgieron por reformas a instituciones ya establecidas.

El tener la unidad como un nuevo componente de un hospital establecido, tiene algunas ventajas: una estructura administrativa disponible; el servicio ya es conocido; se tienen instalaciones de gabinete de las que se puede disponer. Las dificultades principales, por otro lado, es la resistencia al cambio dentro del área administrativa, reentrenar al personal y el establecimiento de nuevas políticas y procedimientos.

Además de la ventaja básica (y ocasionalmente desventaja) de desarrollarlo como un apéndice de un hospital establecido, se puede escoger al personal de base de los programas en funcionamiento. También se tiene la carga de tener que utilizar personal ya existente sin poder seguir un patrón óptimo de recursos humanos.

En algunos sectores los programas de Hospitalización Parcial pueden desarrollarse como una extensión de la unidad de hospitalización. Tales programas tienen la posible desventaja de ser dominados por la filosofía de las salas,

a menos que el personal se asigne claramente y se definan de igual modo objetivos y responsabilidades.

-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.

En el estado de Nueva York, el Departamento de Higiene Mental ha desarrollado programas de Hospital de Día en el contexto de un sistema de clínicas de post-tratamiento. Estas sirven a pacientes dados de alta, proporcionándoles cuidados de post-tratamiento por cualquier método que se estime necesario para mantener al paciente en la comunidad. En Massachusetts se ha establecido una red de unidades de cuidado de día para varias comunidades.

- Hospitales de Día en el Sistema de Veteran's Administration: Estos centros se establecieron como un servicio transicional: un lugar donde pacientes que no requerían hospitalización pudieran ser 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 Hospitales Psiquiátricos Privados
- Hospitales de Día asociados a Departamentos de Psiquiatría

en Hospitales Generales

- Hospitales de Día en el Sistema de Veteran's Administration
- Hospitales de Día Independientes: Generalmente en éstos se presentan muchos problemas de tipo financiero. Si no están subvencionados, es difícil que puedan subsistir.
- Hospitales de Día como parte de un Plan de Salud Mental Comunitaria.
- Hospitales de Día asociados a Universidades u Hospitales Universitarios: Esto podría constituir una buena alternativa por poder combinarse tanto la investigación como la práctica, estando el estudiante en contacto directo con la realidad.

3.2.2 CUADROS DE LOS DIFERENTES HOSPITALES DE DIA (ver páginas siguientes)

3.2.3 COMENTARIOS A LOS CUADROS:

Se puede apreciar que en general los Hospitales de Día tienen una duración de labores de ocho horas aproximadamente, observándose que es en los hospitales europeos donde el horario es más largo.

Con respecto al personal, se tienen pocos datos. En los Hospitales de Día con tratamiento a largo plazo, se tiene un número mayor de personal a nivel de auxiliares. En los Hospitales de Día con tratamiento intensivo se cuenta con personal tanto especializado como técnico, teniendo una gama mayor de especialistas.

HOSPITALES DE DIA CON TRATAMIENTO INTENSIVO

NOMBRE DEL HOSPITAL	HORARIO	PERSONAL							CUPO		CANALIZO				ESTANCIA		PROGRAMAS											
		Pq	Y	TS	T	Ep	A	Aux	V	I	II	Hg	Hp	C	Sp	X̄	Pi	Pg	Pf	Tc	Ts	Ted	TO	Ta	Tr	Te	E	O
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS																												
CENTRO HOSP: MUNICIPAL BRONX NY	9-16	X		X						30		X		X			2 meses	X	X	X		X						X
MASSACHUSSETS MENTAL HEALTH C.	8:30-16	X	X	X	X	3		X		3 años 3265		X	X	X		5 meses		X			X	X	X		X	X		
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A HOSPITALES PSIQUIATRICOS PRIVADOS																												
CLINICA MENNINGER KANSAS, E.U.										2 años 109		X		X			X	X									X	
BUTLER HEALTH CENTER R.I. E.U.A										1 año 121		X		X		85 días												
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A DEPARTAMENTOS DE PSIQUIATRIA EN HOSPITALES GENERALES																												
H.D. INST. ALLAN MEMORIAL									40	1 año 219		X		X		5 semanas		X				X	X					
H. GENERAL DE MONTREAL CANADA										1 año 320																		
CENTRO PSIQUIATRICO OAKLAWA USA	9:15-30									1 año 320 P/sem na 27		X		X			X	X	X					X	X			
HOSPITALES DE DIA EN EL SISTEMA DE VETERAN'S ADMINISTRATION																												
WASHINGTON (incluye 34 VA's)										6 meses 1410																		
BROOKLYN V.A.		X	X	X														X	X							X		
BRENTWOOD LOS ANGELES CALIF.		X	X	X	X			X	50															X	X			
HOSPITALES DE DIA INDEPENDIENTES																												
MARLBORO DAY HOSPITAL INGLATERRA										1 año 500		X		X			X	X			X		X	X	X	X	X	
SAN DIEGO DAY TREATMENT CENTER		3	1	2	4	1		1	X								X	X	X			X	X	X	X	X	X	
HOSPITAL DE DIA COMO PARTE DE UN PLAN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA																												
WORTHING DAY HOSPITAL INGL.									50				X															
OXNARD DAY HOSPITAL L.A. CALIF.		X	X	X	2	3															X			X	X		X	
WOLUWE SAINT-LAMBERT BELGICA	9:17	X	2	X	X	X		5	18						100 días		X							X			X	
HOSPITAL DE DIA ASOCIADO A UNA UNIVERSIDAD																												
M. CENTRAL DE LA U. DE HELSINKI	8:16	X	X			11		3	26						1-3 meses	X	X					X						

En cuanto al cupo y a la estancia media dentro de los hospitales, los datos que se tienen son escasos y contradictorios, ya que los Hospitales de Día con programas a corto plazo aparecen con una estancia media de pacientes mayor que los Hospitales de Día con programas a largo plazo. Los datos obtenidos pueden estar determinados por múltiples factores como: número de rehospitalizaciones, criterios de selección, presiones administrativas, acceso al hospital, instalaciones físicas, etc.

En general los hospitales que menos atienden casos son los privados. Posiblemente debido a que la atención es más individualizada, a que los costos son más elevados y a que la gran parte de la población no tiene acceso a ellos.

Las derivaciones: En general son hechas por la comunidad y hospitales.

Los Programas: Se observan terapias que impliquen actividades en grupo, enfatizándose la terapia ocupacional y las actividades sociales. En general, la aproximación es ecléctica.

Por lo que se refiere a los datos demográficos casi el 50% de los datos disponibles indican que la admisión no es afectada por el sexo del paciente. La edad media es de 30 años aproximadamente y el rango cubre desde la edad de la adolescencia en adelante.

Los diagnósticos más frecuentes son: neurosis, esquizofrenia y desórdenes de la personalidad, quedando fuera las -

desviaciones psicopáticas y los desórdenes orgánicos y de retardo. Quince de veinticinco Hospitales de Día atienden a pacientes esquizofrénicos y trece de veinticinco atienden a pacientes neuróticos; once de veinticinco atienden desórdenes de la personalidad. Solamente dos atienden a orgánicos y retrasados mentales y cuatro a borderlines. Ninguno atiende desórdenes de tipo sociopático.

Hay pocas noticias sobre resultados estadísticamente significativos en los artículos donde se describen estos Hospitales de Día, aunque sí hay estudios controlados de experimentos específicos, pero que no describen suficientemente datos más generales del Hospital de Día.

El objeto de presentar estos cuadros incompletos de los datos, fué el de mostrar un panorama general y un intento de clasificación que incluyera varias partes del mundo, con el fin de sintetizar y evitar descripciones repetitivas y monótonas de las diferentes formas que puede tomar una estructura de un servicio de Hospital de Día más que como presentación formal, estricta y completa de los datos. Su utilidad podría ser más que todo, la de una guía de lo que se está haciendo actualmente, dónde se está haciendo y con qué recursos.

3.3 FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE DIA

3.3.1 MOTIVO DE CONSULTA

A continuación se enumerarán los principales problemas que contribuyen a la admisión de los Hospitales de Día de acuerdo

a la tabla y porcentajes presentados por Davis J.E., Lorei T. W., Caffey E.M., 1978, como resultado de un estudio nacional en 34 hospitales del Veteran's Administration, con 1410 pacientes.

TABLA # 2

PROBLEMA	% de PACIENTES
Inquieto o ansioso al anticiparse a dificultades específicas futuras, o a problemas familiares o financiero	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 del impacto 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 hipersensibilidad.	59
Preocupado o invadido por pensamientos involuntarios	56
Enajenante por su dependencia, queja constante	55

TABLA # 3

Presenta una distribución de los pacientes 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 horas sin una buena razón	31
Toma anfetaminas sin prescripción	5
Usa heroína	5
Admite problema de alcohol	24
Entra en borracheras	12
Está intoxicado la mayor parte del tiempo	8
Estados de irrealidad	20
Alucinaciones olfatorias	11

REACTIVO DEL P.S.S.	PORCENTAJE
Alucinaciones auditivas	25
Alucinaciones visuales	17
Convencimiento de delirios	29
Ideas de referencia	24
Ocasionalmente incoherente durante la entrevista	9
No asume ningún rol como trabajador, en su casa o como estudiante, debido a la patología	40

Las características específicas de la población de las dos tablas anteriores, están descritas en el cuadro (3.2.2)

3.3.2 PROCEDIMIENTOS DE ADMISION DEL PACIENTE A HOSPITAL DE DIA.

En esta fase se encontraron algunas variantes de funcionamiento:

Generalmente a la llegada del paciente se efectúa una evaluación de tipo psiquiátrico complementada por otros estudios ya sea psicológicos, de trabajo social, etc. Esta evaluación puede ser en forma estructurada o estandarizada como "The Psychiatric Status Schedule" y "The Psychiatric Evaluation Form" desarrolladas por Spitzer & Cohen (1970) y otras que se describirán en el capítulo 5 en forma más amplia. Estos instrumentos se utilizan en el Servicio Comunitario de Washington Heights del Instituto Psiquiátrico de Nueva York.

Otros centros utilizan entrevistas estructuradas dirigidas al paciente y a algún miembro de la familia, tanto en forma con

junta como separada. Estas incluyen datos sobre ajuste en to das las áreas, actitudes hacia la enfermedad mental y número de rehospitalizaciones. También se incluye una sección abierta sobre actitudes sobre la experiencia hospitalaria. (Centro Hospitalario Municipal de Bronx).

Por último se encuentran las llamadas "Walk-in-clinics" donde los pacientes pueden ser vistos el mismo día sin cita pre via, y donde los procedimientos de admisión usuales son sustituidos por una entrevista de un profesional calificado que ve el problema y lo canaliza directamente al terapeuta compe tente, para que el tratamiento empiece sin demora.

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

- 1) Debe haber coordinación entre los servicios para que se puedan efectuar las canalizaciones.
- 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 de la comunidad ser vidos por el programa de Hospital de Día debe permitirse les seguir y asistir a sus pacientes siempre y cuando sean supervisados.

La experiencia del paciente varía, dependiendo de si se trata de un paciente transicional entre el hospital y la comu-

nidad, o bien si es un caso "preventivo" derivado de la comunidad. Los primeros perciben su admisión como un avance, un paso más hacia el alta. Los segundos envueltos en su propia crisis tienden a estar menos ansiosos que si fueran hospitalizados y separados de su familia. Los familiares aceptan el Hospital de Día aunque frecuentemente ésto implique un trabajo previo para vencer las resistencias al cambio que se producen tanto por la falta de información acerca de las innovaciones en los servicios psiquiátricos, como por el cambio de expectativas con respecto al centro.

3.3.3 INGRESO AL SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA:

Esta fase plantea un problema para el funcionamiento: integrar al paciente dentro de grupos ya estructurados y programas en marcha.

Generalmente el paciente es recibido por algún miembro del personal, sea la enfermera, trabajadora social o su terapeuta asignado, con el doble propósito de orientarlo acerca de las reglas y de clarificar las expectativas mutuas, así como para entablar contacto personal con él.

En el caso de admisiones directas generalmente es la trabajadora social la agente primaria de orientación que introduce tanto al paciente como a la familia.

Casi siempre después de su llegada, el paciente es asignado a personal en entrenamiento, con quienes trabajará en forma

estrecha. Esta relación funciona básicamente como apoyo y marco de referencia para el paciente en un ambiente relativamente desconocido, evitándose en lo posible la dependencia y sobreprotección y trabajando desde el principio "la ansiedad de separación" por la delimitación temporo-espacial de la relación.

Ya sea antes de su ingreso o poco después de éste, el expediente completo del paciente es presentado en una junta de equipo para discutir el tratamiento integral y la colaboración interdisciplinaria, su ingreso a diferentes grupos y programas y la toma de cargo del paciente por algún miembro del personal. Estas sesiones de discusión e información son sumamente importantes ya que en la intervención de las crisis, la parte inicial del tratamiento es crucial y determina muchas veces el grado de regresión del paciente. Las sesiones combaten también las llamadas "fisuras institucionales", clarificando la comunicación entre el personal y el paciente, ya que éste muchas veces por su padecimiento distorsiona y manipula al personal, creando fricciones, conflictos y malentendidos entre el mismo equipo terapéutico por medio de alianzas y problemas transferenciales, que si no son manejados e interpretados por el mismo personal, el tratamiento puede venirse abajo, llegando a veces a contaminar todo el ambiente terapéutico.

El problema de la integración de pacientes se acrecienta en centros con una población amplia. Los pacientes nuevos se encuentran con un gran número de actividades especializadas y

caras nuevas. Aun cuando sea asignado a un grupo específico y a servicios individuales muchos se agobian; la atención muchas veces se vuelve errática y se incrementa la tasa de deserción que en ocasiones llega al 50%, como sucedió en el Boston Veteran's Administration Day Treatment Center.

Rosenzweig S.E., y Emerson P. (1977) abordan este problema en un sîmposio de la Federaci3n de Grupos de Estudio de Hospitalizaci3n Parcial. Ellos formularon tres programas de integraci3n de nuevos pacientes, experimentando con cada uno de ellos para comparar su efectividad y de esta forma encontrar una soluci3n eficaz a este problema. Los programas fueron:

- 1) Un Comit3 de Bienvenida compuesto por cinco pacientes. Cada paciente nuevo era recibido por un miembro del comit3 que le describía informalmente el programa, le mostraba el centro y lo presentaba a los dem3s.
- 2) Un Grupo de Orientaci3n. Sesionaba tres veces por semana involucrando a pacientes en actividades de planeaci3n y evaluaci3n. Despu3s de tres semanas se le asignaba a un grupo regular. (Esto equivaldría a la etapa de pre-tratamiento usada en Francia).
- 3) Entrevistas de Apoyo Individuales Auxiliares al Programa del Paciente. La t3cnica se introdujo con un grupo experimental de 20 pacientes que tuvieron estas sesiones despu3s de la primera, la quinta, la octava y la decimosegunda semana del programa. Las sesiones eran de 15 minu-

tos. La segunda de 45 minutos. Eran conducidas por un asistente entrenado (estudiante), una persona de apoyo - neutral que revisaba la participación del paciente al programa. El paciente podía opinar acerca de sus preferencias y problemas en los grupos y se le informaba de otros aspectos disponibles del 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 una mayor efectividad, ya que redujo la tasa de deserción a un 24%. Actualmente todos los nuevos pacientes tienen de 2 a 4 sesiones de apoyo.

3.3.4 TRATAMIENTO

Se iniciará este punto hablando del equipo terapéutico que será el que administre el tratamiento.

El Equipo Terapéutico: Una característica del funcionamiento de los Hospitales de Día es que el equipo entero se responsabiliza del tratamiento del paciente, conjuntamente con la familia; pero hay un profesional asignado al caso que se encarga de coordinar e informar acerca de los programas.

El Hospital de Día está formado por personal de base y personal comisionado, sea de tiempo completo o de medio tiempo. Entre el personal flotante se cuenta con los paraprofesion-

les, los estudiantes, residentes e internos en entrenamiento.

En lugar de ver al personal desde la línea típica de organización piramidal, tomaremos una aproximación funcional y describiremos cada una de las categorías en términos de los roles ejercidos.

- Psiquiatras: Casi siempre son los jefes del servicio y manejan problemas de admisión, diagnóstico, planeación de tratamiento, administración del servicio y supervisión, canalizaciones y comunicación con los sectores relevantes del hospital, en caso de que el servicio esté enclavado dentro de una estructura hospitalaria.

Son los responsables de los aspectos médicos y de la prescripción farmacológica. Estos roles los comparten con residentes médicos que pueden estar rotando en el servicio.

- Personal de enfermería: Dentro de esta profesión encontramos enfermeras psiquiátricas, auxiliares de enfermería, enfermeras y algunas estudiantes en preparación. Son responsables del control de asistencia, de la observancia de reglas, horarios, medicamentos y de dar la ubicación de cualquier paciente en un momento determinado. En naciones como Finlandia participan en sesiones de psicoterapia y están en contacto constante con las familias de los pacientes.

En algunos Hospitales de Día, a los nuevos pacientes se les asigna un estudiante o auxiliar de enfermería para

familiarizarse con el lugar y establecer una relación de apoyo.

Las enfermeras además atienden las emergencias mientras llega el médico, proporcionando primeros auxilios o lo que sea necesario.

Los roles que ejerza la enfermera, así como el lugar y la importancia que ésta tenga dentro del espacio hospitalario, estará determinado en cada caso por el nivel de preparación que tenga de acuerdo con el plan de estudios de cada país y las reglas internas del centro.

- Trabajadora Social: Es la liga entre la institución y la comunidad, manteniendo la relación con los parientes del paciente. En ocasiones es el primer filtro para los que ingresan directamente de la comunidad, derivándolos después a la entrevista psiquiátrica.

Es la encargada de hacer los estudios socioeconómicos, de tramitar becas o apoyos financieros para los tratamientos, de la distribución de medicamentos gratuitos de acuerdo a las necesidades familiares, de hacer visitas periódicas a los hogares para dar cuenta de los cambios ocurridos, de mantener el control estadístico de los datos tales como: altas, bajas, ingresos, deserciones, etc. Hace el trabajo de motivar a la familia y trata de que superen las primeras resistencias. Interviene en ocasiones en terapias, sobre todo familiares. En caso de ausencias interviene directamente para conocer el motivo de éstas

y para tratar de que regrese el paciente.

Envía recordatorios de pago a las familias, maneja trámites intrahospitalarios e interhospitalarios, conociendo la información de los centros que trabajan con el Hospital de Día. A ella acuden las familias en caso de problemas, información y quejas.

- Terapistas: Son todos aquellos que buscan la rehabilitación del paciente en una o en otra forma, existiendo ya especialidades en diferentes áreas.

Terapistas ocupacionales: Este especialista intenta estimular la participación de los pacientes, en actividades artísticas, artesanías, distintos talleres y en proyectos especiales que impliquen una acción de grupo. Representa para el paciente una figura estable con quien puede contar, que lo estimula ante cualquier iniciativa o intento de actividad constructiva.

En algunos hospitales, como el Massachussets Mental Health Center, el Hospital de Día cuenta con un programa de trabajo en el que participa una consejera en rehabilitación vocacional para designar a los pacientes a efectuar posibles trabajos dentro del Hospital de Día, preparándolos para que puedan desenvolverse en futuras situaciones laborales y dándoles un rol diferente al de ser únicamente pacientes.

Terapistas físicos: Encargados de efectuar ejercicios

específicos de acuerdo a las necesidades especiales de cada paciente y que junto con el kinesiólogo son los que implementan la terapia de movimiento, explicada anteriormente.

Actualmente en México ya existen estas especialidades dentro de los programas de la Secretaría de Salud y Asistencia. En el área médica se ha implementado ultimamente una especialización en medicina de rehabilitación como un intento más de hacer tratamientos integrales.

- Maestros: Desempeñan un papel muy importante en todos los aspectos reeducativos y expresivos. Puede haber tanta diversidad de ellos como programas, encontrándose maestros de danza, de teatro, de fotografía, etc. Estas figuras representan un enlace con el mundo externo, que lleva a los pacientes otro enfoque de la realidad y les abre posibilidades de expresión y de habilidad.
- El Personal de Intendencia: Se encuentra dentro de los recursos humanos del Hospital de Día, siendo su trabajo fundamental para el buen funcionamiento de éste. Su participación es importante en las decisiones, ya que muchas veces al no tomarlos en cuenta para programas en los que se encuentran involucrados, pueden ser la causa de obstaculización del trabajo, pudiéndose evitar esto con una adecuada comunicación y fomentando rela-

ciones más abiertas e igualitarias.

- Personal Administrativo. Igualmente indispensable, lleva la carga de la distribución de los recursos económicos, de personal, de materiales, de mantenimiento de las instalaciones y coordinación de los servicios de acuerdo a las políticas administrativas, estableciendo prioridades de las necesidades en función de la estructura hospitalaria total. Establece los contactos con otras instituciones fuera del servicio, a nivel administrativo. El personal directivo de la institución sería el encargado de vigilar que se lleven a cabo todas estas funciones, coordinándose con los jefes de departamento. De él depende muchas veces la aprobación de programas, los cambios que pueden darse dentro de la institución, y que estos cambios tengan mayor o menor alcance según los acuerdos que se puedan establecer con otras instituciones o con autoridades superiores.
- Los Paraprofesionales. Han sido la solución que se ha encontrado en algunos países para poder hacer llegar los servicios de salud mental a comunidades marginadas y tradicionalmente resistentes a este tipo de servicios. Representan una posibilidad de poder dar atención individual a los pacientes y aumentar la proporción paciente-personal que tradicionalmente ha sido muy deficiente, y también de ampliar la capacidad

de los servicios. Por ser ésta una cuestión altamente controvertida, la trataremos en una sección aparte.

- Psicólogo Clínico: A través de todos los artículos revisados, se observa un número muy reducido de psicólogos clínicos dentro de la planta de personal de los Hospitales de Día, encontrando en ocasiones sólo uno y de medio tiempo en los Hospitales de Día dentro de Estados Unidos. En ese país su rol consiste básicamente en evaluar, ya sea por medio de pruebas psicológicas o por formas de evaluación estandarizadas. Proporciona además el aspecto psicodinámico del padecimiento del paciente.

Participa también en diferentes tipos de psicoterapias siendo supervisado o funcionando como co-terapeuta en grupos.

Posiblemente la ausencia del psicólogo clínico en estos centros se deba a que en ese país, funciona más bien como entrenador de los trabajadores en salud mental en hospitales o universidades, implementando los programas de estos mismos cursos, en lugar de hacer una labor directa y práctica dentro de un determinado centro. Su participación se observa más en proyectos de investigación de programas y evaluaciones controladas en instituciones.

En otros países como en Francia e Inglaterra, el psicólogo entra en contacto directo con los pacientes a

nivel de psicoterapia y supervisa y coordina las acciones de maestros, terapistas o paraprofesionales.

En base a su preparación académica el psicólogo puede diseñar y controlar los programas dentro de la llamada terapia ambiental, por estar basada en principios conductuales que él maneja y además entrenar e introducir a los distintos miembros que estén en estrecha relación con el paciente, a los técnicos en modificación de conducta y manejo de contingencias.

El psicólogo puede funcionar también como punto de contacto entre la institución y la comunidad, estando preparado para ayudar a las familias en la aceptación de su problema, apoyándolos para el cambio e interviniendo en las crisis, bajando niveles de tensión cuando sea necesario. La participación del psicólogo no ha sido valorada lo suficiente en cuanto a su potencial para poder manejar situaciones conflictivas y poder ahondar en las causas y determinantes de los padecimientos o problemas.

Los programas de la carrera de Psicología proveen al psicólogo de los instrumentos y elementos necesarios para poder llegar a una comprensión dinámica de los problemas que se suscitan en un medio donde las cargas emocionales, las situaciones transferenciales y contratransferenciales, las distorsiones en la comunicación, las identificaciones y proyecciones son el

material diario y cotidiano de una situación hospitalaria. Cuando se trabaja con el dolor y sufrimiento humano es imposible no involucrarse emocionalmente; es aquí donde el psicólogo puede ayudar a señalar e interpretar lo que está pasando en el "aquí y el ahora", tanto a los pacientes como a los compañeros de trabajo. Los grupos de reflexión o grupos operativos son imprescindibles en este contexto para ayudar a mantener la distancia emocional, y a clarificar los mensajes, demandas y expectativas de los participantes. El psicólogo está preparado para actuar como facilitador de los emergentes, llevándolos a decifrar los mensajes ocultos y a entender las necesidades que los mueven.

Como orientador y consejero, su papel es primordial en el trabajo comunitario y como figura de apoyo en el post-tratamiento, estando alerta a cualquier signo de quiebra que precipite una rehospitalización.

Existe también el aspecto cotidiano, modesto pero útil, del trabajo psicosocial: asegurar una presencia benévola o de afecto, cariñosa, al lado de la familia. Aliviar a los padres de los pacientes del miedo que sienten de sus hijos; evitar la ruptura con la institución por falta de información o comunicación, por no tener claro lo que se espera del tratamiento o por no entender los cambios del paciente.

Se ha criticado mucho al psicólogo por su falta de identidad y de ubicación profesional, por sus intentos de invadir campos que ño le corresponden. El problema radica en que parte de la labor del psicólogo no es una tarea concreta y tangible que pueda delimitarse en un análisis de puestos y pueda ser controlado por resultados estadísticos. Su función es mantener fluida y armónica una situación cotidiana de trabajo en donde la colaboración interdisciplinaria es necesaria. Es el mantener sin roces un servicio y el garantizar que el tratamiento sea verdaderamente terapéutico. Sólo se notará la ausencia del psicólogo cuando algunas de sus funciones equilibradoras no se esté llevando a cabo, provocándose conflictos, alteraciones, exacerbación de sintomatología de los pacientes por problemas internos del servicio, etc.

El psicólogo puede trabajar conjuntamente con otros profesionistas, e inclusive sobre las mismas áreas, pero su enfoque será distinto, complementario y enriquecedor, sin perder por ésto su objeto y rol específico: la Psicología.

"Todo el equipo de cura tendrá que afrontar situaciones angustiantes por el contacto con los casos extremadamente diversificados, es decir, exigiendo una capacidad de adaptación y un dinamismo particular. Por otra parte, convendrá que a través de la diversidad de casos, cada miembro del

equipo pueda sentirse suficientemente involucrado en el ejercicio de su actividad propia". (Haim A., 1969)

Condiciones del 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, no contando con programas independientes (como en el Washington Heights Day Hospital), o bien mezclando los programas de día con los programas de los pacientes hospitalizados (como en el Veteran's Administration Hospital de Brentwood, L.A., Calif).
- 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. Un ejemplo de esto es el Massachussets Mental Health Center.
- Programas de Día con énfasis en el desarrollo de habilidades sociales ubicados en la comunidad. Tienen como objetivo ayudar al paciente a reinsertarse en su medio. Es el caso del Programa Satélite OURPLAC del Veteran's Administration en California, en el que los pacientes sólo checan por las mañanas en el hospital para salir a la comunidad.
- 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; inclusive en Europa se da la modalidad de internar a los padres junto con el paciente. (Masson D., Fivaz E., Isiola A., 1977)

La Contribución de la Comunidad al Tratamiento.

Uno de los problemas principales con que se encuentran los programas de salud mental, es que éstos necesitan estar diseñados por personas que vivan o conozcan las necesidades de la comunidad a la cual pretenden servir, a menos que se pretenda crear servicios aislados, ajenos y marginados de la comunidad. Eagle C., Shaw, (1974) del Lincoln Hospital en Bronx, Nueva York, nos aportan su experiencia sobre este problema ineludible, mostrando la relación entre el Hospital de Dña y la comunidad, en este caso un ghetto. Se encontraron con la paradoja de que en lugar de ayudar al cambio social que era uno de los fines de los programas de salud mental comunitaria, el centro al que pertenecían se fué convirtiendo paulatinamente en una prolongación del ghetto, adoptando sus características físicas y funcionales, paralizando al personal que no había sido entrenado para afrontar esa realidad social. Los obstáculos con que se encontraban los profesionistas iban desde el lenguaje, la educación, las diferencias en extracción social, ideología, hasta los objetivos sociales que cada una de las partes esperaba, constituyendo lo que para Eagle era el

"shock cultural"

Este problema es típico y causa gran frustración a los profesionales clínicos, desequilibrándolos por no poder ejercer los roles para los cuales han sido entrenados. Los autores antes mencionados proponen aprovechar los recursos humanos del mismo ghetto, dejando sin solución el problema de cómo integrar al personal ya existente y cómo evitar caer en la trampa de la reproducción de contradicciones sociales, en lugar de funcionar como agentes de cambio.

Gilbert A., (1970) del Harlem Rehabilitation Center de Nueva York, insiste también en que los receptores de los servicios tienen el derecho de escoger las prioridades y participar en los programas; "una agencia basada en la comunidad proporciona un servicio más efectivo a sus clientes. Si se implementa con para-profesionales tendrá una mayor base y recibirá más apoyo de la comunidad.

Los para-profesionales nacen como un sector importante y básico de los trabajadores en salud mental, a partir de la necesidad de contar con mayor personal identificado con los intereses de la comunidad, sirviendo de enlace entre la comunidad y el hospital.

- Los Para-profesionales: Se trata de personas reclutadas de la comunidad y entrenadas para atender una amplia gama de responsabilidades y tareas dentro de los progra-

mas de salud mental como son: recoger información relevante de los pacientes, dirigir o ayudar en actividades programadas, participar en grupos terapéuticos y sociales, efectuar visitas domiciliarias, tramitar asuntos en agencias sociales, transferir pacientes, conducir encuestas, ayudar en entrenamientos y hasta aplicar pruebas psicológicas, trabajando también con familias.

De acuerdo con Bernard V., "estos miembros extraídos de modos de vida similares a aquéllos de donde provienen los pacientes, establecen con éstos frecuentemente un "rapport" mucho más estrecho y una comunicación más significativa que la que generalmente se establece con los profesionales..... a este respecto, la unión (match) socio cultural del que proporciona el cuidado y del que lo recibe trae ventajas clínicas. Además como parte de la comunidad servida, son ayudados psicológica y socioeconómicamente a través de estas oportunidades. Su desarrollo constituye una manera efectiva de solucionar el problema de la falta de fuerza de trabajo".

Sin embargo, Bernard V. anota que la designación de los para-profesionales a programas de ghetto ejerciendo tareas diagnósticas y terapéuticas más allá de su competencia y sin la supervisión profesional indispensable, provoca como consecuencia una perpetuación de viejos patrones: servicios de segunda clase para las clases marginadas y para las minorías. El uso inapropiado de estos recursos huma-

nos pueden distorsionar y mediatizar su potencial; por ejemplo tenemos, en el otro extremo, a los para-profesionales ejecutando las tareas consideradas "bajas" que los profesionales prefieren evitar.

Lindover S. del Lincoln Hospital de Nueva York, (1968), refiere los problemas que se encuentran para integrar a este trabajador: la ansiedad al entrar dentro del sistema (establishment) representado por el centro, el manejo de la hostilidad, la relación con la autoridad, los conflictos étnico-grupales, los conflictos de identidad por el nuevo rol, las demandas continuas de nuevas oportunidades y ascensos y los problemas de paternalismo que generan en las autoridades por ser de otra clase. Siguiendo a la autora, las cualidades que se buscan en estas personas son: sinceridad, comprensión, sensibilidad, habilidad para relacionarse, competencia, habilidad para manejar emociones, flexibilidad, habilidad para resolver problemas en forma creativa, actitudes no punitivas y buena relación con la autoridad.

Por lo que respecta a México, tenemos la experiencia de Sergio Jaime, del Instituto Psiquiátrico Infantil de Guadalajara, (1968), acerca de la utilización de padres, voluntarios y amigos, para efectuar labores de rehabilitación ante la carencia de personal técnico en el inicio de dicho Instituto.

- Familias: Todo paciente que asiste a un servicio de Hos

pital de Dña, mantiene un doble status, ya que la mi tad del tiempo lo pasa en tratamiento y la otra mitad compartiendo sus horas como miembro de una familia. El que exista un mñimo de organización familiar, constituye uno de los criterios básicos para la admisión, por constituir un apoyo necesario a la Hospitalización Par cial.

El papel de la familia en la cura del enfermo, puede seguir dos líneas, dependiendo del enfoque sobre la etiología de la enfermedad:

1. El enfermo es considerado como desequilibrador de la homeostasis familiar y en ocasiones de la comunidad. Constituye un problema a resolver y su cura dará por consecuencia el restablecimiento del equilibrio. Tal es la posición de Peck H.B., (1962), de la División de Psiquiatría Social y Comunitaria del Albert Einstein College of Medicine, Nueva York.
" La experiencia del paciente en Hospital de Dña, puede ser vista como un procedimiento necesario cuando hay un desequilibrio homeostático de algún grupo de la comunidad del cual él es miembro, La efectividad del Hospital de Dña puede ser medida en términos de su contribución a la reconstrucción de esos grupos, y el seguimiento debe estar en relación al desarrollo y estabilidad del grupo".

Generalmente bajo este enfoque el tratamiento se da

a nivel individual y el trabajo con grupos se da únicamente como ayuda o apoyo para fortalecer y comprender al paciente. La familia en este caso es un observador que puede participar, pero sin considerarse parte integrante de los problemas. Solamente en ocasiones, después de ver los logros obtenidos por el paciente, los miembros del grupo familiar pueden solicitar ayuda individual. (ya no como grupo sino como individuos separados).

2. El enfermo es considerado como emergente de una situación familiar. Es el portador de las ansiedades del grupo y el depositario de los problemas.

" Se hace cargo de los aspectos patológicos de la situación en ese proceso interaccional de adjudicación y asunción de roles que compromete tanto al sujeto depositario como a los depositantes. El estereotipo se configura cuando la proyección de aspectos patológicos es masiva. El sujeto queda paralizado, fracasa en su intento de elaboración de una ansiedad tan intensa, y enferma. A partir de ese momento el círculo se cierra, completándose el ciclo de configuración de un mecanismo de seguridad patológico que, desencadenado por un incremento de las tensiones, consiste en una depositación masiva con la posterior segregación del depositario, por la peligrosidad de los contenidos depositados.

La enfermedad de un miembro opera como denunciante de la situación conflictiva y del caos subyacente que este dispositivo patológico de seguridad intenta controlar.....

.....Cuando enfocamos terapéuticamente un grupo familiar del cual ha surgido un enfermo como portavoz de sus ansiedades, resulta un paso decisivo para el abordaje del proceso corrector, detectar la estructura y dinámica del grupo interno del paciente, o sea la representación que éste tiene del grupo real que ha internalizado. Esta representación constituye la base de sus fantasías inconscientes en relación con su familia. El terapeuta indagará la articulación de este mundo interno con el grupo externo. A través de esa confrontación con la realidad podremos evaluar la intensidad y extensión del malentendido, enfermedad básica del grupo familiar

La tarea correctora consistirá en la reconstrucción de las redes de comunicación tan profundamente perturbadas, en un replanteo de los vínculos, con una reestructuración del interjuego de roles...
... Una familia es, entonces, una gestalt, su equilibrio se logra cuando la comunicación es abierta y funciona en múltiples direcciones". (Pichon Riviere E., 1977).

3.3.5 ALTA

Se da el alta cuando el paciente llena los criterios propios de cada servicio, ya tratados en el punto "criterios de alta".

Fase de Post-Tratamiento. El control y la evaluación periódica y continua son importantes por las siguientes razones:

- Poder evitar recaídas y controlar a tiempo crisis recurrentes.
- Poder ver si el paciente está ubicado dentro de su medio y trabajar con la comunidad en caso de que el paciente encuentre rechazo por su anterior situación de enfermo mental.
- Con fines de investigación, ya que se ha visto que diferentes tipos de tratamiento tienen diferentes resultados a corto y a largo plazo. Por ejemplo, el tratamiento de casa mostraba en un principio iguales ventajas y resultados que el Hospital de Día, pero estos resultados no se mantuvieron a largo plazo (estudio realizado en 1974 por Davis, Dinitz y Pasamanick). Niskanen P., (1971), presenta otro estudio comparativo.

3.4 PROBLEMAS

Volver a tratar los problemas de Hospital de Día, es con el fin de agruparlos y sintetizarlos, ya que dentro de cada sección se ha hablado de los problemas específicos que podrían surgir. Los problemas se pueden dar a dos niveles;

Problemas Fuera de la Insitución. Atañen directamente al servicio.

Dentro de estos encontramos:

- Las políticas generales de salud mental, subsidios, y como en el caso de México, problemas de presupuesto. (Velasco F., 1976)
- Se puede dar también el caso del aislamiento de una institución con respecto a otras instituciones, resultando por consecuencia no poder canalizar a pacientes que no pueden ser atendidos por alguna razón.; aislamiento con respecto a la comunidad, efectuando planes, objetivos y tratamiento fuera de las necesidades reales.
- Los prejuicios de la comunidad en relación a la aceptación del paciente difíciles de erradicar. Rabkin J.G., (1972), menciona algunos problemas de actitud más comunes:
 - la actitud hacia el paciente mental generalmente es negativa.
 - Se tiene poca información acerca de los desórdenes mentales.
 - La comunidad no desea que regresen los individuos que han sido hospitalizados.
 - Hay mucha resistencia a contratar a ex-pacientes.
 - Hay mayor tolerancia hacia problemas y desviaciones de la conducta que hacia los enfermos mentales.

Resistencias Internas. Se generan al producirse cambios dentro de una institución.

" Es inevitable encontrar resistencias cuando se intenta modificar

las expectativas, actitudes, conducta y cultura del personal. La necesidad de cambio se niega frecuentemente o se distorsiona; el consentimiento tácito es acompañado por tendencias para mantenerse dentro de roles familiares y patrones de conducta. Ya que el cambio implica la experiencia de pérdida, la hostilidad se encauza a través de conductas de protesta abiertas o encubiertas.

Las objeciones al cambio pueden ser proyectadas hacia los pacientes, sosteniendo que los pacientes son incapaces o resistentes al cambio. Este tipo de mensaje frecuentemente denota la necesidad del personal de mantener los límites tradicionales de los roles que separan al personal de los pacientes.

Las metas en los programas que enfatizan la rehabilitación, recuperación, resocialización, recapacitación, y reintegración, no recaen sobre el paciente sino sobre el personal. Esto hace que el personal compita entre sí y cuestiona el autoconcepto de los miembros de éste. (Hirschowitz R.G., 1976)

El paciente puede convertirse de nuevo en el depositario de todas las tensiones institucionales debido a la crisis de transición.

Hirschowitz R.G.,(1976), ha demostrado que los pacientes son los que aceptan más rápidamente los cambios, lo cual constituye una amenaza para el personal, quien los obliga a actuar en contra de los cambios y a asumir conductas que van en contra de sus necesidades.

Con respecto al personal nuevo, surgen problemas de selección, reclutamiento, entrenamiento y eventualmente de dificultad para encontrar profesionistas especializados.

También surgen problemas de organización al no prever mayor capaci

dad y cambios necesarios dentro de la organización de la institución, fallas del personal, etc.

CAPITULO CUARTO

HOSPITALES DE DIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los Hospitales de Dia para niños y adolescentes tienen características comunes con los Hospitales de Día para adultos, por lo que sólo mencionaremos algunas particularidades de éstos.

4.1. DEFINICION:

Dingman P.R., (1969), hace las siguientes distinciones:

"Podemos entender por Hospital de Día, aquellas facilidades para niños con problemas emocionales, atendidos por clínicos en psicología, psiquiatría, trabajo social psiquiátrico y con pediatras y enfermeras regulares. Este medio terapéutico incluye educación, recreación y disponibilidad de especialistas en campos no necesariamente relacionados directamente con los desórdenes emocionales, por ejemplo, los terapeutas del lenguaje".

"Escuela de Día son facilidades semejantes al Hospital de Día, pero que operan más con la guía o asesoría de personal clínico, que bajo la supervisión directa de dicho personal. Algunas enfatizan el aspecto clínico (Centro Marianne Frostig, en California) y otras, el escolar (East Bay Activity Center, en California)."

"Cuidado de Día (guardería) se restringe a programas no para niños con problemas psicológicos sino para niños que requieren un cuida

do de día básico debido a la ausencia o incapacidad de los padres. Obviamente estos servicios pueden incluir en su población a niños con dificultades psicológicas de severidad variable. El ambiente protector a veces es de importancia crítica para el bienestar del niño. Sin embargo, los esfuerzos terapéuticos están limitados a asistencia y a localizar y conseguir la terapia para el niño".

Cahn H., (1969), define el Hospital de Día como " Una estructura que permite el poner en acción concomitante la relación educativa, una pedagogía adaptada, una acción concertada sobre el medio familiar, eventualmente una psicoterapia específica o una reeducación especializada, por medio de un trabajo de equipo bajo la responsabilidad de un médico director. Constituye un intento de acercamiento interdisciplinario de trabajo con un fin común dentro de una institución estructuralmente terapéutica".

4.2. FUNCIONES DEL HOSPITAL DE DIA

- Experiencia transicional para niños con severos problemas, que han sido dados de alta de hospitalización.
- Tratamiento primario y programa educativo para niños con severos problemas que no pueden participar en escuelas oficiales.
- Función terapéutica:
 - Responde a las necesidades de higiene mental, sin estar especializada en un padecimiento determinado.
 - Trata a los niños, pero a partir de ellos es el grupo familiar el que es escuchado.

- Ayuda a los niños a alcanzar un nivel académico más de acuerdo a sus habilidades, y a reintegrarlos a una escuela eventualmente, sea normal o especial.
- Se ocupa de la aplicación intensiva y prolongada de una educación especializada, de una pedagogía escolar adaptada a cada caso, de la reeducación de los déficits y problemas específicos conjuntamente con los terapeutas médicos y con la psicoterapia.

4.3. CRITERIOS DE ADMISION

Los primeros seis criterios de admisión mencionados para los Hospitales de Día para adultos son aplicables para niños y adolescentes, encontrando diferencias en los factores que menciona Kramer B.

- Dentro de los factores demográficos, la edad constituye el único criterio básico, dependiendo de si el servicio es para pre-escolares como el Pre-School Children de Londres; para escolares como el Marguerite Fontainelle Day Hospital en París, y para adolescentes, como el Centro de Salud Mental para adolescentes en París.
- Duración de la estancia. Por estar separados los servicios de acuerdo con las diferentes edades, hay un límite de tiempo de estancia que generalmente es de dos a tres años.
- Por tratarse de pacientes que dependen todavía de sus padres, se necesita un grado mínimo de motivación y cooperación por parte de éstos y en ocasiones que estén dispuestos a aceptar tratamiento.

- Es necesario en algunas ocasiones una estabilidad mínima del hogar, entendiéndose por ésto que los padres vivan con el niño, o alguna persona que haga la función de éstos.

- Diagnóstico.. Es importante en función de los objetivos para los cuales fué creado el servicio. En caso de tratarse de una escuela, ésta atenderá casos más leves que si se trata de una clínica.

El límite de estancia por sí mismo, limita el rango de pacientes admitidos con base en un diagnóstico determinado, quedando excluidos los niños con daño neurológico orgánico y retraso mental, por requerir tratamientos a largo plazo. Por esta misma causa los niños autistas quedan algunas veces excluidos, a menos de que el centro esté destinado precisamente para eso, como el Chicago Read Mental Health Center.

De acuerdo a la experiencia del Hospital Henri Rouselle en Francia, los desórdenes de carácter y psicopatías son contra-indicaciones del Hospital de Día, debido a que la organización voluntariamente liberal de este servicio, parece agravar los trastornos de ese tipo de pacientes.

La severidad del diagnóstico no es determinante en la admisión de pacientes, ya que excluyendo los casos citados anteriormente, todos los demás prácticamente quedan incluidos.

4.4. CRITERIOS DE TRATAMIENTO

Se siguen las mismas líneas teóricas expresadas en los Hospitales de Día para adultos: favorecer el control de las emociones o su expresión. Dependiendo de ésto, se harán los objetivos

del tratamiento. En el primer caso el paciente será reincorporado a la escuela lo más pronto posible y en el segundo caso, se tratará de reducirle las ansiedades básicas para que pueda enfrentarse a la realidad en la forma más madura y activa posible.

4.5. CRITERIOS DE ALTA

Los criterios de alta son iguales para la población infantil que para la población adulta y han sido expresados en el capítulo tercero.

4.6. ESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES DE DÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Las variables que se van a manejar serán las mismas que para los Hospitales de Día para adultos, con las siguientes diferencias:

CLAVE

DIAGNOSTICO

Se añaden.	- problemas de conducta (hiper-	
	kinesia, anorexia, trastornos	
	de aprendizaje, etc)	Pc

PERSONAL

Se añade	- maestro escolar	M
	- Analista	A

DERIVACIONES

Se suprime lo relativo a derivaciones por no contar con suficientes datos

CLAVE

ESTANCIA

Se añade - límite de tiempo Lt

PROGRAMAS

Se mantienen psicoterapia de grupo, familiar, somática, educativa, artística.

Se añaden - grupos de orientación a padres Or

- psicoterapia para padres Pp

- psicoterapia infantil Pi

- terapia de lenguaje Tl

- psicomotricidad Pm

RESULTADOS

Sólo se tienen en función de la ubicación del paciente, agregando los siguientes subíndices

- escuela normal Esc

- escuela especial Ee

4.7. ESTRUCTURA DE LOS CUADROS

Los cuadros se presentan agrupándolos por edades de los pacientes:

- Hospitales de Dfa para niños
- Hospitales de Dfa para niños y adolescentes, y

- Hospitales de Día para adolescentes.

4.8 CUADROS DE LOS HOSPITALES DE DIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

(ver páginas siguientes)

4.9 COMENTARIOS A LOS CUADROS

Los Hospitales de Día para niños y adolescentes pueden funcionar medio tiempo o tiempo completo.

Hay preponderancia de personal calificado sobre el para-profesional, contándose con menos auxiliares. Esto puede explicarse ya que el tratamiento que se da a los niños es más específico de acuerdo al tipo de padecimiento y a la edad. Las terapias son dirigidas a rehabilitar un área en especial, sea lenguaje, psicomotricidad, etc., mientras que en el adulto esto es mucho más inespecífico.

Los padres adquieren gran importancia dentro del tratamiento. En ocasiones son tratados individualmente y otras veces solamente reciben orientación.

Los programas de tratamiento parecen ser más o menos homogéneos en todos los centros, variando únicamente en el énfasis que se le da al aspecto escolar o al terapéutico.

El cupo de los servicios es de alrededor de treinta sujetos, con una estancia promedio de más o menos dos años. Hay un límite de estancia debido a la edad.

Se atienden niños de ambos sexos cuyas edades van desde lactantes hasta la adolescencia, con 19 años como tope en el caso de estos últimos.

En todos estos Hospitales de Día se atienden casos severos, problemas emocionales y algunos casos con lesión irreversible que no impida un desarrollo posterior.

Los resultados que se obtienen son escasos, pero éstos coinciden en decir que el 76% de la población se reintegra totalmente a la comunidad.

4.10 FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE DIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Motivo de Consulta. De acuerdo con la Clínica Chicago Read Mental Health Center, los motivos de consulta pueden ser:

- Dificultades de interacción (retraimiento, falta de relación, ansiedad de separación, inmadurez social y agresión).
- Problemas de disciplina y control.
- Problemas de lenguaje y comunicación.
- Hiperactividad.
- Problemas afectivos.
- Conducta bizarra.

En cuanto a los problemas de desarrollo cognitivo o de aprendizaje, Baumann E.h., (1976), señala que son mencionados muy raramente, aunque es evidente el problema, debido a la angustia que le genera a la familia la comprobación de un retardo mental por parte del paciente.

En el caso de los niños son los padres los que traen el motivo de

consulta, y el niño es traído por ellos. Los problemas variarán de acuerdo con la fase de desarrollo en la que se encuentre el paciente, observándose aquí que los diagnósticos estarán dados en base a criterios de maduración y desarrollo principalmente. En niños pequeños la utilidad del diagnóstico es cuestionable, a menos de que éste sea entendido en función del medio ambiente total del niño y su modo de funcionamiento en ese momento. Es extremadamente difícil el pronóstico y la evaluación del tratamiento y frecuentemente es só lo después de un largo tiempo se puede intentar el diagnóstico.

En cuanto a los adolescentes, Haim A., (1969), recomienda no aceptar casos si no hay serios signos de desadaptación, ya que esto interrumpe sus estudios. Los principales problemas que se pueden encontrar entre los adolescentes son:

- Framacodependencia.
- Crisis de identidad, y
- Problemas de conducta.

En algunas áreas los adolescentes son tratados como adultos, por presentar sintomatología semejante.

Procedimientos de Admisión de Pacientes. En algunos servicios de Francia e Inglaterra, existe una fase de pre-tratamiento, que surgió como respuesta a problemas que se presentaban con los padres, quienes insistían en el alta antes de tiempo, observándose además poco cambio en los pacientes porque ni los padres ni el niño estaban precondicio nados al tratamiento. La ventaja de esta fase de pre-tratamiento re-

side en el tratamiento ambulatorio que se proporciona al niño y las entrevistas regulares a las familias, para ver si se justifica la admisión del paciente al servicio.

En Londres, en el Child Guidance Training Center, los niños que son admitidos tienen una fase de observación para facilitar el diagnóstico de los que tienen problemas y no se ha decidido aún dónde ubicarlos. Buckle D.F., (1972), menciona las ventajas que puede tener esta fase de observación:

"La posibilidad dada al equipo psiquiátrico de acumular datos sobre el niño y su familia, no constituye la única razón de la estancia del sujeto en un centro de observación. Esta estancia permite, por la observación y la comprensión del comportamiento del niño en un nuevo medio, obtener nuevos datos. El trabajo de observación puede ser asumido por todos los que se encuentran en contacto con el niño. Puede ser continúa y permitir así estudiar al paciente en situaciones corrientes que se presentan en el centro, anotando las relaciones que establece con los diversos miembros del personal, así como con los demás niños".

Cuando es posible tener en observación a la madre del niño (o aún simultáneamente a la madre y al padre), puede efectuarse un diagnóstico más completo. Este método es aplicable a menudo si se trata de niños prqueños.

En otros centros se siguen procedimientos habituales de admisión, haciendo estudios de las diferentes áreas por el personal de psiquiatría, psicología, trabajadores sociales, terapistas, etc.

Tratamiento. Las dos líneas que se presentaron en el tratamiento de adultos vuelven a manifestarse a través del énfasis en el aspecto académico, por un lado, reforzando defensas del yo para lograr una adaptación a la realidad de una manera socialmente aceptable. Esto implica mayor control de impulsos, defensas adecuadas, capacidad de relación y desarrollo de capacidades intelectuales, y procesos integrativos con un énfasis sobre la realidad; por el otro lado, la otra línea terapéutica enfatiza los aspectos clínicos y terapéuticos, propiciando la utilización de las capacidades al máximo y la expresión de su ser, ayudándole a atravesar las diferentes etapas hasta alcanzar un nivel adecuado.

El programa educativo funciona como cualquier programa, pero además da experiencias para poder intervenir terapéuticamente, ya que la desorganización del niño se manifiesta bajo la situación de aprendizaje. Así, ésta es una oportunidad para tratamiento y enseñanza. Además de dar información y desarrollar habilidades, el programa debe tratar de aumentar la estabilidad personal y el funcionamiento social.

En casos de problemas específicos de aprendizaje, se utilizan diferentes técnicas para remediarlos y abordarlos, generalmente a tres niveles:

- Sensorio (hipoacusias, debilidad visual, etc)
- De Integración (problemas conceptuales, perceptuales, de lateralidad, etc.)
- Motor (Falta de equilibrio, problemas de coordinación motora gruesa o fina, etc.)

Todo esto se hace con base en patrones de maduración y desarrollo.

Las modalidades de tratamiento se adecúan a la edad de los pacientes, como en la psicoterapia infantil en donde el juego y el dibujo, entre otros, pueden ser los canales de expresión. Es importante recalcar que el conjunto de técnicas y el personal deben ser abiertos y que los principios terapéuticos se sostengan para formar un ambiente verdaderamente terapéutico y en función del enfermo. Este ambiente es determinante para el tratamiento de niños autistas o psicóticos, en donde en ocasiones es el niño el que determina la elección del terapeuta, dándole más seguridad y un contacto más estrecho con él. El que efectúe las funciones de terapeuta primario, podrá ser cualquier miembro del equipo sin distinción de grado académico, tomándose sólo en cuenta las aproximaciones del niño hacia él, como sucede en el Chicago Read Mental Health Center, donde el 90% de la población tiene una regresión hasta la etapa de la relación diádica.

Dentro de la institución, Buckle D.F.(1972), advierte ciertos problemas técnicos que surgen a partir de la práctica de la psicoterapia individual o de grupo. Estos son:

1o. "La relación de transferencia que se establece con el psicoterapeuta corre el riesgo de ser limitada y complicada por la presencia en la institución, de otros educadores que también pueden convertirse en el objeto de una transferencia parcial. Las interpretaciones del psicoterapeuta deberán tener en cuenta por este motivo, una situación muy particular".

20. "En el caso de que las relaciones familiares del niño estén profundamente perturbadas, sea porque los padres no han desempeñado su papel o porque han desaparecido, la relación psicoterapéutica no tendrá un carácter únicamente transferencial. Convendrá entonces dar una cierta importancia a la situación nueva en la que el niño querrá persuadirse de que no será abandonado por el psicoterapeuta o tendrá tendencia a huir de éste para no vivir un nuevo abandono que ya conoce demasiado bien. En este caso se intentará establecer una sólida relación de confianza antes de que se inicie una acción psicoterapéutica real".
30. "Cuando los niños son tratados por trastornos que se manifiestan principalmente en su comportamiento, el psicoterapeuta deberá hacerse aceptar por ellos antes de que puedan conseguir se progresos útiles por la aplicación de métodos individuales".
40. "Algunos niños se vuelven muy excitables cuando son sometidos a una acción psicoterapéutica y entonces su regresión plantea problemas en la institución".
50. "Por lo que respecta a la psicoterapia de grupo, la experiencia demuestra que el tratamiento de grupos terapéuticos especiales en el marco institucional, por medio de los métodos habituales de la psicoterapia de "grupos cerrados", no es fácil ni mucho menos, pues en lo referente a los grupos sociales ya estructurados de un centro, se corre el riesgo de que se cree una confusión en cuanto a los papeles respectivos del

psicoterapeuta y del educador".

En caso de que la psicoterapia infantil esté indicada, no se puede concebir una intervención en el niño sin completarla sin una empresa paralela en favor del medio; es decir, los padres. El tratamiento a los padres es un punto muy importante por lo que merece tratarlo separadamente. Se mencionarán aquí únicamente los tres niveles de trabajo a los que alude el Dr. Haim A. (1969):

- Seguirlos
- Ayudarlos
- o tomarlos en psicoterapia, no siendo necesario tra-
tarlos a todos en una forma terapéutica.

-El Equipo Terapéutico: Básicamente el equipo terapéutico está cons-
tituido por los miembros equivalentes al de un equipo terapéutico
dentro de un Hospital de Día para Adultos, sólo que en este caso
existen especialistas en desarrollo infantil, agregando a los maes-
tros escolares que son los que completan la labor y ayudan a la
transición de la clínica al medio escolar.

Los roles de los distintos profesionistas se conservan pero con
técnicas propias para los sujetos que están tratando y el área que
están rehabilitando. Por este motivo se analizará únicamente el rol
del maestro escolar, el del psicólogo, y el de los padres porque
presentan algunos cambios.

-El Maestro Escolar: El maestro cumple funciones sumamente impor-

tantes en la detección de problemas que muchas veces no son percibidos o son negados por la familia. De esta fuente proceden las derivaciones más comunes en niños y adolescentes hacia el Hospital de Día, ya que está consciente de que su acción aislada muchas veces no es suficiente para combatir los padecimientos.

La escuela a través del maestro puede proporcionar un ambiente y un modelo de identificación distinto al de los padres, cumpliendo junto con ellos la función socializadora y educativa que demanda la sociedad.

El maestro y los padres son fuente de información valiosa para el diagnóstico ya que tienen la oportunidad de convivir y observar al niño desde un ángulo distinto, en un medio diferente al de la clínica.

Dentro del Hospital de Día el maestro también es figura clave, ya que para los niños que han estado poco escolarizados, una actividad con el maestro aporta a la vez una imagen de identificación y un principio de actividades de análisis y síntesis.

Es imprescindible establecer un balance de los conocimientos y de las posibilidades escolares reales en los niños. Este paso no es realizable sino en la práctica cotidiana de la clase. El clima específico de la clase dentro del Hospital de Día es más bien liberal pero dentro de los marcos y límites necesarios para darle al niño una estructura estable.

En Francia, el sexo del maestro se toma en cuenta en función de las diferentes etapas que atraviesan los niños. En el Marguerite Fontainelle Day Hospital, los pre-escolares funcionan con dos ma-

estras, mientras que los escolares tienen por maestros a un hombre y a una mujer.

En cuanto a la formación de los grupos, la selección depende de la personalidad de la maestra o maestro, de sus afinidades con el niño, de su habilidad para el manejo de ciertos casos, de su método característico de estructura y organización, de sus ansiedades, etc.; sin olvidar variables como el nivel de funcionamiento, la madurez, la patología del niño, y la homogeneidad en cuanto a la edad.

El maestro, por su estrecho contacto con el niño está en la posición clave para proporcionar la atmósfera necesaria para un trabajo terapéutico. Por esta razón muchas veces los aspectos de rehabilitación se integran junto con los aspectos académicos. El equipo trabaja a través de él.

-El Psicólogo: Dentro de esta área el psicólogo tiene posibilidades de participar y de hecho lo hace, en los distintos aspectos terapéuticos, supervisando y coordinando actividades. Se observa que así, está más en contacto directo con los pacientes y con los padres de los pacientes. Todo lo que se comentó en la sección anterior sobre su rol, puede ser de nuevo aplicado en esta sección.

-Los Paraprofesionales: Resinger J., Ora J.P., (1976) señalan que han trabajado sobre este tópico y dan las referencias para ampliar el tema en las siguientes áreas:

-Los no profesionales en un rol de agente de cambio
(Tharp R.G., Wetzel R.J., 1969).

- Materiales de Instrucción Programada (Patterson y Guillion M.E., 1968; Becker W, 1971).
- Equipos de Auxiliares y Enfermeras (Atthowe J.M., y Krasner L., 1968)
- El Papel de los Compañeros, profesores y Padres (Patterson G.R., Anderson D., 1964; Brown P, Elliot R., 1965; Wahler G., Winkel G.H., Peterson R.F. y Morrison D.C., 1965)

-Los Padres: Pueden ser considerados como parte de los para-profesionales, con un rol potencial de agentes de cambio. El tipo de trabajo y las metas que se persigan con los padres, dependerán del marco teórico del cual se parta.

-Modelo Conductual. Los principios de la conducta, virtualmente ordenan la involucración de todas las personas que rodean al niño como apoyo para su modificación conductual. "El apoyo parental ha sido esencial para mantener la conducta deseable, lo mismo que para asegurar el continuo decremento de la conducta indeseable del niño". (O'Leary, Becker W. , 1967)

Dentro de la línea conductista, Shah, Ora, Burgess, citados por Resinger J., 1972, sostienen que aún padres diagnosticados como perturbados pueden ser entrenados como agentes de cambio; otros autores reportan ciertos fracasos en clases sociales bajas, argu

mentando que la posición social fué la causa determinante de éstos.

Queda por demostrarse aún si el entrenamiento de los padres con las técnicas conductuales, los habilitan como educadores, como agentes de cambio para aplicar principios que requieren en ocasiones distintas técnicas.

-Modelo Centrado en el Cliente: Dentro de este modelo, se ha tratado de incluir en forma activa al padre, haciéndolo participar en sesiones de juego.

El acercamiento terapéutico diseñado para niños de menos de 10 años de edad perturbados emocionalmente, incluye el entrenamiento a grupos de padres para conducir sesiones de juego estandarizadas con sus niños. Previamente a las sesiones dentro del hogar, se provee a los padres de un entrenamiento intensivo de 6 a 8 semanas.

La terapia filial visualiza al padre como primer contribuidor del bienestar de su niño e implementa un rol de acuerdo a éste. La participación parental en terapia, ha incluido a todo tipo de individuos exceptuando los pre-psicóticos osuicidas. Sin embargo los padres no necesariamente tienen que estar libres de necesidades conflictivas y patológicas, pero no deben expresar conductas que nieguen el entendimiento del niño y sus necesidades psicológicas básicas.

Estudios anteriores centrados en el cliente han demostrado la posibilidad de que los no-profesionales tengan un rol terapéutico (Stover L., Guerney B.G., citados por Resinger J., 1972). Los resultados indican además que las madres también son capaces de aprender y aplicar las técnicas filiales y que el comportamiento de los niños puede cambiar en respuesta a esos procedimientos.

-Modelo Psicodinámico: Irvine E.(1969) resume este enfoque de la siguiente manera: "Los padres son personas que sufren del mismo modo que el niño; su comportamiento patógeno está fundado en sentimientos profundos, a menudo inconscientes, y de alguna manera constituye para ellos una solución a sus problemas personales sentidos como intolerables. Esto explica por qué algunos padres a pesar de su deseo de ayudar al niño se niegan a cambiar su conducta. Así como el Psicoanálisis se ha enriquecido por el estudio de la resistencia del enfermo, ha sido la resistencia de los padres lo que ha hecho evolucionar a la Psiquiatría Infantil".

Condiciones del Tratamiento: Entre el tratamiento de tipo individual y el tratamiento de tipo familiar, existen algunos intermedios:

-El niño es visto por un psicoterapeuta y los padres conjuntamente, por otro. Es la forma utilizada general

mente en Europa.

-El niño puede también seguir tratamiento individual y los padres ser tratados separadamente por otro médico.

-El niño sigue tratamiento individual y los padres son seguidos cada uno por un terapeuta diferente.

-En especial para niños más pequeños, el tratamiento de los padres se da por un analista, encargándose aquéllos de una cierta actividad interpretativa con el niño, si siguiendo las directrices dadas por el médico. Sabemos históricamente que esta fórmula fué elegida por Freud para el tratamiento del pequeño Hans, pero no hay que olvidar que toda actitud analítica en la relación cotidiana de los padres con el niño, podría resultar una empresa singularmente angustiada para el niño.

Para la aproximación del tratamiento madre-niño, hay una extensa gama de estudios sobre el rol de los padres. La madre ha sido observador pasivo cuya presencia puede ser o no interpretada por el terapeuta, un asistente para el terapeuta que puede estar motivado para emplear técnicas analíticas con su niño. (Elkish, P. 1953) y/o el agente de cambio primario con la ayuda y consejo directo o indirecto del terapeuta (Jacobs L., 1949).

El equipo de París ha utilizado la técnica psicodramática. Lebovici S. (1973), hace asistir a uno de los padres, cualquiera de los dos, no sin precauciones a una sesión de psicodrama en la que el niño es actor. Esto equivale a una demostración directa para el adulto de

la manera en que el niño lo fantasea y lo ve.

Diatkine R. en el Centro Alfred Binet, utiliza como técnica el reunir varias veces al año a los padres cuyos hijos siguen el mismo tratamiento, para reducir las tensiones que podrían perturbar los tratamientos o interrumpirlos. Con explicaciones generales que no van dirigidas a alguien en particular, plantean ciertas cuestiones difíciles de abordar directamente dada la agresión narcicista, que inevitablemente hubiera implicado, evitando que se genere una discusión de grupo difícil de controlar.

Todos los puntos anteriores, implican la involucración de los padres en el tratamiento psicoterapéutico de sus hijos, pero puede darse éste sin que necesariamente los padres entren a tratamiento. En muchos casos la labor con los padres es a base de orientaciones, o también pueden participar como auxiliares en la preparación de material para sus hijos, como lo hacen en el Centro Marianne Frostig en California.

Se ha abordado aquí el aspecto psicoterapéutico, sin olvidar los otros tipos de tratamiento, por considerarlo básico y porque dentro del modelo psicodinámico dará los lineamientos a seguir en otras áreas.

Dentro del aspecto reeducativo, el tratamiento puede darse en forma individual, grupal, o combinarse, dependiendo de los recursos y formas de trabajo de los diferentes servicios.

Programas como los conductuales pueden ser de casa, completando el tratamiento. Además, pueden existir programas conjuntos con escuelas a distintos niveles. Esto se abordará en la fase de post-tratamiento.

4.11 ALTA

Al igual que en los Hospitales de Día para adultos, ésta se da cuando el paciente llena los criterios de alta tratados dentro del capítulo anterior.

Debido a las dificultades en la reintegración del niño al ciclo normal de enseñanza, es imprescindible el concordar relaciones con estructuras exteriores, especialmente en el medio escolar. Bailly-Salin M.J., (1960), en Francia, recomienda nunca regresar al niño al medio escolar originario, evitando de esta forma prejuicios desfavorables en su contra. En México, en el Hospital Psiquiátrico Infantil, estos problemas eran manejados anteriormente sin sacar oficialmente al niño de la escuela, previo acuerdo con las autoridades. El niño seguía asistiendo una vez por semana a su escuela, y los demás días asistía al servicio donde se seguía el programa escolar junto con el tratamiento, estando en permanente comunicación con la maestra. El alta se daba en forma gradual, quitándole horas de tratamiento en favor de horas de escuela hasta su total permanencia en el centro escolar.

En el Technoma Workshop de Pittsburgh Penn., se han impe-

mentado varios programas para que ayuden a la transición entre el alta y la escuela. Estos son:

- Instrucción Individual
- Instrucción de Grupo
- Instrucción de Grupo complementada por una clase regular en una escuela pública.
- Asistencia de Medio Tiempo a una Clase Regular con tutoría y asesoría del personal del Centro de Día en la escuela pública.
- Asistencia Total y de Tiempo Completo a Clases en la escuela pública con o sin asistencia del personal.

4.12 PROBLEMAS ASOCIADOS A LOS CENTROS DE DIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Problemas con respecto a:

Padres: La incidencia de los padres con perturbaciones que llevan a sus hijos a Hospitales de Día, es alta. Se trata de las llamadas familias multiproblemas, caóticas, inestables, con crisis continuas y conflictos sin resolver. Hay historias frecuentes de patología en generaciones anteriores.

El peligro de ésto es que los problemas de los padres puedan llegar a dominar la atmósfera de la unidad, abosribiendo todos los recursos disponibles para su tratamiento.

En Londres, los Centros mantienen una política de mantener sepa-

rados a los padres de los niños; en Francia, recomiendan, en caso de necesitar tratamiento individual, referirlos a un tratamiento externo, por no ser conveniente tratar a los padres bajo las mismas premisas que a sus hijos.

Otro problema asociado con esto, es la rivalidad que se puede generar entre el terapeuta del niño y el de la familia; entre el terapeuta del niño y la madre. Baumann E.H., (1976), sugiere manejar lo anterior fomentando canales formales y no formales de comunicación y a través de un mayor número de juntas de equipo, para ayudarlos a resolver problemas de competencia, contra-transferencia, sobreidentificación y conflicto en relación a los niños y entre sí. A veces se incluye la participación esporádica del terapeuta del niño en las sesiones de los padres para trabajar los conflictos.

Niños: Donde dominan los métodos para los padres, se pueden olvidar las necesidades de los niños. Los niños con problemas de comunicación pueden encontrar que los otros niños, padres, y el equipo son sobreestimulantes.

Puede haber rivalidad entre los grupos para obtener la atención de los maestros. Paradojicamente esto se da menos en grupos grandes donde hay menos contaminación de relación transferencial parental.

Los grupos de niños necesitan estructurarse con mucho cuidado

do. Muchos niños agresivos pueden afectar la atmósfera terapéutica, lo mismo que niños pasivos. Es necesario mantener el equilibrio entre casos serios y leves para preservar la imagen de un centro de salud con dinamismo. Es bueno tener diferentes casos terapéuticos y reeducacionales, pero debe considerarse si deben ser aplicados en forma simultánea o sucesivamente. El orden en que se apliquen es importante para que la acción no se neutralice. El balance entre niños y niñas también puede ser benéfico.

Equipo: El enfrentarse con niños y padres con problemas serios, puede traer respuestas de inadecuación, terror y rabia. Esto es especialmente frecuente entre los terapeutas jóvenes, quienes son dados a dar consejos y a asumir la imagen idealizada y omnipotente que los padres le proyectan, con el deseo de cambiarlos y llevarlos a un estado de cosas que el terapeuta estima de acuerdo a sus propios patrones como lo más adecuado (Diatkine, Henry Paul, 1972).

Es importante que las juntas no solo traten problemas acerca de los niños y los padres, sino también de los sentimientos y problemas que el equipo experimenta en relación a su trabajo. Cuando hay trabajadores de diferentes especialidades, se puede trabajar con roles difusos, lo que trae conflictos de identidad profesional. Los padres a menudo depositan en una persona específica del equipo su confianza, trayendo como consecuencia que ese miembro tome a su cargo la responsabilidad del paciente. De esta manera se establecen canales de comunicación donde los padres encuentran menos problemas.

CAPITULO QUINTO

INVESTIGACIONES SOBRE HOSPITAL DE DIA.

Las formas de aproximarse y de conocer la realidad, pueden lograrse a través de diferentes métodos. En este caso existen dos alternativas metodológicas: el método clínico y el método experimental. Ambos métodos presentan un punto de contacto que es la observación.

De acuerdo a Pasternac M.(1975) "La observación tiene su lugar ineludible en el proceso científico bajo formas rigurosas de aplicación que individualizan cuidadosamente aspectos del fenómeno enfocado (denominados variables). El método experimental y el clínico pueden ser vistos descriptivamente como dos formas de observación diferenciadas por la relación inversa que exhiben entre el número de variables consideradas y el número de sujetos en que se les estudia... La experimentación puede describirse como una observación rigurosa cuyo ideal es reconocer las variaciones de una sola característica (variable independiente) en un elevado número de sujetos, en tanto el método clínico trata de registrar la observación del mayor número posible de variables en un solo individuo, pero en realidad la diferencia esencial estriba en el lugar que ocupan en el proceso de producción del conocimiento".

Estos dos métodos no son excluyentes, sino que pueden complementarse bien sea utilizándolos simultáneamente para enriquecer los datos

que se obtengan, o bien en dos tiempos distintos. Los datos clínicos pueden proporcionar la información esencial acerca de las variables que puedan estar afectando al experimento en un momento dado, e inclusive se observa en la mayoría de los casos que los métodos se encuentran en tremezclados con diseños cuasi-experimentales e instrumentos clínicos. Por otro lado puede darse el método clínico como la fase preliminar ne cesaria para poder plantear el problema y de ahí partir el diseño expe rimental para evaluar cuantitativa y cualitativamente las variables ya detectadas; en una fase posterior a la investigación, el recurrir al mé todo clínico podrá ser esclarecedor, ampliándonos las conclusiones para poder partir hacia una elaboración teórica sin la cual toda investigación queda incompleta.

En este capítulo se reseñarán las investigaciones que han tratado de utilizar el método experimental sin ignorar por ello las investigaciones de tipo clínico utilizadas más frecuentemente por las escuelas europeas.

Existen numerosos reportes acerca de resultados pero no se inclu ye la forma de cómo se obtuvieron los datos. En la gran mayoría hay va riabilidad en la recolección de información, no hay objetivos ni críte rios uniformes y en algunos casos se trata de investigaciones retrospec tivas.

5.1 DIFICULTADES QUE PRESENTA LA INVESTIGACION EXPERIMENTAL EN ESTE CAMPO:

-Dificultad para hacer seguimientos a largo plazo de

los pacientes. La mortalidad frecuente en la población psiquiátrica puede ser una de las variables que invaliden el estudio.

-La imposibilidad de un riguroso control en todas las variables, por no poder separarse dentro de este con texto los fines terapéuticos de los de investigación. No puede hablarse de interacciones estandarizadas en tratamientos que incluyen modalidades terapéuticas ta les como psicoterapias, dinámicas de grupo, etc.

Por tratarse de seres humanos que sufren y no de sujetos que se prestan voluntariamente a un experimento, hay implicaciones éticas que no pueden soslayarse, a ún cuando se justifique su participación con fines científicos. No se puede ocultar que por azar un paciente pueda permanecer dos o tres años internado mientras compañeros suyos concluyen el tratamiento en externado en menor tiempo sin poder hacer nada al res pecto.

- En los estudios de seguimiento, las variaciones en los resultados de las evaluaciones pueden deberse a factores distintos; entre ellos están:

- 1) Efectos del post-tratamiento
- 2) Recuperación espontánea
- 3) Efectos a largo plazo de la varia ble que se está midiendo

(Niskanen P., 1974).

4) Cambios debidos al paso del tiem
po, ya sea en el medio o en el
paciente. (Herz D.I., 1971)

- Los instrumentos no miden en ocasiones lo que pre-
tenden, siendo poco válidos. Llevan también implíci-
tos criterios de salud, enfermedad y adaptación, que
muchas veces no son adecuados sin complementarlos con
otros.
- En estos estudios los evaluadores no siempre son ob-
jetivos, encontrándose en algunos casos que éstos y
los terapeutas son los mismos, criterios que para el
parámetro experimental restan confiabilidad, no así
para el parámetro clínico.
- Muchas veces las investigaciones están sujetas a po-
líticas administrativas más que clínicas, lo que
puede influir en los resultados si éstos se miden
por ejemplo unicamente por tiempo de estancia (Wil-
der J.F., 1966, del Bronx Municipal Hospital, Nueva
York).

Por estas razones las investigaciones en el campo clínico general-
mente poseen un diseño de tipo cuasiexperimental. De acuerdo con
Campbell D., y Stanley J., (1978), los cuasiexperimentos "se pre-
sentan en situaciones sociales en las que el investigador puede
introducir algo similar al diseño experimental en su programación

de procedimientos para la recopilación de datos, aunque carezca de control total acerca de la programación de estímulos experimentales que permite realizar un auténtico experimento".

Después de revisar la bibliografía existente de los Hospitales de Día, de los años sesenta a la fecha, hemos extraído los seis estudios mejor llevados a cabo y más representativos de las investigaciones no descriptivas que se han hecho. Estos se presentarán por medio de cuadros.

5.2 ESTRUCTURA DE LOS CUADROS

Los estudios presentados están ordenados en forma creciente de complejidad, en cuanto a controles, tipos de variables implicadas y grado de rigor metodológico.

5.3 PRESENTACION DE LOS CUADROS (ver páginas siguientes)

5.4 DISCUSION Y COMENTARIOS DE LOS CUADROS

Objetivos de los estudios: Los experimentos 1,2 y 6, tienen objetivos similares, es decir, los tres intentan evaluar en alguna forma los resultados y la eficacia de un programa de Hospital de Día, con diferencia en el diseño.

Los estudios 3 y 5 se enfocan principalmente sobre el aspecto terapéutico de los programas y los resultados esperados.

En cuanto al número 4, éste difiere de los anteriores en que sólo se traza como objetivo ver las categorías diagnósticas que pueden

NOMBRE DEL ESTUDIO Y REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.	AUTOR	ESCENARIO 111
An Evaluation of the Veteran's Administration Day Hospital Program; Hospital & Community Psychiatry, <u>29-5</u> , pp.297-302.	Davis J.E.; Lorei T. W.; Caffey E.M. (Mayo 1978)	Veteran's Administration. Dept. of Medicine & Surgery, Wash., E.U.A.
Treatment Results achieved in Psychiatric Day Hospital Care; A follow up of 100 patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, <u>50</u> , pps.401-409.	Niskanen P (1974)	Clínica Psiquiátrica del Hospital Central de la Universidad de Helsinki.
A Comparative Evaluation of Two Day Hospitals; Journal of Nervous & Mental Diseases <u>63,4</u> ; pps. 253-262.	Austin N.K.; Liberman R.P.; King L.W.; Serps W. (1976)	Oxnard Mental Health Center, L.A., Calif. E.U.A.
A Two Year Follow-up Evaluation of Acute Psychotic Patients treated in a Day Hospital; American Journal of Psychiatry, <u>122</u> , pps. 1095-1101.	Wilder J.F.; Levin G. Zwerling I. (1966)	Centro Hospitalario Municipal de Bronx, N.Y. E.U.A.
A Controlled Comparison of Psychiatric Day Treatment and Inpatient Hospitalization. Journal of Consulting in Clinical Psychology, <u>44-4</u> , pps. 665-675.	Washburn S.L.; Vannicelli M; Scheff B.J. (1976)	Mc. Lean Hospital, Belmont, Massachussets, E.U.A.
Partial Hospitalization-Better, but Why & for Whom? Journal of Community Psychology, pps. 357-365.	(1978)	
Day vs. Inpatient Hospitalization. A controlled Study. American Journal of Psychiatry, <u>127-10</u> , pps. 1371-1383.	Herz M.I.; Endicott J.; Spitzer R.; Mesnikoff A. (1971)	Washington Heights Center. Instituto Psiquiátrico del Estado de N.Y. E.U.A.

TIPO DE ESTUDIO	TIEMPO DE ESTUDIO	POBLACION	MUESTRA	METODO DE SELECCION.	OBSERVACIONES 112
Estudio de seguimiento longitudinal (pre-post test)	3 meses	1410	1410	Toda la población existente en 34 Hospitales.	El seguimiento se hizo con el 70%.
De seguimiento	4 años	100	100	Los primeros 100 pacientes en ingresar al H.D. sin selección	El seguimiento se hizo con el 91%
Comparación entre dos grupos experimentales.	2 años	56	I=30 II=26	Población existente para seleccionar al azar (c/3er pac.)	Las metas se ajustan a cada sujeto. No fue posible seguir a todos
Diseño de Grupo Control Pre-test Post-test)	2 años	378	Hospit:189 H.D.: 189	Al azar después de un filtro de la muestra.	Se estudia a los rechazados (orgánicos) Seguimiento con 92% de los pacientes.
Diseño de un grupo Control y 2 Grupos Experimentales.	2 años	392	Hospit:30 H.D.: 34 H.D.Exp:29	Al azar (los 2 grupos experimentales). El grupo control con población existente. El grupo experimental tenía de 2-4 semanas de hospitalización.	El personal se motivó más con los pacs. de H.D. Los pacs. del grupo H.D. Experimental estaban más enfermos que el grupo control.
	2 años	424	Hospit:45 H.D.: 45	Al azar después de filtro quedando el 22% del original; con una x de 3 días de hospitalización	Los pacs. asignados al azar no podían cambiar en 2 meses. Seguimiento con el 75-82% pero se balancearon los grupos.

ESQ.	NEUROS	CARACTERISTICAS DE LA POBLACION			MASC.	FEM.	CASADO	SOLTERO	STATUS	OCUP. (desempleado)	ESCOL (Univ)	113
		D. PERS	OTRAS	BORDER								EDAD \bar{x}
36%	31%	23%			98%	2%				35%	33%	36
28%	54%		4%	14%	53%	47%	24%					28
I 53%	36%	10%			43%	46%	36%	53%		86%	30%	16-30 53%
II 42%	46%	3%	7,7%		57%	54%	23%	57%		80%	23%	61%
62%		20%		18%		100%			Clase Media			33
57%	9%	5%			43%	57%	32%	50%	media alta			25
40%	22%	11%			38%	62%	40%	44%	media			25

PROCEDIMIENTO

Se estudiaron a todos los pacientes en un período de 3 meses sin control de ningún tipo con un pre-test y un post-test.

Estudio retrospectivo con una evaluación a los 4 años, fecha en que se hizo el estudio, sin controles de ningún tipo, comparando los datos con los obtenidos inicialmente en el expediente clínico.

Los grupos diferían en tipo de tratamiento: I Conductual; II Ecléctico. Diferían también en la ubicación física y personal.

Ingreso directo pero al azar fué la asignación a grupos. Las modalidades de tratamiento diferían en horario, localización, personal, constitución de grupos y terapias.

Se asignaron los pacientes seleccionados al azar (a hospitalización u Hospital de Día) y el grupo control se tomó de pacientes que estaban ya en Hospital de Día. Se evaluó durante 24 meses. De acuerdo a los autores los tratamientos y condiciones eran semejantes excluyendo el horario.

Se asignó al azar a los pacientes después de un filtro de la muestra. Los dos grupos fueron tratados en el mismo lugar, con el mismo personal y con idénticas actividades durante el día. Los pacientes de día iban a sus casas mientras que los hospitalizados dormían en el hospital. El tratamiento fué ecléctico.

INSTRUMENTOS	EVALUACIONES	CARACTERISTICAS	ANALISIS DE DATOS
Entrevista estructurada con 9 puntos	Admisión basada en conductas de 4 semanas previas y a 3 meses	Falta de Grupo control al azar. Uso de medidas ad hoc. Variabilidad en recolección de datos	Pruebas T (Medidas de cambio absolutas). Medidas de significación práctica por valores D (effect-size)
Entrevista Psiquiátrica. Expedientes clínicos. Parametros de severidad (Wing & Alanen)	Inicial. Al final del tratamiento y a los 4 años.	Pretest retrospectivo con datos de los expedientes. No Hay grupo control.	Se subdivide al grupo en: Resistentes al tratamiento y grupo que mejoró. Las V.D. son: Habilidad laboral y condición clínica.
G.A.S.	Inicial. A los 3 y 24 meses	Diseño de 2 grupos seleccionados al azar.	Confiabilidad interna .93 (X^2) para ver diferencias estadísticamente significativas.
Entrevista estructurada al paciente y/o familiar.	Inicial. Al final del tratamiento y a los 2 años.	No controlan horario, localización física, número de pacs. en grupos de tratamiento, ni presiones administrativas.	Se divide en: grupos de orgánicos (rechazados) vs. no orgánicos para controlar la desviación de los resultados en favor de H.D.
Indice de Status Socioeconómico; P.S.S.; P.E.F.; D.A.S.; Family & Community Adjustment Questionnaire; Burden Evaluation Line; Attempted Roles; Social Work Form Activity Logs; Informant Forms; Days of Attachment; Direct Charges	Inicial y evaluaciones continuas de seguimiento - hasta por 2 años con intervalos de 2 y 6 meses al azar.	Uso de instrumentos estandarizados en la evaluación. Diseños Factoriales	Pruebas T para indicar si la muestra estaba cargada por alguna variable demográfica antes de hacer la selección al azar. Usada también para ver mejoras en el tiempo. Análisis Factorial de c/u de las variables con datos demográficos para c/u de los grupos.
P.S.S.; P.E.F.; Indice de Status Socioeconómico	Inicial y 3 seguimientos cruzados a 2 semanas, 4 semanas y 5 meses.	Variable Experimental y Muestra refinada. Uso de instrumentos estandarizados. No se controló dosis de fármacos ni se hicieron estudios familiares. Variables k	Se incluyen a los rechazados para los resultados. Análisis de covarianza. Confiabilidad de instrumentos. Análisis de regresión Múltiple.

existió el nivel de significancia:

41 anisacos, 23% enojados y con problemas de relación, 61% dependientes.

En el seguimiento menos del 10% tenían problemas significativos en relación a alucinaciones, lenguaje irrelevante, preocupación suicida, conducta antisocial, alcoholismo y hábitos básicos.

Estancia:	Resistentes	Mejoraron	En 30 casos mejoró la habilidad de trabajo	A los 4 años: el 5% se suicidó. En el grupo que mejoró el 17% se había deteriorado en su capacidad de trabajo en comparación del 4% del grupo resistente.
participación en psicoterapia	33%	90%	bajo.- La motivación como criterio de admisión y pronóstico fué significativa al $p < .01$. - No hubo diferencias en aspectos demográficos o de diagnóstico. - A los cuatro años se pierden las diferencias entre los grupos.	El 17% de los que mejoraron mantuvieron su condición clínica. No se sabe por qué. En el resistente mejoraron clínicamente y en rol a los cuatro años.
alta de motivación	46%	98%		
número de casos que mejoraron	54%	12%		
A los 4 años:	48%	52%		

52% hospitalizados, 36% con readmisiones a H.D.

10% en hospital de noche, 64% consulta externa y 21% sin tratamiento.

Hubo una relación inversa significativa entre los puntajes GAS y la duración del tratamiento. A mayor puntaje, menor duración. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los grupos hasta los dos años al $p < .05$, aunque fueron siempre favorables para los conductuales (diferencias tanto absolutas como relativas).

Del grupo de orgánicos 50% murieron a los dos años. A los dos años hubo pobre ejecución en el trabajo y construcción social. No hubo diferencias grupales en el post-tratamiento. El 50% tuvo una media de 10 visitas a consulta externa.

80% de los hospitalizados se dieron de alta con medicación. A diferencia del 80% del Hospital de Día.

No hubo diferencias en las tasas de rehospitalización, pero el intervalo interhospitalario fué más largo para H.D. al .01 2/3 de los pacientes que requerían hospitalización fueron aceptados en H.D. y 3/5 nunca se internaron. No hubo diferencias en el número de admisiones, altas ni estancias en la comunidad.

A pesar de las diferencias en la hospitalización proyectada, ambos tienen estancias hospitalarias comparativas.

La mediana de hospitalización proyectada fué más breve al .01 para los hospitalizados 3 9 semanas.

Se confirma la hipótesis 1 y 2 y parcialmente la 3. El costo para hospitalizados es mayor siempre sobre todo en los primeros seis meses. En ajuste a la comunidad y carga familiar mejoran más los grupos de hospital de día. Los resultados emergen a los seis meses pero al año y medio se nivelan. Al año mientras los familiares de Hospital de Día reportan baja carga familiar, los de hospitalización experimental le pidieron la otra alternativa.

La estancia de los hospitalizados fué mayor en el segundo semestre en comparación con los de Hospital de Día.

La única medida que no tuvo cambio positivo fué la de funcionamiento intrapsíquico.

Los resultados no dependen del diagnóstico. En cambio hubo correlación positiva con escolaridad y distancia de la residencia familiar para los grupos de Hospital de Día.

Disminuyen a través del tiempo para todos los grupos: número de contactos exteriores y del trabajador social con el paciente, la amplitud del sistema de apoyo, el número de servicios usados (horas de terapia, etc.), carga familiar.

Suben: horas de trabajo o de escuela y apoyo familiar al tratamiento.

En los cuatro primeros meses el trabajador social interactuó más con los familiares de Hospital de Día (experimentales). Durante el primer semestre los hospitalizados usaron más servicios terapéuticos que los de Hospital de Día, pero después desearon, mientras que en los de Hospital de Día ésto se incrementa sin llegar a ser significativo.

Hubo discrepancias no explicables entre los dos instrumentos. La estancia del grupo hospitalizado tuvo una media de 138.8 días, en cambio la de Hospital de Día fué de 46.5.

Alta al mes fué para el 33% de los hospitalizados y para el 58% de los de Hospital de Día

los dos meses para el 42% de los hospitalizados y para el 78% de los de Hospital de Día

las trece semanas para el 49% de los hospitalizados y para el 87% de los de Hospital de Día.

A largo plazo los pacientes de Hospital de Día habían mejorado más en rol doméstico y la capacidad para organizar su tiempo.

El uso de la sala de cuidado intensivo (índice de agresión) fué usado en el primer mes para doce hospitalizados y cinco de los de Hospital de Día.

Habían trabajado: 45% de los hospitalizados y 63% de los de Hospital de Día al mes de tratamiento.

Los pacientes de Hospital de Día mejoraron en cinco de las 19 escalas clínicas (semejantes resultados se tuvieron en el primer estudio).

OBJETIVOS	CONCLUSIONES	117
1. Medir la efectividad del programa de Hospital de Día en tres meses con respecto a nueve metas u objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> - A mayor tiempo de tratamiento, menor rehospitalización y menor independencia económica. - Los esquizofrénicos mejoran menos que los no-esquizofrénicos. (a tres meses) 	
2. Analizar los resultados terapéuticos de Hospital de Día a 4 años del ingreso. Ver la relación entre resultados iniciales y a largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> - La estancia no se correlaciona al pronóstico. La edad, sexo, diagnóstico, no sigue los pronósticos esperados. - Las diferencias entre grupos se diluyen a largo plazo. - La variable correlacionada a buenos resultados fué el grado de motivación del paciente ya que el tratamiento de Hospital de Día implica mucha actividad del paciente. 	
3. Evaluar el efecto de distintos tratamientos (conductual-ecléctico) en dos Hospitales de Día.	<ul style="list-style-type: none"> - El programa conductual educativo puede dar mejores resultados porque se asocia a una mayor participación social y una mayor interacción paciente-personal que el programa ecléctico.- El GAS funciona como motivador conductual al sentirse evaluado el personal 	
4. Ver las categorías diagnósticas susceptibles de ser tratadas bajo la modalidad de Hospital de Día.	<ul style="list-style-type: none"> - El tratamiento a agudos es posible en H.D. Los 2 servicios no son excluyentes sino puntos de un continuo. - El post-tratamiento es determinante para evitar rehospitalizaciones. - Se sugiere no incluir en H.D.: psicosis afectiva, reacción esquizofrénica en hombres; Se indica para: reacción esquizofrénica y neurótica o desórdenes de la personalidad en mujeres. 	
5. Hipótesis: 1) Los pacs. de H.D. al azar tendrán costos más bajos que el grupo de hospitalización al azar 2) Los pacs. de H.D. al azar tendrán menos crisis internas por no estar tan estigmatizados y mantener su autoestima. 3) Al seguir sus roles cotidianos los pacs. de H.D. tendrán mayor ajuste familiar, mayor participación comunitaria, mayor funcionamiento de rol. Esto deberá notarse a los 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes más enfermos responden mejor al tratamiento de Hospital de Día que aquellos puestos ahí normalmente. - Las ventajas de H.D. se diluyen del año y medio a dos años donde se nivelan con otros - Ni el diagnóstico, ni las variables demográficas son criterios de admisión. - El tiempo en el que se evalúa puede intervenir en los resultados. Los grupos pueden mostrar períodos específicos de tiempo en los que difieran y otros en los que no, por lo que hay que hacer varias evaluaciones para medir la consistencia del cambio. 	
6. Ver los resultados en un estudio controlado de H.D. vs. Hospitalización para pacs. para quienes ambos tratamientos son posibles clínicamente.	<ul style="list-style-type: none"> - La estancia inicial más corta en H.D. no fué seguida por mayor número de rehospitalizaciones. - El H.D. prueba ser superior en casi la totalidad de las medidas. - Los pacs. de día se reintegran a la comunidad y reasumen roles más pronto, permaneciendo en ella más tiempo. - A las 4 semanas hay mejoría notable en la patología aunque a largo plazo el H.D. aparentemente evita las características regresivas de la Hospitalización. 	<p style="text-align: right;">pacs.= pacientes. Hospital de Día= H.D.</p>

ser tratadas en un servicio de Hospital de Día.

Datos Generales sobre los Estudios: Con excepción del número 2, que fué realizado en Helsinki, todos los demás fueron llevados a cabo en los Estados Unidos; la mayoría obtenidos en la región del área norte (Nueva York y Massachussets), en la última década en un lapso de aproximadamente dos años.

Tipos de Investigaciones: Como ya se mencionó anteriormente, se trata de diseños cuasiexperimentales con una gran cantidad de variables no controladas.

En los dos primeros no hay selección de la muestra, estudiando a la población ya existente.

En el 3, aunque la muestra se derivó de la población ya existente, hubo muestreo al azar para asignar a los pacientes a los grupos de estudio.

En el 4, 5 y 6, hubo filtro para seleccionar a la muestra, además de procedimientos aleatorios para su asignación a los grupos.

Características de la población: Se trata de personas jóvenes, la mayoría cerca de los treinta años, en proporción más o menos igual de hombres y de mujeres, exceptuando el estudio 1 que fué hecho basicamente con hombres y el número 5 que fué con mujeres.

Del 60 al 70% no están casados; clase media a media alta en los estudios donde se menciona este dato, pero con problemas en lo que respecta a la escolaridad, ya que solamente pocos la tienen.

En los estudios 1 y 3, se menciona el desempleo de los sujetos, que alcanza una proporción bastante alta.

En cuanto al diagnóstico en cuatro de los seis estudios, la mitad de la población son esquizofrénicos, distribuyéndose la restante en las demás categorías, principalmente en la neurosis.

Instrumentos Utilizados: En cuatro estudios se utilizó la entrevista estructurada y en tres hay instrumentos estandarizados.

Descripción de los instrumentos:

Estudio número 1: Entrevista Estructurada que comprende los siguientes nueve puntos:

- 1) Disfunciones y conciencia de enfermedad
- 2) Control de emociones
- 3) Grado de comprensión y conciencia de enfermedad
- 4) Conducta psicopática y desviación sexual
- 5) abuso del alcohol
- 6) Déficits en actividades de autocuidado
- 7) Relaciones interpersonales
- 8) Reingresos
- 9) Habilidades de trabajo, independencia económica

Cada uno de estos puntos se calificaba en una escala de 0 a 4, exceptuando los puntos 4 y 9 que se codificaban bajo ausencia-presencia.

Estudio número 3. Goal Attainment Scaling, (GAS). De acuerdo con

el autor de la investigación, este instrumento permite una medida objetiva del grado en que los objetivos iniciales del tratamiento son alcanzados. Fué desarrollado por Kiresuk T. y Sherman R. Cada meta tiene una escala con un contínuo de cinco posibles resultados (de +2 a -2) el 0 es el nivel de logro esperado y los niveles de las escalas se convierten a un puntaje T. Se califica por consenso del terapeuta, paciente y algún pariente.

Estudio 4. La entrevista estructurada era semejante a una encuesta con tres secciones:

- Aspectos familiares y de ajuste en general, así como actitudes hacia la enfermedad y hacia la hospitalización.
- Sección clínica y nivel de funcionamiento del paciente en cada una de las siguientes dimensiones: diagnóstico psiquiátrico, ajuste familiar, sexual, laboral, doméstico, social y personal.
- Preguntas abiertas para sondear las actitudes sobre la experiencia hospitalaria.

Estudio 5. Psychiatric Status Schedule, (P.S.S.), desarrollado por Spitzer, Endicott y Cohen. Es una entrevista estandarizada dicotómica para detectar los síntomas usuales de los desórdenes psiquiátricos y evaluar el funcionamiento en cuanto a rol, la calidad de las relaciones interpersonales, uso de drogas o alcohol. Hay dos formas: una para aplicarse al sujeto, que contiene 321 reactivos

vos que han sido analizados factorialmente en 23 microescalas y cinco escalas condensadas: perturbaciones internas, perturbación conductual, perturbación en el control de los impulsos, perturbación en la prueba de realidad, rol y una escala total. El instrumento es sensible a cambios a través del tiempo y se ha demostrado su capacidad para discriminar entre grupos de pacientes. La confiabilidad interna va del 80.7 al 99.4

La segunda forma del instrumento es semejante a la del sujeto, pero se administra a un informante.

Psychiatric Evaluation Form (P.E.F.) Desarrollado también por Spitzer, Endicott, Mesnikoff y Cohen. Indaga las mismas dimensiones que el anterior, pero en forma menos rigurosa. La calificación tiene 6 puntos con 24 dimensiones que han sido analizadas factorialmente en 7 escalas: desorganización, perturbación interna, conducta antisocial, aislamiento, grandiosidad, rol y una escala global. Ya que esta entrevista es más corta, se emplea más frecuentemente para evaluar fluctuaciones del curso de la enfermedad del paciente a corto plazo. Tiene una alta confiabilidad.

Dynamic Assessment Scale (D.A.S.) Fué adaptada de las escalas de Camarillo, desarrolladas por May y Dixon (1969), para medir el cambio intrapsíquico del paciente tal como es percibido por su terapeuta. Incluye tolerancia para contactos emocionales, fuerza yoica, actitudes en las relaciones personales, relaciones objetales, identidad personal, insight y motivación. La confiabilidad fué de .59

Family Adjustment Questionnaire. Esta escala de 7 reactivos se basa en el trabajo de Meltsoff y Blumenthal para medir el grado de participación y el tipo de ésta en actividades comunitarias. Tiene calificación de 5 puntos y formas paralelas.

Burden Evaluation Line. Es una escala de calificación gráfica usada por el informante para evaluar el grado en que la enfermedad del paciente ha sido una carga para la familia. La línea está limitada por los extremos que van de carga severa a ausencia de carga. El informante califica el nivel de carga.

Attempted Roles. Los datos del informante acerca del número de roles intentados por el paciente en un semestre, que incluyen los laborales, los escolares y los domésticos.

Estudio 6. P.S.S. y P.E.F. mencionados en el estudio anterior.

Análisis de los Datos: En tres de los estudios se hicieron subdivisiones al analizar los datos, o bien los reagruparon incluyendo a los sujetos rechazados.

Resultados: Los agruparemos de acuerdo con los objetivos trazados inicialmente por cada estudio.

Conforme a la efectividad de los programas de Hospital de Día, los resultados de los estudios 1,2 y 6 van en una misma línea, coincidiendo en la condición clínica lograda después del tratamiento. Bajaron las desviaciones de conducta, las alucinaciones,

las perturbaciones de conducta, de lenguaje y sociales, persistiendo la ansiedad, la depresión, el aplanamiento, el aislamiento y la dependencia económica, aunque se señala que en este último aspecto los resultados son favorables para los de Hospital de Día.

Probablemente el aplanamiento y el aislamiento se deban a efectos de los fármacos, ya que el Hospital de Día, por no contar con los controles hospitalarios en forma total, puede recurrir a este medio de control. La ansiedad puede tal vez deberse a que los niveles de exigencia son más altos para los pacientes de Hospital de Día que para los hospitalizados, y el nivel de regresión permitido es mucho menor. Estas características son expresiones de conflictos intrapsíquicos que requieren un tratamiento más prolongado y continuo. Esto se confirma de nuevo con los resultados del estudio 5, donde se reporta la ausencia de cambio en el funcionamiento intrapsíquico.

De acuerdo con el estudio 3, no hay diferencia significativa utilizando distintos tipos de tratamiento más que a largo plazo (2 años). Esto lo atribuye el autor a una mayor interacción entre personal y paciente. La interacción se vuelve a señalar como importante en el estudio 5, donde la carga familiar, las actitudes y el apoyo familiar al tratamiento van ligados a un mayor trabajo con las familias, que en el caso de los hospitalizados. En este mismo estudio las diferencias significativas entre el grupo de Hospital de Día y el de los Hospitalizados, emergen a los seis meses, tiempo en el que se observa una mejora global en comparación con el segundo grupo que en ese mismo período experimentan

una crisis y regresión en los resultados hasta entonces obtenidos. Los familiares de éstos, asimismo, experimentan también una exacerbación de los conflictos. Es la época de las deserciones de los tratamientos. Esto puede deberse a efectos iatrogénicos de la institucionalización.

Los resultados de este estudio también coinciden con los del estudio 2, en donde las diferencias en cuanto a resultados se pierden a largo plazo; ello puede deberse a factores ajenos no controlados en el post-tratamiento.

En el estudio 4 se señala que el menor tiempo de estancia en el Hospital de Día, no está ligado necesariamente a un mayor número de rehospitalizaciones. Coincide con los primeros estudios en cuanto a los problemas para que los pacientes logren una autonomía económica. Este es el único estudio que menciona la variable farmacológica pero sólo al momento del alta y no durante el tratamiento.

Conclusiones: Aun cuando los seis estudios difieren en grado de complejidad y rigor metodológico, los resultados son coherentes y siguen una misma dirección. De estos estudios se pueden obtener las siguientes conclusiones:

- 1) Que los resultados son favorables en todos aspectos para los pacientes de Hospital de Día.
- 2) El diagnóstico no es un buen predictor acerca del desempeño del paciente, e inclusive se observa que son precisamente los diagnósticos más severos los

que más se benefician del servicio de Hospital de Dña.

- 3) Los costos son en todo momento menores para los pacientes de Hospital de Dña.
- 4) La participación de los familiares aumenta en la Hospitalización Parcial.
- 5) La estancia es menor generalmente para los pacientes de Hospital de Dña, sin haber por esto un mayor número de rehospitalizaciones. El período entre las readmisiones además, es más largo para este tipo de pacientes.
- 6) Aunque en general se nota una mejora global, la integración no se logra en tan poco tiempo, requiriendo un post-tratamiento confínuo e intensivo en consulta externa, para evitar las rehospitalizaciones, el deterioro o el estancamiento.
- 7) No se tienen datos controlados entre tipos de tratamiento que puedan mostrar datos significativos.
- 8) Es importante el tiempo en que se evalúa, ya que puede ser una variable importante que distorsione los datos. Los grupos pueden mostrar períodos específicos de tiempo en el que difieran y otros en los que no, por lo que hay que hacer varias evaluaciones para medir la consistencia del cambio.
- 9) Es necesario un mayor control en las investigacion

nes y otros tipos de métodos: por ejemplo, el clínico puede ampliar y enriquecer los resultados ya obtenidos por otros medios. Estos estudios constituyen el primer paso para la elaboración teórica, escasa hasta el momento, pero necesaria en toda práctica científica.

CAPITULO SEXTO

INVESTIGACION DE CAMPO

Una vez presentados los aspectos teóricos que fundamentan los modelos de estructura y funcionamiento del Hospital de Día, así como los resultados de las investigaciones más relevantes sobre el tema, se ha entrado a la fase propiamente de campo de la investigación.

Se tratará de dar un panorama lo más completo posible, aunque no exhaustivo de las instituciones que podrían llenar los criterios amplios del Hospital de Día, mencionados ya por diversos autores (Capítulo Segundo).

Aunque teniendo delimitado el objeto de estudio que es el servicio de Hospital de Día, éste ha llevado necesariamente a un análisis institucional y de las políticas que marcan el rumbo dentro del campo de la Salud Mental del país; éstas se cree, son determinantes del tipo de modalidad asistencial, así como de la apertura hacia nuevas opciones.

6.1 METODOLOGIA

En la parte introductoria del trabajo, se han mencionado los objetivos y alcances de la investigación. Toca ahora aclarar algunos puntos específicos acerca del método utilizado.

De acuerdo con la clasificación que hace Katz (citado por Kerlinger, F.N., 1975) los estudios de campo se dividen en dos tipos:

- 1) Exploratorio
- 2) Prueba de Hipótesis.

Este estudio entrará dentro de la primera clasificación.

"El tipo exploratorio, busca lo que es, en vez de predecir relaciones que han de hallarse y tiene tres finalidades:

- Descubrir variables significativas en la situación de campo
- Descubrir relaciones entre variables
- Echar los cimientos para pruebas de hipótesis posteriores más sistemáticas y rigurosas" (Kerlinger)

Kerlinger enfatiza la importancia de este tipo de estudios: "Es bueno reconocer que hay actividades preliminares a la prueba de hipótesis en la investigación científica. Para alcanzar el objetivo deseable y probar hipótesis, debe hacerse a menudo investigación preliminar metodológica y de medición. Parte del trabajo más fino del siglo actual ha sido en esta área.

Objeto de Estudio.

El objeto de estudio serán los lineamientos generales, estructura, funcionamiento y problemas del servicio de Hospital de Día en México.

Escenario

De acuerdo con la clasificación de Kramer B.(1962), se han incluido las instituciones que hubieran contado, contaran o proyectaran contar con el servicio de Hospital de Día, ya fuera con tratamiento a corto o a largo plazo, en instituciones públicas o privadas. Se hizo extensiva la investigación a aquellos lugares que pudieran tener una estructura que permitiera la posibilidad de establecer este tipo de servicio en su definición más amplia, aunque en rigor éstos se mantuvieron en una sección aparte, incluyendolos como alternativas posibles, para mantener delimitado el objeto de estudio.

Instrumento

Para este efecto, se diseñó un cuestionario base para estructurar las entrevistas, que tenía como función delimitar las diferentes áreas a explorar, las posibles formas de respuesta, y obtener asimismo, información que permitiera su clasificación a pesar de las diferencias de funcionamiento y enfoques de los diferentes servicios.

Este instrumento abarca las siguientes áreas:

- 1) Datos Generales
- 2) Población
- 3) Area Económica
- 4) Objetivos del Servicio
- 5) Area de Recursos Humanos
- 6) Criterios de Admisión
- 7) Tratamiento

- 8) Criterios de Alta
- 9) Canalizaciones
- 10) Reingresos, y
- 11) Problemas del servicio

Para conocer ampliamente todos los puntos anteriores, ver anexo # 1

Procedimiento: La recolección de datos se hizo por medio de entrevistas del tipo cerrado con base en el cuestionario antes descrito, dirigidas a los jefes de servicio de Hospital de Día o coordinadores de éste. En cuanto fue posible, se entrevistó también a los directores de las instituciones y a sus jefes directos fuera de la institución, con el objeto de conocer las políticas generales y la ubicación del servicio o proyecto dentro de un plan general de salud, si es que éste existía.

Para completar, fundamentar y contrastar los datos obtenidos directamente en el campo, se recurrió a fuentes documentales cuando éstas existían.

Todas las instituciones visitadas están ubicadas dentro del Distrito Federal. No se escogió ninguna muestra, ya que se visitó el total de las que pudieran contar con el servicio de Hospital de Día, las dedicadas al campo de la salud mental o que tienen alguna relación directa con ella, como los centros educativos, abarcando centros que cubren la atención dada a niños, adolescentes y adultos. Para evitar la repetición de información, las institucio-

nes investigadas se enumerarán ya clasificadas, en la siguiente sección de resultados.

Resultados: En esta sección únicamente se enumerarán las instituciones visitadas, clasificadas de acuerdo con los datos obtenidos.

Instituciones que cuentan o proyectan contar con un servicio de Hospital de Día o Centro de Día:

- Hospital Psiquiátrico Infantil, SSA.
- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, SSA.
- Centro de Integración Juvenil Lomas, A.C.
- Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes, dentro del Centro de Salud Dr. Gustavo Roviroza Perez, SSA.
- Laboratorio Psicopedagógico, SEP.
- Centro de Día Portales, UNAM, CEMESAM.
- Escuela Granja Fray Bernardino Alvarez, dentro del Hospital de Neurología, SSA.

Instituciones que no cuentan ni proyectan tener Hospital de Día o Centro de Día:

- I S S T E
- Hospital para Niños, DIF
- Hospital Floresta
- Hospital San Rafael

Instituciones que tienen servicios asistenciales alternativos a Hospital de Día:

- Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), SSA, SEP, y Gobierno de los Estados.
- Instituto Nacional de Salud Mental, DIF.
- Centro Comunitario del Seguro Social.

Nota: el Hospital Lavista oficialmente cuenta con un Hospital de Día, pero prácticamente no existe, ya que no cuenta con enfermos, personal propio ni con programas específicos. La única diferencia se encuentra en el horario y en el costo.

Los resultados de las entrevistas se presentarán en la siguiente sección en forma ya clasificada e integrada al análisis de los mismos, dentro de: Panorama Actual.

Interpretación y Análisis de los Resultados: Al inicio de esta parte, se incluyen los antecedentes históricos locales más relevantes, por ser determinantes en las tendencias actuales de asistencia en el campo de la salud mental en México. Estos datos son necesarios, ya que un servicio no puede ser a-histórico y sus características se derivan de un todo social, económico, geográfico, político e histórico.

En cuanto a los antecedentes que influyeron a su vez en el movimiento de la psiquiatría comunitaria, fueron ya tratados en la parte teórica, por lo que no se volverán a mencionar.

Antecedentes Históricos: Se pondrán aquí algunos datos sacados de Buendía E.A. y Morales M.A., (1979), que marcan el cambio de la atención psiquiátrica:

- 1964. Inauguración del Instituto Nacional para las Enfermedades Nerviosas y la Investigación Cerebral con fines asistenciales y de investigación. A los dos años de su fundación, según consta en la revista de la propia Institución, se intenta poner en marcha un Hospital de Día, el que duró únicamente dos meses en funcionamiento, por falta de recursos y apoyo.
- 1965. "Operación Castañeda". Llamado así al conjunto de medidas tomadas por las autoridades para substituir al manicomio general por varias instituciones que ofrecieran, cada una, un mejor servicio. Se proyectó un hospital para enfermos mentales agudos, de 600 camas; 3 hospitales campestres, de 500 camas cada uno; un hospital pediátrico para la rehabilitación psiconeurológica, de 200 camas, y dos hospitales hogar para enfermos de difícil recuperación, de 250 camas cada uno. Se calculó un promedio de estancia de dos meses para el hospital de agudos y de ocho meses para los hospitales campestres.

El hospital para enfermos mentales agudos fué llamado Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y contaba entre sus servicios con un "Hospital de Día",

según reporte del Dr. Garciadiego, (1967), para atender a pacientes que por ser capaces de convivir parcialmente con su medio social y familiar, no ameritaban internamiento "cerrado".

- El Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en 1967 tenía como director al Dr. Jorge M. Velasco A., quien en un artículo publicado en la segunda mitad de ese año reportó que dicho hospital fué planeado para realizar funciones de prevención, asistencia, rehabilitación, enseñanza, investigación, administración, educación del público y cooperación con otras instituciones. Contaban con servicios de consulta externa, hospitalización y un Hospital de Día para aquellos enfermos que sostienen 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. Existía además la hospitalización prolongada para enfermos crónicos susceptibles de rehabilitación.
- A partir de 1968 se inició un esfuerzo sistemizado para establecer centros de salud mental comunitaria, enfatizando las labores preventivas y de promoción de la salud mental.
- 1974 Plan Nacional de Salud, con metas trazadas pa-

ra llevarse a cabo hasta el año de 1983, en el que se propone crear unidades psiquiátricas en los hospitales generales y promover que en los nuevos hospitales que se construyan se dedique un 5% de sus camas a la atención psiquiátrica. También se propone la creación de 28 nuevos centros para psiquiatría comunitaria: 10 en el D.F., y 18 en la provincia, y además de esto, la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos con un total de 5,200 camas, a través de 12 hospitales estatales, 3 regionales y 2 en el D.F.

Entre estos proyectos se ve la necesidad de centros de integración juvenil y unidades de urgencia en todas las entidades federativas, para la atención de la farmacodependencia.

Se promueve la instalación de 10 talleres protegidos para el D.F., y entidades federativas.

También dentro del Plan Nacional de Salud de 1974, dentro del Programa Nacional de Rehabilitación, se contemplan los siguientes aspectos:

- Promoción de la educación higiénica para prevenir y detectar casos tempranos de invalidez (subprograma 15.5), y preparación del personal capacitado, tanto a nivel técnico como profesional.

- Efectuar un censo llamado el Registro Nacional de Inválidos, para captar a nivel nacional todos los datos obtenidos por las instituciones de salud en lo que a invalidez se refiere.
- La creación de centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) a nivel nacional, para conjuntar esfuerzos entre la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud y Asistencia y los Gobiernos de los Estados, que hasta entonces laboraban en forma independiente y evitar la atención parcial y la duplicación de gastos y esfuerzos.
- Legislación para el inválido (Subprograma 15.7), que comprenda el régimen jurídico de Rehabilitación para uniformar las disposiciones legales de los diferentes códigos civiles y penales existentes, para modificar las disposiciones normativas de la Ley Federal del Trabajo en materia de Rehabilitación, así como la Ley de Educación Pública,

- Para 1975 existían 11 hospitales especializados y un Instituto de Neurología, que disponían de 5,350 camas para la atención de los enfermos psiquiátricos, existiendo 18 centros de salud mental comunitaria en el país, por parte de la Dirección de Salud Mental. (Velasco F., Iturbe U., 1976).

Panorama Actual: La presentación de los centros investigados se hará con la misma estructura de la parte teórica, incluyendo los siguientes puntos: 1) Datos generales, que abarcarán los motivos de la creación del centro, los objetivos para los que fué fundado, mencionando las fases por las que ha atravesado y sus repercusiones, así como su funcionamiento; 2) Estructura de los diferentes servicios, presentados en forma de cuadros, utilizando las mismas clasificaciones y claves vistas en capítulos anteriores; 3) Problemas y consecuencias de éstos.

1) Datos Generales:
.....

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO, SSA. (Tlalpan, México, D.F.). El Hospital de Día dentro de este hospital, ha sido parte integral de los servicios desde su fundación. Aunque los objetivos del hospital fueron ya aclarados en la primera parte de este capítulo, éstos se vieron seriamente limitados por la población de niños crónicos abandonados que tuvo que absorber el hospital, gastándose en ésto la mayor parte de su presupuesto. El Hospital de Día, así como el pabellón de agudos y consulta exter

na, fueron los únicos servicios que libraron a la institución de convertirse en un centro custodial.

El servicio de Hospital de Día atravesó por varias etapas: desde atención a niños con lesión cerebral seria, Síndrome de Dawn, o niños con trastornos emocionales agudos, hasta la atención específica de problemas de aprendizaje.

La primera etapa puede ubicarse desde 1969 hasta 1972. Se implementó un curso de especialización en problemas de niños excepcionales, con un año de duración, para educadoras de diferentes regiones del país, en coordinación con la Dirección Materno-Infantil de la SEP, efectuándose este curso teórico-práctico dentro del hospital. La atención se daba a niños internos del pabellón de agudos (ésto va en contra de la definición de Hospital de Día) y a candidatos de consulta externa, con diagnósticos severos de base orgánica.

Etapas de transición (1972-1973). Se abrió una nueva sección dentro del Hospital de Día, llamada Sección de Escolares, dejándose la antigua como Sección de Pre-escolares, con dos coordinaciones distintas en cada sección, y dos coordinaciones diferentes. La nueva Sección trató de empezar a atender casos reversibles, aunque durante ese año tuvo que absorber gran parte de la población de agudos. El curso de entrenamiento tomó un carácter residencial. Se impulsaron seminarios dentro del hospital, sobre Trastornos de aprendizaje, bases neurofisiológicas del aprendizaje, psicoterapia de juego y psicoterapia familiar.

1973-1974. Empezó el servicio a funcionar en forma más diferen-

ciada, con mayor organización y coordinación. Se adscribieron dos médicos residentes y una psicóloga, para la evaluación de los posibles candidatos. El servicio de análisis conductual se integró en parte con programas de modificación conductual para establecer los repertorios conductuales necesarios para que los niños con lesión cerebral pudieran integrarse a una escuela de educación especial en el menor tiempo posible, y se contrató a una maestra especialista en lenguaje y a otra maestra especialista en trastornos de aprendizaje.

1974-1975. Se implementaron cinco áreas diferenciadas en el Servicio, con su coordinadora correspondiente: área de análisis conductual, área de trastornos de aprendizaje, área de trastornos de lenguaje, área de trastornos de aprendizaje con escolaridad simultánea y área de trastornos de aprendizaje con problemas emocionales. Al personal existente se añadió una psicopedagoga, una psicóloga de tiempo completo y varios psicólogos en el servicio social.

Las instalaciones se modificaron, adaptando pequeños cubículos como Cámaras de Gesell, para poder efectuar las supervisiones sin interferir en los entrenamientos o poder efectuar observaciones con fines didácticos para grupos de estudiantes de enfermería, psicología, etc., que llegaban en forma temporal.

Se creó un espacio destinado a psicomotricidad y dos cubículos para psicoterapia de juego y familiar, específicas del servicio, con Cámara de Gesell y sonido.

Además de la presentación de casos clínicos, se hicieron supervisiones en seminarios abiertos organizados por el hospital.

La admisión se hizo por discusión interdisciplinaria, así como las tomas de decisiones más importantes. Se implementaron formas de evaluación, formas de control y de seguimiento. Se establecieron convenios de derivación y trabajo con escuelas.

1976-1979. La atención se volvió puramente pedagógica. Se cerró el departamento de análisis conductual y desapareció todo tipo de atención psicológica y psicoterapéutica. Cambiaron de lugar físico a lo que antes era el pabellón de agudos, desaprovechándose las instalaciones que fueron específicamente hechas para el servicio. El horario se redujo, así como el rango de problemas y atención. El curso de especialización desapareció y actualmente el personal comisionado (educadoras) que constituían la planta de maestros, se ha reintegrado a sus lugares de origen, por lo que se plantea la necesidad inminente de una reestructuración total del servicio, o el cierre del mismo.

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ, SSA. (Tlalpan México, D.F.). La única referencia de Hospital de Día es la del Dr. Garciadiego, citada en Buendía E.A. y Morales M.A., (1979), ya que en posteriores comunicaciones sobre esta institución no vuelve a figurar en su organigrama.

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 un 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 en co-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.

Se están haciendo formas de control mensual para contar con los datos suficientes para poder llevar a cabo una investigación que formará parte de los proyectos de investigación de CEMESAM sobre modelos de atención, viables en México.

CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL LOMAS, A.C. Este es otro de los servicios que ha atravesado por distintas etapas de reestructuración. Originalmente formaba parte de los programas del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF). Actualmente forma parte de una Asociación Civil.

El Centro de Día se formó en 1973, para resolver los siguientes problemas:

- Había pacientes que presentaban una marcada dificultad para asistir a los servicios de consulta externa, ya que no manejaban adecuadamente el tiempo

po, ni podían utilizar los medios de transporte o bien, por la intensidad de su farmacodependencia no tenían motivación para recibir ayuda.

- Se requería un ambiente controlado para iniciar la desintoxicación y efectuar una alianza terapéutica que condujera a los pacientes a la rehabilitación.
- Muchos enfermos tenían un medio familiar y ambiental poco propicio para la rehabilitación.
- A pesar de la gravedad de la farmacodependencia, algunas personas no llenaban los requisitos para ser admitidas en los hospitales psiquiátricos.

Además de estos problemas y tras un estudio de deserción realizado en este centro, se encontró que de 293 pacientes estudiados en 1974, el 69% había acudido a consulta de una a tres veces y el 12% había acudido más de 10 veces a consulta.

Con el fin de solucionar los problemas que presentaban los pacientes ya descritos, se decidió ofrecer un programa intensivo de tratamiento y rehabilitación durante 10 horas diarias en un ambiente terapéutico controlado, al que se le dió el nombre de Centro de Día.

Un grupo de voluntarias de la comunidad fué entrenado como personal para-profesional e inició sus actividades en forma experimental el 9 de junio de 1975, con un horario de las 9 a las 19 horas de lunes a viernes.

Se tenían seis grupos de actividades:

- Actividades Terapéuticas

- Actividades Rehabilitatorias
- Actividades Remuneradas (trabajo)
- Actividades Recreativas y Culturales
- Actividades Académicas, y
- Actividades Deportivas

A la entrada los pacientes firmaban un contrato terapéutico donde se comprometían a no usar drogas ni agredir físicamente. Las faltas se controlaban mediante puntos positivos y negativos. La acumulación de puntos positivos los integraba como agentes terapéuticos, desarrollando actividades como rescate de pacientes, formar parte del equipo de recepción, etc. La asistencia a las actividades era obligatoria.

Dado que la población era muy heterogénea, se dividió en 4 grupos:

1. Intoxicados. Se les ofrecía una unidad de protección controlada para desintoxicarlos, ayudándoles a verbalizar sus problemas.
2. Observadores. Pacientes de nuevo ingreso que necesitaban tiempo para integrarse y trabajar en grupo, así como para verbalizar sus problemas.
3. Participantes. Pacientes con capacidad de verbalización, acostumbrados a trabajar en grupos, con algún tiempo en el centro.

Para integrar a los dos últimos grupos (23), se organizaron todas las actividades en dos círculos: En el círculo externo estaban los observadores y en el

interno los participantes. Los pacientes escogían libremente y en función de su avance, el círculo adecuado.

4. Avanzados. Pacientes que estaban en un grado avanzado de rehabilitación y que acudían parcialmente al centro por estar asistiendo a la escuela o al trabajo. Estos pacientes se integraban en algunas actividades con grupos de consulta externa.

Las metas a lograr eran cuatro:

- Abstinencia de drogas
- Supresión de los síntomas psiquiátricos
- Modificación de los rasgos patológicos de su personalidad, y
- Educación especial en las áreas libres de conflictos, susceptibles de mejorar por métodos de aprendizaje.

En 1975, durante nueve meses de funcionamiento se obtuvieron los siguientes resultados:

31 se rehabilitaron, 25 desertaron y 3 eran pacientes psiquiátricos no farmacodependientes, en proceso de rehabilitación; uno se hospitalizó. Los pacientes rehabilitados se agruparon en 3 categorías:

- Totalmente rehabilitados (abstinencia de drogas por completo. Trabajaban y/o estudiaban .): 16

- Medianamente rehabilitados (farmacodependencia mínima y/o ocasional, trabajaban y/o estudiaban): 3.
- Parcialmente rehabilitados (disminución significativa de la farmacodependencia pero carecían de ocupación y/o estudio): 12.

<u>TIPO DE FARMACODEPENDENCIA</u>	<u>REHABILITADOS</u>	<u>DESERTORES</u>	<u>EN PROCESO DE REHABILITACION.</u>
Mariguana	45%	45%	47%
Inhalantes	45%	50%	47%
Pastillas (estimulantes, depresoras y alucinógenas)	10%	5%	6%
<u>Años de Farmacodependencia</u>	4.2	5.4	4.6
<u>DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO:</u>			
Neurosis	90%	22.8%	
Psicosis	10%	53.2%	
Síndrome Cerebral Orgánico	0%	22.8%	
<u>Días de Asistencia al Centro</u>	49.17	10.16	

(Chevaili A., 1976)

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

De 1182 sesiones de trabajo, 882 fueron realizadas por un equipo voluntario para-profesional y 300 sesiones por equipo profesional.

En 1979 se encontró un panorama completamente distinto: los lineamientos han cambiado así como los objetivos.

El horario se ha acortado, trabajando actualmente de las 9 a las 16 horas. El personal para-profesional se ha reducido notablemente, así como la población existente, que consta de 11 personas en un sólo grupo, encontrándose gran heterogeneidad en la población en cuanto a diagnóstico, evolución y grado de farmacodependencia.

Las actividades son voluntarias, no existiendo el sistema de puntos que venía funcionando como motivador. A los intoxicados se les sigue manteniendo aparte hasta que se desintoxiquen.

Aunque las actividades son más o menos semejantes, difieren en objetivos. La intención del Centro de Día actualmente es ofrecer a los pacientes un lugar diferente en donde encuentren un ambiente placentero que los retenga, y en esta forma sacarlos de los círculos que se consideran nocivos. Esto contrasta con la orientación anterior en donde se trataba de integrar el Centro de Día a la comunidad, alrededor de un centro de trabajo (Sugerencias del Dr. Chevaili A., 1976) en vez de sacar de su medio a los muchachos con problemas.

No se admiten pacientes con características psicopáticas (tráfico de drogas, etc.). El personal asume roles que no son característicos de su especialidad. Hay psicólogos dando gimnasia, haciendo la comida o en

señando a confeccionar títeres; roles que no los diferencian del personal para-profesional. La explicación de ésto la fundamentan en la idea de formar una comunidad terapéutica. Esta nueva orientación ha estado en vigor desde el mes de enero del año en curso, por lo que no hay resultados ni seguimiento de los pacientes y el nuevo personal no está enterado de los antecedentes descritos anteriormente.

UNIDAD TERAPEUTICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD DR. GUSTAVO ROVIROSA PEREZ, Sta. Ursula, Delegación de Coyoacán, México, Df. En este centro de salud existe un servicio de salud mental comunitaria desde 1977, formado por cuatro equipos psiquiátricos, integrado cada uno por un psiquiatra, un psicólogo, y una trabajadora social, además de 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 un musicoterapeuta.

Los cuatro equipos psiquiátricos se han dividido en sub-programas que son: alcoholismo, salud mental en adultos, farmacodependencia y salud mental en niños. El programa está constituido por tres áreas básicas que son: prevención, promoción, asistencia, enseñanza e investigación.

El programa que se organizó originalmente para dar atención y contención al mayor número de personas posibles dentro de la comunidad en las áreas ya mencionadas se ha reestructurado actualmente encontrándose insertado dentro del servicio el proyecto UTNA (Unidad Terapéutica para

Niños y Adolescentes), como una investigación de CEMESAM para ver qué modelo de atención resulta operacional, funcional y aplicable a todos los demás centros de salud del país.

La fase de observación de este proyecto está contemplada hasta enero de 1980 a todos los niveles, algunos registrables y otros a nivel subjetivo, como sería la observación del mismo equipo y sus problemas.

El equipo interdisciplinario con que cuenta el proyecto, es personal adscrito específicamente para él y funciona en forma independiente a los equipos psiquiátricos ya descritos dentro del servicio. Ellos hacen diagnóstico integral, viendo todos juntos al paciente a su llegada, para después establecer la estrategia terapéutica. Tiene funciones amplias, es decir, tareas operativas en las que todos tienen que ver. Cada persona dedica mayor tiempo a las actividades de su especialidad, sea control de datos, etc., sin por esto dejar de intervenir en las otras áreas.

Cuentan por la mañana con un grupo de estimulación temprana, para niños de 3 a 5 años con problemas de psicomotricidad, problemas neurológicos, somáticos y problemas de conducta. No se admiten problemas de daño cerebral primario. La estancia calculada es de 3 a 6 meses, para después integrarlos a un jardín de niños.

La Unidad también cuenta con un grupo de educación perceptual, para niños con problemas de socialización, poco estimulados o con problemas de aprendizaje. La estancia también se calcula de 3 a 6 meses. Hay además dos grupos de educación especial, uno de los cuáles es para ni-

ños de 6 a 9 años con fallas sistemáticas escolares.

Todos estos grupos funcionan dos veces por semana dando un total de 3 horas por semana por grupo, y constituyen programas independientes de los que llevan a cabo los equipos psiquiátricos del servicio.

Por la tarde la Unidad (UTNA) da atención a los pre-adolescentes y adolescentes a nivel de detección, mediante la observación en los talleres ocupacionales que se tienen para este fin. Estos talleres están abiertos a toda la población adolescente con problemas o sin ellos. El objetivo es estructurarles el tiempo libre ya que se considera una población de alto riesgo. Las actividades son: cocina, guitarra, artesanías, inglés y tejido. Se proyecta abrir el taller de expresión corporal, que en su primera fase enseñará danza, ritmos, movimientos y conciencia corporal, para después pasar a la fase de dramatización donde los muchachos puedan ser capaces de crear una obra y representarla.

Desde el mes de Abril de 1979 hasta la fecha, existe un grupo de socialización, abierto a pre-adolescentes. Hubo un intento de dar psicoterapia grupal a adolescentes que fracasó debido a la resistencia de los pacientes a ser agrupados en forma no natural.

Los padres de familia reciben orientación. Se proyecta también para ellos un curso de tipo modular de 2 horas a la semana durante 3 meses, que abarque aspectos pedagógicos, psicológicos y sociales.

Todos estos sub-programas intentan cubrir los siguientes objetivos:

Tratamiento y rehabilitación de problemas de aprendizaje y conducta en niños. Prevención y secundariamente tratamiento a pre-adolescentes.

La atención de la Unidad está programada para abarcar a la población canalizada por Consulta Externa, escuelas o directamente de la comunidad. Dentro de la fase en que se encuentra el Proyecto no se tiene previsto ir a la comunidad, ni establecer contactos directos, convenios o asesorías a grupos. Esto denota que esta Unidad está trabajando en forma separada de los equipos psiquiátricos existentes dentro del mismo centro, ya que éstos sí salen en trabajo de campo dos veces por semana.

Por contar con dos equipos y programas paralelos que trabajan casi sin conexión, algunas actividades del servicio se duplican como la atención a niños, y otros programas destinados a la misma población.

Los controles de evaluación de UTNA están implementados por CEMESAM y son estrictos, ya que servirán como base para la investigación que está llevándose a cabo. La orientación que se tiene para la atención a pacientes está también en fase exploratoria, encontrándose gran diversidad de criterios y aproximaciones.

LABORATORIO PSICOPEDAGOGICO, SEP. Coyoacán, D.F. Fundado hace 13 años, depende de la Dirección de Educación Materno-Infantil de la Secretaría de Educación Pública. Constituye un núcleo central que además de atender 600 niños en dos turnos, coordina 28 laboratorios foráneos y coordinará tres más por fundarse. Coordina a 200 especialistas en educación especial lenguaje, trastornos de aprendizaje y de maduración, llevando control

de los casos que éstas atienden en jardines de niños (para niños "Normales") dentro del D.F.

Consta de:

- Un departamento de Didáctica que se ocupa de implementar los programas curriculares de enseñanza pre-escolar con aplicación a nivel nacional, efectuando investigaciones sobre niveles de maduración, etc., y elaborando sus propias fichas de control como por ejemplo la ficha de identificación del escolar.

Dentro de este departamento, existe un programa llamado de los Terceros Grados, que ha tenido como finalidad entrenar a las educadoras de jardines de niños que así lo soliciten, en la detección temprana de problemas y atención de casos leves, de fácil recuperación (como problemas por falta de estimulación, dislalias leves que no ameritan tratamiento) para contener a la población y evitar la derivación innecesaria que satura la capacidad del servicio. Este programa de entrenamiento tiene una duración de un año y hasta ahora se han entrenado 1000 educadoras en el estado de México y D.F., en un lapso de cinco años.

Para iniciar este programa se formaron en el Tercer Grado de jardín de niños, dos grupos seleccionados mediante la prueba de Filho. El grupo control lo constituyeron aquellos niños con una alta calificación

en la prueba de maduración, quienes siguieron el curso normal. El grupo experimental o piloto, estuvo formado por niños con índices bajos de maduración. La educadora a cargo de este grupo, recibió asesoría y orientación por parte del Laboratorio, siguiendo indicaciones de un programa más completo. Los resultados fueron satisfactorios, ya que en el re-test los niños puntuaron igual que el grupo control, por lo que muchos jardines de niños pidieron que se les diera el curso.

- Un departamento de Psicología. Lo constituyen nueve psicólogas que cuentan además con la carrera de educadoras. Ellas efectúan los estudios de filtro (pruebas psicológicas y de lenguaje) para canalizar a los niños a centros o jardines de niños cerca del domicilio donde habitan. Además de esto, asesoran a las terapeutas y participan en la discusión de casos con las terapistas y las coordinadoras de área. Existen dos especialistas en psicoterapia familiar y de juego.

Cuentan con un centro de orientación (donde hay además dos terapistas de lenguaje y una para retraso mental) para niños con problemas leves que se solucionan con programas conductuales, entrenando a los padres como agentes terapéuticos, con supervisión semanal. Se efectúan controles psicológicos semestrales de los niños de los grupos permanentes,

-Grupos Permanentes. Son los que se acercan más al modelo de Hospital de Día, ya que los niños se ubican en grupos que permanecen toda la mañana en el centro, en contraste con los otros servicios que atienden en forma de consulta externa.

Existen 4 áreas:

- 1) Retraso Mental. Grupos de 30 niños con tres niveles: superficial, medio y profundo, encargándose un terapeuta de cada nivel.
- 2) Disfunción Cerebral: Un grupo de 16 niños.
- 3) Problemas de Inmadurez: Un grupo con 14 niños.
- 4) Area de Lenguaje: 6 terapistas atendiendo a población flotante, siendo éste el único grupo que no se cierra comenzando el año. Llegan a atender hasta a 45 niños.

Los niños que requieren de atención psicológica y están dentro de los grupos permanentes, salen por el tiempo que dura su terapia, y se vuelven a incorporar a los grupos, o bien la reciben por la tarde, lo mismo que los niños que están dentro de los jardines de niños periféricos, dándoles así una atención integral, que cubre el área pedagógica y emocional.

Aunque formalmente ésta es la única parte del Centro que trabaja con lineamientos semejantes a los de Hospital de Día, toda la estructura del Centro podría considerarse como tal, por las siguientes razones: no se le saca al niño de su medio; los familiares participan en el tratamiento; se cubren los aspectos de prevención, tratamiento y rehabilitación y, en última instancia los jardines de niños con grupos de niños en tratamiento, podrían ser considerados como unidades satélites integradas a la comunidad, como el modelo que presenta el Veteran's Hospital de Brentwood, L.A., California.

- Departamento de Estadística. Analiza la información y concentra todos los datos que llegan de los laboratorios foráneos del país, evaluando las necesidades y supervisando que las actividades efectuadas correspondan a las programadas. Existe una concentración mensual de datos que se envía de los diferentes centros a este Departamento y que abarca: tipo de grupo, número de atenciones dadas, calidad de la atención, número de pacientes, tipo de canalización y resultados esperados (Ver anexo 2).

Este Departamento tiene el control y movimiento de los casos y también evalúa los resultados obtenidos anualmente.

Con el objeto de descentralizar la atención de los niños foráneos,

se implementó un curso de becarios para preparar personal de provincia, estableciendo un convenio de un año de duración, con el Hospital Psiquiátrico Infantil, S.S.A., para capacitar gente que pudiera fundar núcleos foráneos. Este convenio terminó este año. (Ver apéndice)

Hasta ahora existe un promedio de 200 especialistas distribuidas por toda la república y 200 en el D.F. Este curso lo han venido complementando con cursos de verano que ofrece la Escuela Normal de Especialización (S.E.P.), en la especialidad que elijan. Se han apoyado también en los cursos que el personal pueda conseguir a través de becas en el extranjero (como cursos de psicomotricidad en Francia, etc.)

Anualmente se hacen seminarios en los centros foráneos, que constituyen módulos educativos sobre temas específicos de psicología y pedagogía. Contienen la experiencia de cada centro y permiten la actualización y unificación de criterios. De aquí surgen manuales de trabajo.

Este Laboratorio es importante no solo a nivel de tratamiento, de detección y rehabilitación, sino porque además de él surgen las pautas, programas, evaluaciones y aportes teóricos por los que se rige el Departamento de Educación Materno-Infantil de la Secretaría de Educación Pública.

El laboratorio inicia el nuevo ciclo escolar 1979-1980 con la puesta en marcha del programa de jardines de niños a dos niveles: de 4 a 5 años y de 5 a 6 años, a nivel nacional, inexistentes hasta la fecha.

CENTRO DE DIA PORTALES. Este centro que 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, para llegar a crear un modelo de tratamiento de acuerdo a nuestras necesidades. Se establece en espacios abiertos, habiendo ya sido validado en programas cerrados (Casa Hogar Margarita Maza de Juárez).

Está organizado en cuatro áreas:

- Area Social: Esta da servicio de consulta psicológica, entrenamiento a padres y cursos. Cuenta con tres psicólogos.
- Area Académica: Tiene programas de educación abierta de primaria y secundaria. Es un centro promotor de enseñanza para adultos, con cinco psicólogos a su cargo.
- Area Vocacional: Cuenta con una bolsa de trabajo mantenida por medio de convenios con la Delegación. Es la encargada de dar orientaciones vocacionales y entrenamiento pre-laboral o capacitación vocacional (establecimiento de repertorios conductuales para llenar los requisitos de presentación ante el trabajo). Esta área tiene además convenios con ARMO (Adiestramiento Rápido de Mano de Obra) y con CECATE del IMSS (Centro de Capacitación Técnica). Hay tres trabajadoras sociales que hacen seguimiento, rescate de pacientes, terapia familiar y visitas domiciliarias.

- Area Motivacional: Encargada de dar recursos recreativos, materiales e incentivos, para involucrar a los pacientes en el tratamiento. Maneja o controla bonos, cigarros, boletos para espectáculos, metro, etc., mediante el sistema de puntos. Trabajan aquí dos psicólogos y tres sociólogos.

Todos los pacientes pasan por estas cuatro áreas. El horario de traabajo es de las 9 a las 13 horas y de las 16 a las 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.

La fase de captación inicial de la población duró los tres primeros meses haciendo promoción, propaganda y convenios con centros de salud, escuelas y delegaciones dentro del área metropolitana para que derivaran a los muchachos con los padecimientos antes mencionados.

Los pacientes se comprometen mediante un contrato conductual y un convenio individual y familiar, que es controlado por el área social por los consejeros conductuales, que emplean el modelo teórico SOCS (situación, opción, consecuencia, solución) desarrollado en 1974 por Kaifer en los Estados Unidos.

La asistencia al centro es obligatoria por dos o tres horas, pasando el resto del tiempo en los Centros de Capacitación.

Se tienen sesiones de autogobierno y los problemas de los grupos se manejan según el modelo de "La Familia Enseñante" (Programa de Kansas. Phillips, Fixen y Wolf, 1968), empleando también técnicas conductuales con base en los modelos de Patterson, Keller, Azrin y Baukmann, en prensa). Estas técnicas no atacan al síntoma directamente sino que tratan de establecer repertorios alternativos.

En la evaluación se emplean los siguientes instrumentos:

- Geist: para detectar habilidades e intereses.
- Locus Control: Para ver externalidad e internalidad de la problemática. Prueba validada en la Universidad de Nuevo León.
- Kiddie Match: Obtiene el grado de manipulación usada por los muchachos.
- Autoconcepto de Tennessee: El grado de autoestima y la autovaloración.
- Pruebas de comprensión, lectura, aritmética desarrolladas en 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 da una vez llenados los objetivos por programa en todas las áreas. Todavía no se ha llegado a la etapa de seguimiento.

ESCUELA GRANJA FRAY BERNARDINO ALVAREZ. Tlalpan, México, D.F.

Funciona como un servicio anexo al Hospital de Neurología. El horario es de las 9 a las 14 horas. Atiende a una población de varones entre 12 y 18 años, el 60% de los cuales ha sido diagnosticado como débiles mentales profundos. La asistencia promedio es de un 85%. Las metas perseguidas son: socialización y capacitación para el trabajo. Esta capacitación implica la adquisición de una técnica o disciplina de trabajo.

Cuenta con dos grupos de maduración de dos niveles. El primer nivel es para muchachos muy bajos, con problemas motrices serios. El segundo implica la iniciación de la escolaridad.

Hay un grupo de escolaridad con varios niveles, llegando al equivalente de un tercer o cuarto grado de primaria normal. Se imparten conocimientos básicos enfatizando el aspecto motriz.

Otro grupo hace trabajos manuales con alguna finalidad práctica y que los prepara para trabajar en un taller específico.

Los talleres se ofrecen de acuerdo a las habilidades de los muchachos, detectadas por las psicólogas. Estos son: carpintería, encuadernación, talabartería, tejido en mimbre, confección de tapetes, artesanas, macramé, modelado, pintura, alfarería, cerámica y jardinería con cultivos hidropónicos.

El taller de talabartería es en sí un taller protegido, donde están alrededor de seis muchachos trabajadores, con una producción

constante que le permite ser autosuficiente desde 1973 y aportar un ingreso a los que en él trabajan. También ocasionalmente hacen trabajo de maquila. Este taller tomó esta modalidad debido a la dificultad para colocar a algunos muchachos dentro del medio laboral, ya que aun que poseían las habilidades necesarias, y las técnicas adecuadas, no pudieron adaptarse al medio de trabajo por carecer de habilidades sociales.

Estos talleres son manejados por maestros de oficio, mientras que los grupos de escolaridad y maduración están a cargo de tres maestros especialistas en educación especial.

El control se realiza a nivel de observación, no contándose con formas objetivos ni con seguimiento.

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

2) Estructura de los Hospitales de Día:

Presentación de los Cuadros. (Pags. 164-168)

Claves no incluidas en los cuadros anteriores:

FASES: Este punto se incluyó por estimarlo necesario para diferenciar el valor de los datos de acuerdo al tiempo de funcionamiento de cada servicio investigado. Se dividió en:

CLAVE

Proyectos (la información aparecerá P
punteada en este caso)

CLAVE

Re-estructuración

R(cuando el ser-
vicio ha atravesa
do por cambios ra-
dicales en su es-
tructura y funcio-
namiento)

Inicial

I

Media

Me

Final

F

CANALIZACION:

Consulta Externa

C.E.

OBJETIVOS:

Prevención

Prev.

Tratamiento

T

Rehabilitación

Rh

Investigación

Inv.

Enseñanza

Enseñ.

AREA ECONOMICA:

Presupuesto Federal

Pf.

Subsidios

S

Cuotas de Recuperación

C

Patronato

Patr.

CLAVE

PERSONAL:

Propio	Prop
Comisionado	Comis
Voluntario	V
Servicio Social	S.S.
Por Contrato	Cont

CRITERIOS DE ADMISION:

Diagnóstico	Diag
Nivel Socioeconómico	N Soc
Pariente Responsable	P Res
Escolaridad	Esc.

CRITERIOS DE ALTA:

Tiempo de Estancia	T Est
Programa Terminado	Prog
Mejora Sintomática	MSint
Evaluación	Ev.

VALORACIONES:

Historia Clínica	H.CL.
Estudio de Gabinete	Gab.
Estudios Neurológicos	Neur.
Tests Psicométricos	T.Pm.

	CLAVE
Tests Proyectivos	T. Proy.
Entrevista	Entr.
Evaluación Conductual	E.C.
Orientación Vocacional	Or. Voc.
Pruebas para detectar organicidad.	Org.
Ficha Conductual	F.Cond.
Ficha por Programa	F. Progr.
Pruebas de Maduración	P.M.
Otros	0
Cuestionario	Cuest.
Diagnóstico Familiar	D.F.

Comentarios a los Cuadros:

FASE: La mayoría de los servicios están en su fase inicial, o reestructurándose, lo que viene a tener el mismo significado, ya que se rompe la continuidad en los programas, exceptuando a 2 servicios que se encuentran en la fase media, contando ya con resultados.

DATOS DE POBLACION: La mayor parte de los Centros están destinados a la población de niños y jóvenes, existiendo para los adultos un proyecto de servicio.

DIAGNOSTICO: Frecuentemente se encuentran los trastornos de conduc-

HOSPITALES DE DIA CON TRATAMIENTO INTENSIVO

165

NOMBRE DE LA INSIITUION	AREA ECONOMICA				PERSONAL				CRITERIOS DE ADMISION					CRITERIOS DE ALTA								
	Pf	S	C	Patr	Prop	Comis	V	S.S.	Cont	Edad	Sexo	Dfag	N	Sot	Pres	Esc	T	Est	Edad	Prog	Sint	Ev.
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS																						
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL	X		X		X	X				X		X			X			X	X	X	X	
HOSPITAL PSIQUIATRICO F.BERNARDINO	X		X		X		X			X		X	X	X	X					X	X	
CENTROS DE DIA INDEPENDIENTES																						
CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL LOMAS		X	X	X	X			X	X		X	X	X		X						X	X
CENTROS DE DIA COMO PARTE DE UN PLAN DE SALUD MENTAL COMUNITARIO																						
UTNA- CENTRO DE SALUD STA.URSULA	X				X					X		X							X	X	X	
CENTROS DE DIA ASOCIADOS A UNIVERSIDADES O INSTITUCIONES EDUCATIVAS																						
LABORATORIO PSICOPEDAGOGICO SEP	X		X		X					X		X						X	X	X	X	
CENTRO DE DIA PORTALES UNAM-CEMESAM	X	X	X		X		X	X	X	X		X							X	X	X	
HOSPITALES DE DIA CON TRATAMIENTO A LARGO PLAZO																						
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS																						
ESCUELA GRANJA FRAY BERNARDINO A.	X		X		X					X	X	X							X	X	X	

HOSPITALES DE DIA CON TRATAMIENTO INTENSIVO

NOMBRE DE LA INSTITUCION	HORA RIO	PERSONAL										CUPO	CANALIZO					ESTAN CIA X	OBJETIVOS				
		Pq	Y	TS	Ep	Aux	V	M	T	TFam	Hg		Hp	C	Sp	E	CE		Prev	T	Rh	Inv	Ens
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS																							
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANIL	8:45-11:45	1		1	1			5	1			58			X			X	1-3años	X	X		
HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ	8-14	5	2	1		3			6			40						X	3-6mes	X	X	X	X
CENTROS DE DIA INDEPENDIENTES																							
CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL LOMAS	9-16	1	4	1				4				11			X	X	X	X	6 meses	X	X	X	
CENTRO DE DIA COMO PARTE DE UN PLAN DE SALUD MENTAL COMUNITARIO																							
UTNA- CEMESAM- STA. URSULA	Diurno Vesp.	1	4					2				50			X		X	X	3-6 m.	X	X	X	X
CENTROS DE DIA ASOCIADOS A UNIVERSIDADES O INSTITUCIONES EDUCATIVAS																							
LABORATORIO PSICOPEDAGOGICO SEP	9-13 16-19	1	9	2				39	2			600			X		X			X	X	X	X
CENTRO DE DIA PORTALES UNAM=CEMESAM	9-13 16/20		10	3		3						50			X	X	X		< 8mes		X	X	X
HOSPITALES DE DIA CON TRATAMIENTO A LARGO PLAZO																							
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS																							
ESCUELA GRANJA F. BERNARDINO ALVAREZ	9-14	1	1	3				4	5			108	X	X	X	X			> 3años	X	X		

HOSPITALES DE DIA CON TRATAMIENTO INTENSIVO

167

NOMBRE DE LA INSTITUCION	VALORACIONES																
	MEDICA			PSICOLOGICA						PEDAGOGICA				SOCIOECONOMICA			
	H CI	Gab.	Neur	T.PM	TProy	Entr	E.C.	OVoc	Org.	FCond	FProg	P.M.	O	Cuest	Entr	Visi	D.F.
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS																	
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL	X	X									X	X		X	X	X	
HOSPITAL PSIQUIATRICO F.BERNARDINO	X	X	X	X	X	X		X	X					X	X	X	X
CENTROS DE DIA INDEPENDIENTES																	
CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL LOMAS	X					X								X	X	X	
CENTROS DE DIA COMO PARTE DE UN PLAN DE SALUD MENTAL COMUNITARIO																	
U.T.N.A. CENTRO DE S. STA. URSULA	X	X		X	X	X			X		X	X					
CENTROS DE DIA ASOCIADOS A UNIVERSIDADES O INSTITUCIONES EDUCATIVAS.																	
LABORATORIO PSICOPEDAGOGICO SEP	X		X	X	X	X			X	X	X	X		X	X	X	
CENTRO DE DIA PORTALES UNAM=CEMESAM				X		X	X	X		X	X			X	X	X	X
HOSPITALES DE DIA CON TRATAMIENTO A LARGO PLAZO																	
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS																	
ESCUELA GRANJA FRAY BERNARDINO A.	X	X	X	X		X		X	X		X	X		X	X	X	

HOSPITALES DE DIA CON TRATAMIENTO INTENSIVO

168

NOMBRE DE LA INSTITUCION	INSTRUMENTOS CONTROL	FRECUENCIA DE CONTROL				SUPERVISION				FORMAS SUPERVIS.				SEGUIMIENTO			
		Meses				Intern	Ext.	Obs	Dir	C	Cl	Rep.	C.E.	Vdom	Resc.		
		0-3	3-6	6-12	+12												
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS																	
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL	Ficha de Valoracion Pedagógica		X			X						X				X	
HOSPITAL PSIQUIATRICO F.BERNARDINO	Registros Conductual Fichas de Programas					X	X	X	X	X	X	X	X			X	
CENTROS DE DIA INDEPENDIENTES																	
CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL LOMES						X		X	X	X						X	
CENTROS DE DIA COMO PARTE DE UN PLAN DE SALUD MENTAL COMUNITARIO																	
UTNA- CENTRO DE SALUD STA. URSULA	-Desarrollados por CEMESAM		X			X	X	X	X	X							
CENTROS DE DIA ASOCIADOS A UNIVERSIDADES O INSTITUCIONES EDUCATIVAS																	
LABORATORIO PSICOPEDAGOGICO SEP	Ficha de Identificación del Preescolar	X				X	X	X			X					X	
CENTRO DE DIA PORTALES UNAM-CEMESAM	GEIST; LOCUS CONTROL Autoconcepto; KMatch	X				X	X	X			X					X	
HOSPITALES DE DIA CON TRATAMIENTO A LARGO PLAZO																	
HOSPITALES DE DIA ASOCIADOS A HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS																	
ESCUELA GRANJA FRAY BERNARDINO A.				X		X		X			X					X	

ta, que en niños serán trastornos de aprendizaje y en jóvenes problemas de farmacodependencia.

TRATAMIENTO: Los tratamientos son muy diversos, variando de acuerdo a la orientación dentro de cada Centro.

HORARIO: Existen tres servicios con dos turnos y el resto tiene actividades únicamente por la mañana.

PERSONAL: La mayor parte del personal son psicólogos y terapeutas. Todos cuentan con personal médico excepto el Centro de Día de Portales.

CUPO: La mayoría de las Instituciones atiende alrededor de 50 pacientes. Las que tienen mayor tiempo en actividades pueden atender actualmente a un número mayor de personas. La Institución privada tiene un número mínimo de asistentes.

CANALIZACION: Los medios mas frecuentes de canalización son los intrahospitalarios o directamente de la comunidad.

ESTANCIA: La mayoría de los hospitales con tratamiento para agudos calcula una estancia promedio de seis meses. El hospital con tratamiento para crónicos es a largo plazo.

OBJETIVOS: Los Centros en su mayoría cubren las áreas de prevención, tratamiento, y rehabilitación. Hay tres centros en donde están llevándose a cabo investigaciones.

AREA ECONOMICA: 6 de los 7 Centros cuentan con presupuesto federal y se auxilian con las cuotas de recuperación.

PERSONAL: El personal comisionado ya no existe, debido a la Reforma Administrativa, de modo que todo el personal tiene que ser

propio de la Institución, ya sea a través de plazas o por contrato determinado. Muchos de los médicos y psicólogos tienen plazas de intendencia, por no haber suficientes.

CRITERIOS DE ADMISION: Ya que la mayoría de los servicios se destinan a niños y adolescentes, la edad es un factor constante así como el diagnóstico.

CRITERIOS DE ALTA: Aun cuando el tiempo de estancia se estima que sea corto, éste no es un factor determinante para el alta. Esta se da por mejora sintomática, evaluación y terminación del programa.

VALORACIONES: Casi todos los pacientes cuentan con historia clínica médica, pero en sólo dos casos hay neurólogo, aunque el E.E.G. sea un estudio de rutina en muchos casos. La evaluación psicológica es a base de entrevistas y de pruebas, tanto psicométricas como proyectivas. La evaluación pedagógica existe en los lugares donde se atiende a niños o a débiles mentales. La evaluación económica es semejante en todos los casos, contando con cuestionarios, entrevistas y visita domiciliaria.

CONTROL: En 5 de 7 casos hay instrumentos de control, aunque casi todos en su fase inicial y de experimentación. La frecuencia programada es casi siempre semestral. Se proyecta el seguimiento de los casos, pero en la actualidad no se efectúa, existiendo solamente el rescate mientras no se dé de baja al paciente.

SUPERVISION: En la mayoría de los casos es interna y en tres de ellos cuentan con supervisión o asesoría externa. La supervisión se hace por observación directa y reportes. Solamente en dos Centros se ven casos clínicos en forma rutinaria e interdisciplinaria.

3) Problemas y Consecuencias de Estos:

Problemas de Población:

-Sobrepoblación: Por el continuo crecimiento de la población y la falta de entrenamiento en la gente que canaliza para detectar específicamente problemas y el nivel de atención que requieren, se acude a la Institución cuando el problema se ha agravado, o bien cuando el problema puede todavía ser contenido en otras Instituciones menos especializadas, o ser tratados por maestros o por otro tipo de personas.

Otra fuente que contribuye a la grave afluencia de personas a los Centros es la falla ya conocida de los sistemas educativos, que arroja en la actualidad, cantidad de niños con "trastornos de aprendizaje". Las instituciones de salud muchas veces suplen la atención a problemas sociales, evidenciándose la falla en instituciones que deberían avocarse al problema.

Problemas Administrativos:

- El primero y más grave es la discontinuidad de los servicios, programas y personal, debido a cambios administrativos y políticos dentro de las instituciones, lo que ocasiona grandes pérdidas de tiempo y energía, que repercuten en la calidad del servicio. La población sufre todo el período de implementación de los nuevos programas; se desorienta al ver que lo anterior ya no tiene validez y al observar la falta de criterios uniformes.

Esto también ocasiona que nunca puedan tenerse resultados a largo plazo, ya que al salir el personal, se pierden los datos. Esto también ocasiona la fuga de dinero, pues los proyectos quedan trancos, volviéndose a partir de cero en las fases de re-estructuración, sin aprovechar la experiencia anterior.

Se tienen servicios ahistóricos siempre en fase de iniciación, provocando falta de ubicación del personal, desconcierto y la sensación de que su trabajo puede tener el mismo fin: lo que ahora se apoya posiblemente mañana se obstaculice.

Problemas Económicos:

- Limitaciones en las Instalaciones Físicas. Exceptuando dos centros, todos los demás se encuentran en instalaciones inadecuadas que generalmente se adaptan en forma muy rudimentaria a los objetivos y

necesidades. Por ejemplo: la Escuela Granja Fray Bernardino Alvarez se encuentra en lo que antes eran unos gallineros. En casos en que se han hecho instalaciones específicas para el servicio, éstas se han desocupado pasándose a otras que fueron construídas para destinarlas a otros usos, tomando las primeras como bodegas y almacenes.

Problemas de Personal:

-Escasez de Personal Calificado, sobre todo a nivel de técnicos, teniendo que asumir estos roles el personal especializado, en detrimento de sus propias funciones. Esto también está determinado por la incongruencia entre la calificación y el tipo de plaza obtenida, que generalmente no corresponden y son de tipo temporal.

Problemas de Comunicación:

- Muchas veces las personas que están en contacto directo con el paciente no tienen idea clara de cuáles son los objetivos y hacia dónde va el servicio, perdiéndose en tareas concretas. En algunas ocasiones, se retiene a los pacientes sin darlos de alta, por considerar que no ha llenado totalmente las metas de acuerdo a su criterio personal. Esto agrava el problema de sobrecupo e impide al paciente reintegrarse a su comunidad en el menor tiempo posible.

-Aislamiento de los Servicios: El aislamiento se puede enfocar desde dos puntos de vista: externo e interno.

-Externo: Servicios que atienden el mismo tipo de padecimientos y no tienen comunicación entre sí, lo que trae como consecuencia que en caso de que el paciente sea derivado a otra institución, vuelvan a aplicarse los mismos exámenes diagnósticos como si nunca se le hubieran practicado. En caso de sobrecupo y por falta de información, no pueden canalizarse a una institución análoga, teniendo que encontrar ellos mismos la información de a dónde acudir, sumándose en el círculo vicioso que provoca resistencia al tratamiento y finalmente deserción. Lo más crítico de este problema es la negación de la posibilidad de encontrar otros centros, con lo cual no sólo no se da información sino que se desinforma.

-Interno: Se ha encontrado que dentro de un mismo servicio se duplique la atención por falta de comunicación

y coordinación entre el equipo, existiendo duplicidad de personal y falta de espacio por este problema.

Muchas veces la información "oficial" que se da a nivel de directivos, acerca del estado actual del servicio, no corresponde a la información recogida dentro del servicio mismo. Lo mismo sucede con los datos publicados acerca del funcionamiento de ciertos centros y la realidad de éstos.

- Dificultad de Acceso para obtener información de cualquier tipo, ya que se envía al informante de un departamento a otro en una cadena sin fin y muchas veces circular.

Se corre con esto el riesgo de caer en la paradoja de quenservicios abiertos a la comunidad y para la comunidad, sea ésta la que encuentra más dificultad para obtener información a todos los niveles. Desde el funcionamiento del Centro, a quién dirigirse y cuáles son los objetivos detrás de las actividades en las que se ve envuelta. Esto puede originar un paternalismo institucional que cuida de una población en lugar de educarla y ayudarla a buscar y a elegir sus propias formas de desarrollo, en lugar de imponer modelos que muchas veces ni siquiera sa

len del propio medio o que se han aplicado pero a otro tipo de población y clase social.

Nuevas Perspectivas en Salud Mental:

"Nuestros hospitales, hospitales-granjas y asilos, adolescen de escasez de personal en relación con el número de pacientes y en varios de ellos no hay programas de rehabilitación. Por la carencia de instituciones intermedias, muchos pacientes permanecen largo tiempo confinados. Su condición deplorable no es tanto resultado de su enfermedad, sino del deterioro social que es consecuencia del abandono". (De la Fuente R., 1977)

Los datos estadísticos del año de 1979 todavía no publicados, obtenidos del Departamento de Estadística de la Dirección de Salud Mental de la S.S.A., son los siguientes:

Existen 25 millones de asegurados y 40 millones que no gozan de esta prestación, de los cuales se calcula que 12 millones podrían necesitar atención psiquiátrica. (Dr. Iglesias, comunicación personal; Dirección de Salud Mental, S.S.A.)

Para la atención de la salud mental hay en la República Mexicana 900 instituciones estatales, paraestatales y privadas, con un total de 600 psiquiatras, correspondiendo uno a cada 100,000 habitantes.

Se da atención psiquiátrica global al 3.1% de la población calcu

da como enferma (225,183). Se considera que el 3.5 por cada mil son enfermos mentales y del sistema nervioso. Los enfermos de 1 a 14 años atribuibles en la República, hacen un total de 45,625 (1978).

El total de camas psiquiátricas gubernamentales es de 4406, ubicándose 1302 camas en el D.F.; 800 de las cuales están destinadas a pacientes agudos, 200 son para niños y 600 para adultos, mientras que para crónicos irrecuperables se tienen 600. Esto da una cama psiquiátrica por cada 14,536.36 habitantes (1978).

En cuanto al costo de la cama por día, se estima un valor aproximado de \$600.00 (día/paciente).

Acciones de las distintas dependencias oficiales para solucionar los problemas en salud mental.

SSA: DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL: La parte asistencial es coordinada directamente por esta Dirección, mientras que los proyectos de investigación acerca del servicio asistencial son efectuados para esta Dirección por CEMESAM, cuyo objetivo general es investigar los diferentes modelos de atención clínica y prevención.

Actualmente se trata de encontrar un enlace entre el servicio de consulta externa ambulatorio y la hospitalización, o sea la formación de recursos intermedios.

Tratar de contener en lo posible al grueso de la población cuyos problemas sean solucionables dentro de la misma comunidad, dentro del nivel de detección o prevención temprana.

Reforzar los recursos intermedios (servicios dentro de los centros de salud) con los equipos psiquiátricos integrados a ellos o reforzar los llamados centros de salud mental comunitaria.

Prevenir en lo posible la hospitalización en una institución psiquiátrica, derivando al paciente antes a los departamentos de psiquiatría dentro de los hospitales generales, con objetivos de internamiento a corto plazo.

Para desarrollar el recurso intermedio se contemplan tres esferas: la asistencia, promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales, y enseñanza e investigación.

Desde hace dos años están desarrollándose diferentes centros, existiendo 23 servicios de salud mental comunitaria en 40 centros de salud. Cada equipo cuenta con un psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social, como mínimo. También se han abierto centros en provincia.

Anexamos un programa general del servicio de psiquiatría y salud mental dentro de un hospital general, con el objeto de dar una idea del tipo de planeación y objetivos que pueden proponer se. (Anexo #3)

Por otra parte, se han implementado ya sistemas de planeación, evaluación y capacitación.

En cuanto al área de enseñanza, se han implementado cursos de capacitación para coordinar y organizar las acciones del personal voluntario, lo mismo que para capacitación y actualización del personal ya existente, además de dar asesorías técnicas a las instituciones de asistencia.

En el campo de la investigación se ha establecido un protocolo de investigación que proporciona datos acerca del número de consultas dadas, tipos de consulta, etc. Cada especialista en salud mental además de registrar esos datos, se compromete a diseñar y llevar a cabo una investigación sobre el tema que más le interese, obteniendo a cambio apoyo por parte de CEMESAM.

Se anexan formas de concentración de información, anexo #4 y cronogramas, anexo #5. Las primeras funcionan como control y retroalimentación para las personas que los llenan, ya que los resultados son regresados cada mes en forma de gráficas acumulativas.

Otros de los proyectos de investigación son:

- Capacitación de las familias en el barrio norte, para probar un modelo norteamericano sobre farmacodependencia.
- Programa del Centro de Día Portales, en colaboración

con la UNAM.

- Proyecto de la Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA) en el Centro de Salud Dr. Gustavo Rovirosa, Sta. Ursula, Coyoacan.
- Programa de rescate y seguimiento de los pacientes.

SSA. DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION: De esta Dirección depende un modelo de atención que consideramos importante mencionar: los Centros de Rehabilitacion y Educación Especial, tratados brevemente al inicio de este capítulo dentro del Plan Nacional de Salud de 1974.

Es el único modelo donde trabajan conjuntamente tres entidades:

- Secretaría de Salubridad y Asistencia, aportando recursos económicos y personal médico.
- Secretaría de Educación Pública, que contribuye con el personal de maestros, coordinando todo el aspecto pedagógico, y
- Los Gobiernos de los Estados, encargados de los aspectos administrativos y de la dotación de las instalaciones físicas.

Dentro de cada Centro existe un Director Médico representante de la SSA y otro Director Pedagógico representante de la SEP. El personal de planta está compuesto por: dos médicos como mínimo;

15 maestros de las cinco especialidades en rehabilitación (audición, lenguaje, educación especial, ceguera, problemas del aparato locomotor y menores infractores); un terapeuta ocupacional; un terapeuta de lenguaje; un terapeuta físico; un terapeuta en prótesis y órtesis, y trabajadores sociales.

El objetivo de los CREE's es prevenir, detectar, atender y controlar en forma temprana y oportuna los problemas de invalidez que afectan a la población, por medio de programas estatales de rehabilitación. (Ferrer, A.M., 1975)

Cuentan con los siguientes servicios: diagnóstico, tratamiento, educación especial, orientación vocacional y adiestramiento para el trabajo. Se trabaja a nivel de externado, existiendo sólo unas cuantas camas para hospedar a los pacientes provenientes de lugares lejanos, mientras reciben las indicaciones de tratamiento y esto no pasa de unos cuantos días. Hay grupos de tratamiento en todas las áreas mencionadas.

En general los tratamientos y ejercicios se dan frente a los padres, para que éstos puedan ser los terapeutas fuera del hogar, o bien dentro del centro bajo la supervisión de los terapeutas especializados. En algunas entidades las terapias se dan en grupo, según el tipo de problemas, debido a la alta incidencia de pacientes. La atención médica y la pedagógica se dan simultáneamente.

Las cuotas de recuperación se fijan de acuerdo con los estudios

de salarios mínimos hechos por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos de cada entidad.

En el área de enseñanza, el departamento de enseñanza organiza cursos de actualización, desarrollo de personal y cursos formativos, además de contar con una maestría en rehabilitación neurológica en colaboración con la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco.

En cuanto a investigación, está desarrollándose un estudio rural para detección de enfermedades, en Toluca, Estado de México y en el Centro de Durango. Esto cuenta con un presupuesto subvencionado por la Organización Mundial de la Salud, llamado programa 4500 "extensión de cobertura".

Se realizan además continuamente tesis a nivel técnico o de especialización por parte de los alumnos graduados, que evalúan los resultados en diferentes centros del país donde han laborado.

Anexamos un mapa de los diferentes lugares del país donde existen estos centros, la estimación de los recursos humanos existentes para la rehabilitación y los requerimientos hasta 1983, las metas del personal capacitado también hasta 1983 y los recursos con los que se cuenta para desarrollar al personal de rehabilitación, obtenidos del Plan Nacional de Salud 1974. Anexos números 6,7,8 y 9.

DIF. Desarrollo Integral de la Familia. Instituto Nacional de Salud Mental. Fué inaugurado en mayo de 1979 y entrará a funcionar

a nivel de asistencia para diciembre de 1979, estando actualmente en fase de preparación, planeación y detección de las necesidades de la población a la que asistirá.

Su objetivo principal es: investigar científicamente las causas, distribución, tratamiento y prevención de las alteraciones de la salud mental en niños y jóvenes.

Está dividido en 4 departamentos:

Investigación Clínica

- unidad de ciencias clínicas
- unidad de informática

Departamento de Enseñanza

- unidad de enseñanza profesional
- unidad de educación popular
- unidad de audiovisual

Departamento de Asistencia

- unidad de epidemiología
- sadytra
- psiquiatría
- neurobiología
- policlínica

Departamento de Administración

- contabilidad y presupuesto
- personal
- obras y conservación

- servicios administrativos
- servicios generales

Dentro del área de psicología los objetivos son:

Investigación con fines de prevención

- Coordinación de diagnóstico y tratamiento psicológico e investigación clínica.

Asistencia Psicológica

- Coordinación de investigación de campo con fines de prevención. En función de este tipo de investigación se diseñaron sistemas y estrategias de prevención, así como técnicas de intervención familiar y escolar.

Enseñanza especializada del psicólogo

- Coordinación de enseñanza para cumplir con los objetivos de educación y divulgación dentro de la comunidad y de capacitación de profesionistas especializados en el área de la salud mental.

(Velasco A., 1979, Plan de Trabajo INSM, DIF)

IMSS. INSTITUTO NACIONAL DEL SEGURO SOCIAL. CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL. Este Centro funciona desde 1975.

Los pacientes vienen derivados de las clínicas del Seguro Social, por lo que se considera en cierta forma una comunidad cerrada.

El diagnóstico se hace en forma integral en dos modalidades:

según el módulo A, todo el equipo participa simultaneamente; según el módulo B, el paciente pasa sucesivamente por los distintos servicios.

La historia clínica que se lleva a cabo, está basada en un instrumento norteamericano que se califica objetivamente de 1 a 5, según la gravedad del síntoma. Este es llamado la forma BPRS. Existe también la escala breve de apreciación social para la recolección de datos, que es una forma elaborada por el centro para recoger la información socioeconómica de una manera computable. Se anexa ésta y la forma de control médico de asistencia. Anexos números 10 y 11.

En este centro se realizan entrenamientos para pacientes con problemas de aprendizaje que son llevados a cabo por un psicólogo y un psiquiatra. En lo que respecta a las psicoterapias, éstas son breves y por objetivos limitados, existiendo grupos de psicoterapia de juego donde se reúne a la población de acuerdo a sus síntomas. Por ejemplo, hay grupos de niños enuréticos, fóbicos, etc. A los padres se les da orientación plurifamiliar o unifamiliar por medio de las trabajadoras sociales psiquiátricas. Los objetivos del servicio también contemplan la atención a adultos.

En cuanto a formas de control, se cuenta con formas de registro de asistencias por grupos, y evaluaciones iniciales y finales. El seguimiento se realiza en la clínica de donde procede el paciente, durante un tiempo aproximado de tres meses.

Diariamente el personal del turno de la mañana y del turno de la tarde dedican una hora a fines académicos.

Dentro del programa original de este centro, se tenía prevista la construcción de nuevos centros comunitarios, el Hospital de Día para niños y la hospitalización psiquiátrica de corta estancia, no teniéndose ninguna información posterior. (Ramirez M.A., Pucheu R.C., 1977)

CAPITULO SEPTIMO

CONCLUSIONES

El Hospital de Día surge en otros países como una respuesta a problemas ocasionados por la hospitalización psiquiátrica: falta de camas, costos elevados, alta tasa de reingresos, sobrepoblación, falta de recursos humanos, efectos iatrogénicos de la institucionalización, etc.

Fué la alternativa entre el servicio ambulatorio de consulta externa y el servicio de hospitalización; entre la comunidad y el hospital. Básicamente fué la solución encontrada para la población que había sufrido, o estaba por sufrir, los problemas de la hospitalización innecesaria, tanto como transición del hospital a la comunidad como contención de la comunidad al hospital.

En México las estadísticas nos hablan de estos mismos problemas. Para solucionarlos, se propone un Plan Nacional de Salud que coordine a todos los organismos relacionados con la salud mental con acciones planificadas hasta el año de 1980. Sin embargo actualmente, en 1979, está por aparecer un nuevo Plan de Salud que ha sido reformado tantas veces que aún no es conocido ni por las mismas instituciones que están involucradas en él. (será publicado próximamente en la revista de CEMESAM)

No obstante, podemos conocer la dirección de los programas a través de

proyectos concretos que en síntesis van encaminados hacia el desarrollo de los recursos intermedios entre la consulta externa y la hospitalización, pudiendo considerar al Hospital de Día como un recurso intermedio. De esto ya se habló en forma más extensa en el capítulo anterior en la parte dedicada al CEMESAM. Creemos que ésto es importante porque implica una apertura que puede aportar soluciones específicas y viables en nuestro medio, ya que las soluciones no se limitan a una modalidad específica de atención sino que se dedican al apoyo de modelos que ofrecen alternativas a la psiquiatría tradicional.

Hemos visto a través de esta investigación, que los proyectos pueden caer en situaciones que ponen en peligro los objetivos para los cuales fueron planeados, mediatizando sus efectos; estos son:

Crear programas ajenos a la población, sin ver las necesidades reales de los destinatarios de los servicios, importando esquemas de otros países. Se propicia así la formación de una minicomunidad aislada de la misma comunidad. Este problema también se puede deber a la falta de conciencia social, al alejamiento del profesionista de las personas a las que trata; el problema se ha hecho evidente en los Estados Unidos en los barrios llamados "slums", sin encontrarles una solución adecuada y ofreciendo paliativos que llevan a la misma dicotomía de la que se quería escapar: buenos servicios para las clases con recursos y servicios de segunda (sin personal especializado y a base de para-profesionales) para las clases sin recursos. También en México podríamos volver a caer en esto, en servicios destinados a los barrios marginados.

Actualmente los centros psiquiátricos especializados se encuen-

tran concentrados en la zona sur de la Ciudad de México, específicamente en Tlalpan. Esto ha sido estudiado en Palo Alto, California, por Fuller Torrey E., (1970), quien hace resaltar la incongruencia de un servicio comunitario completamente alejado geográficamente de la comunidad a quien pretende servir. Se sabe que en la Ciudad de México, la zona norte es la que presenta mayores problemas, y la distancia para acudir al tratamiento puede contribuir a la búsqueda de la hospitalización del enfermo por parte de sus familiares. Sin embargo, se empiezan a construir unidades para dar atención a ese sector, así como servicios de psiquiatría dentro de hospitales generales o integrados a los centros de salud.

Además de la concentración geográfica, frecuentemente se encuentra en distintas instituciones la duplicación de trabajos de investigación; ésto posiblemente debido a la falta de divulgación de los trabajos tanto del servicio como de su organización administrativa. Por esta falta de coordinación interdisciplinaria e interinstitucional se destinan recursos humanos y económicos cuantiosos para proyectos que ya han sido realizados total o parcialmente por otras instituciones, sin aprovechar las experiencias de las mismas.

Por otro lado, los proyectos casi siempre quedan truncos, dándose continuas reestructuraciones que anulan la posibilidad de tener resultados a largo plazo para cualquier evaluación. Con una buena metodología, de la que casi siempre carecen los profesionistas, podrían aprovecharse los datos resultantes de los tratamientos, conjuntando de esta manera la labor asistencial y la labor de investigación, que generalmente están

disociadas, razón por la cual la investigación muchas veces cae en un purismo teórico con objetivos irrelevantes y fuera de la realidad.

De lo anterior se deriva que la falta de ubicación del profesionalista lo puede hacer caer en dos extremos:

- 1) No caer en la cuenta de que su trabajo profesional tiene significado a distintos niveles: de servicio, de investigación científica y de significado social, restringiendo y desaprovechando su trabajo en acciones aisladas.
- 2) El fracaso en la integración de un equipo interdisciplinario donde se diluyen los roles de tal manera que los especialistas se dedican indiscriminadamente a tareas fuera de su ámbito profesional, como por ejemplo, un psicólogo puede hacer de maestro de inglés o de gimnasia, confundiendo el trabajo en equipo con la suplencia de las necesidades del mismo, con lo cual la necesidad urgente desaparece aparentemente, pero sin una solución adecuada.

Existe otra disociación frecuente en este medio: el hacer de un problema social un problema médico. Este es el otro extremo en que puede caer la psiquiatría comunitaria, lo que se ha dado en llamar la "psiquiatrización de la sociedad".

"Lo anterior nos muestra la necesidad de profundizar en nuestros análisis al enfrentarnos con grupos sociales, para así poder diferenciar la

enfermedad de sus miembros de la enfermedad de sus estructuras e insti tuciones..... solamente en un trabajo conjunto con la sociedad, des mistificando el papel del especialista, podrá la medicina lograr su as piración, que es el cuidado de la salud y la prevención de la enferme- dad". (Bum M., 1979)

La prevención y la detección temprana son tan importantes que si no se toman en cuenta y se dedican grandes esfuerzos a ellas, todos los cambios o innovaciones que se puedan hacer en el capo de la salud están condenados a quedarse dentro de un círculo vicioso, atrapados en el du ro trabajo de la rehabilitación.

"Es claro para cualquier persona que ha trabajado en una institución, el fracaso rotundo de la asistencia médica que se da, no sólo por la estrechez del enfoque, sino por la saturación numérica de los servicios que redunda en una perpetuación de los problemas en lugar de una solu ción de los mismos.....Esta situación se ha dado entre otros factores, por la mistificación de la ciencia y la técnica de nuestra sociedad que requiere de la presencia del "especialista" para la "solución" de los problemas cotidianos, en lugar de aprovechar los recursos sociales e in dividuales de la propia comunidad, que es lo que de alguna manera intenta hacer la psiquiatría comunitaria". (Blum M., 1979)

El Hospital de Día se puede concluir, no es una solución acabada, pero sí ofrece la oportunidad de apertura de los servicios hacia la utilización de nuevos recursos que integren al hombre a la sociedad en un proceso de cura.

1. Ackerman N.W., Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares, Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1971.
2. Atthowe J.M., Krasner L. Preliminary report on the application of contingent reinforcement procedures (token economy) on a chronic psychiatric ward, Journal of Abnormal Psychology, 1968, 73, pgs: 37-43.
3. Austin N.K., Liberman R.P., King.L.W., De Risi W.J., A comparative Evaluation of two day Hospitals, Journal of Nervous and Mental Disease, 1976, 163-4, pps: 253-262.
4. Bailly-Salin M.J., Indications des Hopitaux de Jour. En la obra de Privat E. (dir), Les Hopitaux de Jour et Externats Psychotherapiques pour Enfants, Paris, France, Ed. Privat, 1969, pps. 41-69.
5. Barton W.E., Sanborn Ch. Heath Lexington Editors. en el artículo: Zwerling I., An Assessment of the Community Mental Health Movement, Mass. 1977. Hospital and Community Psychiatry, 1978, pps.198-199.
6. Baukman C.J. Maloney D.N., An Analysis of a Selection Interview. Instructional Package for pre-delinquents at achievement place., Criminal Justice and Behavior (en prensa).
7. Baumann E.H., A Day Treatment Program for Severely Disturbed Young Children, Hospital and Community Psychiatry, 1976, 27-3, pps.174-179.
8. Becker W., Parents are teachers: a child management program, Champaign Illinois Research Press, 1971.
9. Belsasso G. (dir) International Psychiatry Clinics; Psychiatric Care of the Underprivileged, Little Brown Ed
10. Bernard V.W., Composite Remedies for Psychosocial Problems en la obra

de Belsasso D. (dir) International Psychiatry Clinics; Psychiatric Care of the Underprivileged, Little Brown Ed.

11. Bierer J., The Day Hospital: An experiment in social psychiatry and syntoanalytic psychotherapy. London, Lewis, 1951.
12. Blum M. Un Programa de Psiquiatría Comunitaria en Santa Ursula, Coapa, D.F. Revista de Salud Mental, 1979, 2-1, pps. 19-22.
13. Bentovim A. , Lansdown R. , Day Hospitals and Centers for Disturbed Children in the London area. British Medical Journal 1973, 4, pps. 536 a 538.
14. Braunstein N.A., Pasternac M., Benedito G., Saal F., Psicología: Ideología y Ciencia, México, S.XXI Ed., 1975.
15. Brown P., Elliot R., Control of aggression in nursery school class, Journal of Experimental Child Psychology, 1965, 3, pps. 102-107.
16. Buckle D.F., Indicaciones del Tratamiento en Instituciones Psicológicas en Hospital de Día en la obra de Ajuriaguerra P.j. (dir), La Elección Terapéutica en Psiquiatría Infantil, Barcelona, Toray-Masson, 1972, pps. 87-96.
17. Buendía E.A. , Morales M.A., La Salud Mental en el Valle de México, Aportaciones a los Servicios de Psicología, Tesis de Psicología, UNAM, 1979.
18. Bystyn K.D., Hays W.R., Métodos de Rehabilitación Psiquiátrica, Buenos Aires, Ed. Troquel, 1968.
19. Cahn R., Indications des hopitaux de jour en la obra de Privat E. (dir), Les hopitaux de jour et externats psychoterapiques pour en fants., Francia, 1969.

20. Calderon G., Gonzalez S., Mendoza C. Un año de actividades en el Centro de Salud Mental Comunitaria, Revista de Psiquiatría, 1977, 7-1, pps. 15-26.
21. Cameron D.E., The Day Hospital en la obra de Bennett et al., Practice of Psychiatry in General Hospitals, Berkeley, University of California Press, 1956, pps. 134-150.
22. Campbell D., Stanley J., Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social, Buenos Aires, Amorrortu Ed., 1978.
23. Canton R., Hagest R.J., Day Care as a Substitute for Inpatient Care, American Journal of Orthopsychiatry, 1962, 32-2, pps. 227.
24. Colvin S.M., The Cicle of Hospitalization from the Patient's Viewpoint, Hospital and Community Psychiatry, 1978, pps. 396-397.
25. Crisswell J.H. Considerations on the Permanence of Rehabilitation, presentado en la Junta de la Asociación Americana de Psicología, Washington, D.C., 1967.
26. Chevaili A., Centro de Día, Comunicación Preliminar, C.I.J., (inédito).
27. Davis, Dinitz y Pasamanick, Schizophrenics in the new Custodial Community, Ohio State University Press, 1974.
28. Davis J.E., Lorei T.W., Caffey E.M. An Evaluation of the Veteran's Administration Day Hospital Program, Hospital and Community Psychiatry, 1978, 29-5.
29. De la Fuente R., La Salud Mental en México, Revista de Salud Mental, 1977, tomo 1, 1.

30. Delahaye B., Daveloose J. et l'équipe du WOPS, La séctorización: mythe ou réalité?, Acta Psiquiátrica Belgica, 1974, 74, pps. 642-652.
31. Diatkine R., Henny R., Indicações del Tratamiento de los Padres, en la obra de Ajuriaguerra J. (dir) La Elección Terapéutica en Psiquiatría Infantil, Barcelona, Toray-Masson, 1972, pps. 97-120.
32. Dingman P.P. Day Programs for Children- a Note on Terminology, Mental Hygiene, 1969, 53-4, pps. 646-647.
33. Dzharov M.A., Experience in Organizing a Day Hospital for Mental Patients (en ruso), Neuropathologia i Psikiatria (Neuropathology and Psychiatry), 1937, 6, pps 137-147.
34. Eagle C., Shaw R., Tucker J., Eisensladt K., The developmental vicissitudes of a municipal hospital-based child psychiatry unit in an urban ghetto, American Journal of Orthopsychiatry, 1974, 40-2, pps. 236-237.
35. Elkish P. Simultaneous Treatment of a Child and his Mother. American Journal of psychotherapy, 1953, 7, pps. 105-130.
36. Emerson P., Rosensweig S.E., La Integración de Nuevos Pacientes en el artículo de Cochran B.(dir) Partial hospitalization: Trends and Approaches, Hospital and Community Psychiatry, 1977, 28-6, pps. 451-458.
37. Engle R.P. , Semrand E.V. Brief Hospitalization, the Recompensation Process en la obra de Abroms G.M. (dir) The New Hospital Psychiatry, Massachussets, Academic Press, 1971, pps. 70.
38. Farndale J. The Day Hospital Movement in Great Britain. London and

New York, Pergamon Press, 1961.

39. Ferrer A. M., Organización e Informe de un Año de Trabajo en el CREE de Campeche, Tesis para especialización en medicina de rehabilitación, UNAM, 1975.
40. Fertig S., Howes M., Wilson R., Smith M., Terapia de Movimiento en el artículo de Cochran B. (dir) Partial Hospitalization: Trends and approaches, Hospital and Community Psychiatry, 1977, 28-6 pps. 451-458.
41. Field M.G., Approaches to Mental Illness in Soviet Society: Some Comparisons and Conjectures, Social Problems, 1960, 7, pps. 277-297.
42. Freeman H.L., Farndale W.A.J., Current Aspects of Psychiatry in Great Britain. Part 1, Mental Hygiene, 1960, 44, pps. 339-343. Part 11, Mental Hygiene, 1960, 44, pps. 475-487.
43. Fuller T.E., The Irrelevancy of Traditional Mental Health Services for urban Mexican-Americans, American Journal of Orthopsychiatry, 1970, 40-2, pps. 240-241.
44. Gariadiego M.J., Estructura y Funcionamiento del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, Salud Pública de México, 1967, época V, 9-4, pps. 559-562.
45. Gilbert A., Communist Control of Health Services - How, Why, and where for? , American Journal of Orthopsychiatry, 1970, 40-2, pps. 232-233.
46. Godwin M.P., Connor M.E., Atkins S., Muldoon J.F., The role of the Educational Program in a Psychotherapeutic Day Care Center for

- Children and Teenagers, American Journal of Orthopsychiatry, 1966, 36-2, pps. 345.
47. Goffman E. Asylums, Garden City New York, Double Day, 1961.
48. Gottesfel H. Alternatives to Psychiatric Hospitalization, New York, Gardner Press, 1977.
49. Gold J., Reisman J.M. An outcome study of a Day Treatment Unit School in a Community Mental Health Center, American Journal of Orthopsychiatry, 1970, 40-2, pps. 286-287.
50. Grob S., Prevocational Planning and Work Conditioning for Seriously Handicapped Ex-mental Patients: A Preliminary Report, Mental Hygiene, 1963, 47, pps. 249-269.
51. Haim A., Integrated Mental Health Services for Children and Youth in the 17th. Arrondissement of Paris, en la obra de David H.P., Child Mental Health in International Perspective, Harper & Row, 1972, pps. 66-80.
52. Hassall C., The Worcester Development Project, International Journal of Mental Health, 1976, 5-3, pps. 44-50.
53. Herz M.I., Endicott J., Spitzer R.L., Mesnikoff A., Day Versus Inpatient Hospitalization: A Controlled Study, American Journal of Psychiatry, 1971, 127, pps. 1371-1380.
54. Herz M.I., Cuidado Breve y Cuidado de Día en la obra de Cochran B. (dir), Partial Hospitalization: Trends and Approaches, Hospital and Community Psychiatry, 1977, 28-6, pps. 451-458.
55. Hirschowitz R.G., Levy Bernard (dir), The Changing Mental Health

Scene, N.Y., Spectrum Publications, 1976.

56. Hollingshead A., Redlich F., Social Class and Mental Illness, N.Y., John Wiley, 1958.
57. Hyland J., El Paciente Borderlíne, en el artículo de Cochran B., (dir), Partial Hospitalization:Trends and Approaches, Hospital and Community Psychiatry, 1977, 28-6, pps. 451-458.
58. Iglesias L. Comunicación Personal.
59. Irvine E., Buckle D.F., Indicaciones del tratamiento en Instituciones y en Hospitales de Día, en la obra de Ajuriaguerra J. (dir), La Elección Terapéutica en Psiquiatría Infantil, Barcelona, Toray-Masson, 1972.
60. Jacobs L., Methods used in the education of Mothers, The Psychoanalytic Study of the Child, 3,4, N.Y., International Universities - Press, 1949.
61. Johnson E., Crockett J., Crumpton E., Froehlich K, Messick J.M., Adopting New Models for Continuity of Care: The Ward as Mini-Mental Health-Center, Hospital and Community Psychiatry, 1975, 26-9, pps. 601-604.
62. Kaifer R.E., et al. Training pre-delinquent Youth to Negotiate Conflict Situation, Journal of Applied Behavior, B-7, 1974.
63. Keller F.S., A Programmed System of Instruction, Educational Technology Monographs, 1969.
64. Krieger G.R., El Paciente De-institucionalizado, en el artículo de Cochran B.(dir), Partial Hospitalization:Trends and Approaches, Hospital and Community Psychiatry, 1977, 28-6, pps. 451-458.

65. Kerlinger F.N. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. Nueva Editorial Interamericana, 1975.
66. Kramer B.M., Day Hospital, N.Y., Grune & Stratton, 1962.
67. Kris E., Prevention of Rehospitalization through relapse control in a Day Hospital. En la obra de Greenblatt M., et al., Mental Patients in Transition, Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1961, pps. 155-162.
68. Ladrón de Guevara H., Correlación Clínicø Estadística de Prevalencia de Invalidez en un año de Labores en el CREE de Nayarit. Tesis para obtener el diploma de especialista en Medicina de Rehabilitación, UNAM, 1976.
69. Lamb H.R., Treating Long Term Schizophrenic Patients in the Community, en la obra de Bellak L., Barten H.H. (dirs) Progress in Community Mental Health, 3, New York, Brunner/Mazel, 1975, pps. 119-139.
70. Lambo T.A., Neuropsychiatric Observations in the Western Region of Nigeria, British Medical Journal, 1956, pps. 1388-1394.
71. Lang J.L., Conclusiones Generales, en la obra de Privat E. (dir) Les Hopitaux de Jour et Externats psychothérapiques pour Enfants, Francia, Privat Ed., 1969, pps. 211-218.
72. Lebovici S., Soulé M., El Conocimiento del Niño a Través del Psicoanálisis, México, Fondo de Cultura Económica, 1973.
73. Lindover S.J. Conflict and Crisis in Training Indigenous Non Professionals as Community Mental Health Workers, trabajo presentado en el XI Congreso Interamericano de Psicología, 1967, México.

74. La Vietes R., Cohen R., Reens R., Ronall R., Day Treatment Center and School: 7 years of Experience, American Journal of Orthopsychiatry, 1965, 35-1, pps. 160-169.
75. Macías R. Comunicación Personal.
76. Margolis P.M., Favazza A., Impact of Community Mental Health on Psychiatric Residency Training, American Journal of Orthopsychiatry 1970, 40-2, pps. 401-409.
77. Masson D., Fivaz E., Isiola A., Combined Hospitalization of Mother and child in a Psychiatric Clinic for Adults, Sweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 1977, 120-1, pps.83-100.
78. Miller D., Worlds that Fail: Part I, Retrospective Analysis of Mental Patients' Careers, California Mental Health Research Monograph 1965, No.6.
79. Niskanen P. Treatment Results Achieved in Psychiatric Day Hospital Care. A Follow-up of 100 Patients., Acta Psychiatrica Scandinavica 1974, 50, pps. 401-409.
80. Niskanen P., Pikhanen T.A., A Comparative Study of Home Treatment and Hospital Care in the Treatment of Schizophrenic and Paranoid Psychotic Patients, Acta Psychiatrica Scandinavica, 1971, pps. 271-277.
81. Ozarin L.D., Brown B.S., New Directions in Community Mental Health Programs, American Journal of Orthopsychiatry, 1965, 35-1, pps. 10-17.
82. Pandiscio A.R., The Embarrasment of Traditional Care of the Mentally Ill, en la obra de Abroms G.M., The New Hospital Psychiatry, Acta

demic Press, 1971, pps. 195-197.

83. Patterson G.R., et al., A Social Engineering Technology for Retraining The Families of Aggressive Boys, en la obra de Adams H., Unkel L. (dirs) Georgia Symposium in Experimental Clinical Psychology, Springfield, Ill., 2, Charles C. Thomas, 1972.
84. Patterson y Guillion M.E. Living with Children: New Methods for Parents and Teachers, Champaign, Ill., Research Press, 1968.
85. Peck H.B., The Role of the Psychiatric Day Hospital in a Community Mental Health Program: A Group Process Approach, American Journal of Orthopsychiatry, 1962, 32-2, pps. 229.
86. Pichon Riviere E., El Proceso Grupal, Del Psicoanálisis a la Psicología Social, B. Aires, Arg., Ed. Nueva Visión, 1977.
87. Plan Nacional de Salud (15) Programa Rehabilitación, S.S.A., Mexico, 1974.
88. Pottle C.H., Day Care in a Mental Hospital. Canada's Health and Welfare, 1955, 2.
89. Ramírez Moreno et al., Mesa Redonda sobre Psiquiatría Comunitaria, Revista de Salud Mental, 1978, 1-4, pps. 35-41.
90. Ramirez Moreno et al., Programa de Psiquiatría y Salud Mental del IMSS, Revista de Psiquiatría, 1977, 7-1, pps. 34-46.
91. Rapkin J.G. Opiniones acerca de la enfermedad Mental, Psychological Bulletin, 1972, 77-3, pps. 153-171.
92. Resinger J., Ora J.P., Parents as Change Agents for their Children: A Review, Journal of Community Psychology, 4, 1976, pps. 103-123.

93. Roger E.G., Mesmer y Mischler M., A Community Home Program for Pa
tients attending a Day Treatment Center, Hospital and Community
Psychiatry, 1977, 28-6, pps. 426.
94. Rosenhan D.L., On Being Sane in Insane Places, Science, 1973, 179
pps. 250-258.
95. Rosenzweig S.E., Emerson P., La Integración de Nuevos Pacientes,
en el artículo de Cochran B. (dir) Partial Hospitalization:Trends
and Approaches, Hospital and Community Psychiatry, 1977, 28-6, pps.
451-458.
96. Rubinstein D., Family Crisis Intervention in the Prevention of Re
hospitalization, American Journal of Orthopsychiatry, 1970, 40-2,
pps. 354-355.
97. Ruiz P., Sieger G., Partial Hospitalization Within an Urban Slum,
American Journal of Psychiatry, 1972, 129-1, pps. 121-123.
98. Rutman I.D., A Comprehensive Community Based Rehabilitation Service
for the PsychiátrícóDisabled, Progress Report, Vocaciónal Rehabili-
tation Administración, 1963.
99. Salles M.M., Organización de la Asistencia de la Psiquiatría In-
fantil en México, Revista de Psiquiatría, 1977, 7-2, pps.29-36.
100. Sergio J., La Utilización de Personal No-Profesionista en los Ser
vicios y Administración de una Institución para el Tratamiento de
Alteraciones Mentales Infantiles, Trabajo presentado en el XI Con
greso Interamericano de Psicología, México 1968.
101. Spitzer R.L., Endicott J., Mesnikoff M., Cohen G., The Psychiatric
Status Schedule:A Techinque for Evaluating Psychopathology and Im

- pairment in Role Functioning, Archives of General Psychiatry, 1970, 23, pps. 41-55.
102. Stanton A., Schwartz M., The Mental Hospital, N.Y., Basic Books, 1954.
103. Stevens D., The Development and Contribution of Community Mental Health Services, Trabajo presentado en el XI Congreso Interamericano de Psicología, México 1968.
104. Tharp R.G., Wetzel R.J., Behavior Modification in the Natural Environment, N.Y., Academic Press, 1971.
105. Vannicelli M., Washburn S.L., Partial Hospitalization: Better but Why and for Whom?, Journal of Community Psychology, 1978, 6, pps. 357-365.
106. Velasco Fernandez R., Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Dirección General de Salud Mental de La S.S.A., Revista de Psiquiatría, 1977, 7-1, pps. 9-14.
107. Velasco Fernández R., Iturbe U., La Dirección General de Salud Mental de la S.S.A., Revista de Psiquiatría, 1976, 6-1, pps. 23-28.
108. Vernelle F., Florence R., Day Hospital as a Treatment Modality for Alcoholism, trabajo presentado en el Congreso de Alcoholismo y Problemas de Drogadicción, Fla. (Archivo de CEMESAM).
109. Vogel L.B., Jacobson M., Braverman S., From a Special Day School Setting to Public School Through Improved Ego Function, American Journal of Orthopsychiatry, 1966, 36, pps. 344.
110. Wahler G., Winkel G.H., Peterson R.F., Morrison D.C., Mothers

as Behavior Therapists for their own Children, Behavior Research in Therapy, 1965, 3, pps. 113-124.

111. Washburn S.L., Partial Hospitalization- Day, Evening, and Night- in the Changing Mental Health Scene, en la obra de Hirschowitz R.G. Levy B. (dirs), The Changing Mental Health Scene, N.Y., Spectrum Publications, 1976, pps. 27-41.
112. Washburn S.L., Vannicelli M., Longabaugh R., Scheff B.J., A Controlled Comparison of Psychiatric Day Treatment And Inpatient Hospitalization, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1976, 44-4, pps. 665-675.
113. Whittington H.G., Balkanization of the City: An Unresolved Consequence of the Community Mental Health Center, American Journal of Orthopsychiatry, 1970, 40-2, pps. 230.
114. Wilder J.F., Levin & Zwerling I., A Two Year Follow-up Evaluation of Acute Psychotic Patients Treated in a Day Hospital, American Journal of Psychiatry, 1966, 122- pps. 1095-1101.
115. Zemlick M.J., Mc. Millan T., Day Treatment- A Study of a Year's Operation, American Journal of Orthopsychiatry, 1962, 32-2.

A N E X O No. 1

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA LA OBTENCION DE DATOS SOBRE
EL SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA.1. DATOS GENERALES

- 1.1 Nombre de la Institución
- 1.2 Dependencia Privado
- 1.3 Dirección
- 1.4 Teléfono
- 1.5 Existe el servicio de Hospital de Día? sí () no ()
- 1.6 Ubicación dentro del marco hospitalario
- 1.7 Funciona desde
- 1.8 El servicio se encuentra en su etapa a)inicial b)media c)final
- 1.9 Organigrama

2. POBLACION

- 2.1 Se atiende principalmente: a)adultos b)adolescentes c)niños
d)todas las edades.
- 2.2 Sexo: a)femenino b)masculino c)mixto
- 2.3 Número de pacientes registrados
- 2.4 La Población es: a)fija b)flotante
- 2.5 Formas de derivación
- 2.5.1 Externa: a)interhospitalaria b)escolar c)centro de tra
bajo d)particular e)otras
- 2.5.2 Interna: a)consulta externa b)Departamento de Psicología
c)Otros servicios intrahospitalarios.
- 2.6 Tiempo promedio de estancia: a)0-3 meses b)3-6meses c)6
meses a 1 año d)uno a tres años e) 3 en adelante

misionado

5.2 Conexión entre Hospital de Día y Consulta Externa

5.2.1 El personal: a) es el mismo en los dos servicios b) está adscrito en forma parcial c) los servicios son autónomos d) hay trabajo conjunto entre el personal de uno y otro servicio

5.2.2 El Médico tratante de consulta externa: a) sigue siendo el responsable del paciente aún después de su ingreso a Hospital de Día b) cambia de médico al momento de su ingreso

5.3 El personal es: a) permanente b) temporal c) rotatorio d) por contrato

5.4 El personal es: a) especializado b) no especializado c) en entrenamiento d) voluntario

5.5 Hay reuniones interdisciplinarias: a) cada semana b) cada quincena c) cada mes d) variable e) no hay

5.6 Los problemas del servicio son resueltos: a) en sesiones conjuntas b) individualmente c) turnados a la autoridad correspondiente d) son compartidos por los pacientes

5.7 Actividades colaterales del personal: a) investigación individual o grupal b) seminarios c) actividades sociales d) dinámicas de grupo o grupos de reflexión e) cursos de actualización f) asistencia a congresos g) difusión de las actividades del servicio.

6. CRITERIOS DE ADMISION

- 6.1 Criterios de selección: a) edad b) sexo c) padecimiento
d) nivel socioeconómico e) pariente responsable f) escolaridad
- 6.2 Tipos de padecimientos tratados: a) trastornos emocionales o de personalidad b) deficiencia mental c) problemas neurológicos u orgánicos d) trastornos de aprendizaje d) alteraciones sensoriales o motoras e) lenguaje f) drogadicción g) otros
- 6.3 Formas de evaluación para la admisión: a) médica b) neurológica c) psicológica d) pedagógica e) socioeconómica f) terapistas
- 6.3.1 La evaluación médica incluye: a) historia clínica b) estudios de gabinete c) estudio neurológico d) estudio psiquiátrico
- 6.3.2 La evaluación psicológica incluye: a) tests psicométricos b) tests proyectivos c) entrevista clínica d) evaluación conductual e) pruebas para detección de organicidad f) pruebas de intereses y orientación vocacional.
- 6.3.3 La evaluación pedagógica incluye: a) ficha conductual b) ficha de evaluación por programa c) pruebas escolares d) pruebas de maduración e) otros
- 6.3.4 La evaluación socioeconómica incluye: a) cuestionarios b) entrevista c) visita d) diagnóstico familiar
- 6.3.5 La evaluación de los terapistas incluye: reporte detallado de las áreas correspondientes sí () no ()

Por ejemplo: el terapeuta de lenguaje incluiría: nivel de vocabulario, presencia de dislalias, disartrias, etc.

6.4 El diagnóstico se da: a) en forma integral después de una discusión interdisciplinaria b) por departamentos c) por la persona que recibe al paciente d) viene ya con un diagnóstico previo de consulta externa u otro servicio

7. TRATAMIENTO

7.1 El tratamiento se da: a) al paciente únicamente en forma individual b) dentro de un grupo c) se incluye al grupo familiar d) entrenando al padre e) todos

7.2 Tipos de tratamiento ofrecidos: a) programas perceptivos b) motores c) educación especial d) psicoterapias e) conductuales f) ortofonología g) farmacológico h) terapia ocupacional i) terapia educacional

7.3 Roles desempeñados en el tratamiento por:

- a) el médico
- b) el psicólogo
- c) maestro o pedagogo
- d) terapeutas
- e) trabajadora social
- f) otros

7.4 Los lineamientos de técnica terapéutica son dados por: a) el director b) en forma individual c) el programa de investigación d) están en continua discusión

7.5 ¿Qué técnicas predominan?

7.6. El tratamiento incluye: trabajo conjunto fuera del hospital en:

a) escuelas b) centros de trabajo o adiestramiento c) otros

¿En qué consiste?

7.7 El papel de los padres en el tratamiento consiste en: a) escuela de padres b) orientación c) asistencia a tratamiento como grupo familiar d) elaboración de material e) agentes terapéuticos f) programas de casa g) voluntarios h) aportaciones económicas i) no intervienen j) como informador o demandante de información

7.8 Controles del tratamiento: a) registros conductuales b) gráficas c) clínico d) fichas de programas e) control farmacológico f) sondeo con los padres y/o pacientes g) test retest h) análisis estadísticos i) reportes escolares o de trabajo

7.8.1 Los controles están basados en: a) asistencia b) rendimiento c) cambios detectados por pruebas psicológicas d) grado de participación en la comunidad

7.9 ¿Hay supervisión de los programas de tratamiento? si () no ()

7.9.1 Supervisan: a) personas externas al servicio b) los jefes o coordinadores c) asesores de otras instituciones

7.9.2 La supervisión es de aspectos: a) teóricos b) prácticos o técnicos

7.9.3 La supervisión se realiza: a) en forma individual b) en grupo

7.9.4 La supervisión se realiza: a) diario b) semanalmente c) mensualmente

- 7.9.5 Los métodos de supervisión son: a) observación directa
b) análisis de casos en juntas interdisciplinarias
c) reportes escritos

8. CRITERIOS DE ALTA

- 8.1 Los criterios están basados en: a) tiempo de estancia b) edad
tope c) terminación del programa d) adaptación del paciente
a su medio e) evaluación psicológica o interdisciplinaria

8.2 ¿En qué consiste la evaluación final?

8.3 Índice de altas

8.4 ¿Quién da el alta? a) el equipo interdisciplinario b) el mé-
dico c) otros

8.5 Seguimiento de los pacientes: a) de 0 a 3 meses b) de 3 a 6
meses c) de 6 meses a un año d) de un año a tres e) por
más tiempo

8.5.1 El seguimiento de los pacientes se hace por medio de:
a) control en consulta externa b) reportes periodicos
escolares o de trabajo c) trabajo de campo d) a tra
vés de oficinas de seguimiento

9. CANALIZACIONES

9.1 Los pacientes se canalizan a: a) otras instituciones semejantes
b) otro servicio intrahospitalario c) escuelas d) centros
de trabajo e) el paciente busca por sí mismo

9.2 Motivos de canalización: a) porque no llena los requisitos de

admisión b) por no contar con ese servicio c) por entrar en una fase que ya no corresponde al servicio d) por sobrepoblación e) por problemas económicos o de transporte f) problemas familiares

10. REINGRESOS

10.1 Índice de reingresos

10.2 Motivos: a) continuación del tratamiento b) reincidencia del problema c) falta de ubicación del paciente dentro de su medio d) control periódico

10.3 Los reingresos se dan en un lapso de: a) de 0 a 3 meses b) de 3 a 6 meses c) de 6 meses a 1 año d) de 1 a 3 años e) más de tres años

11. PROBLEMAS DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA

11.1 Problemas de personal: a) escasez de personal especializado b) personal no especializado c) cambios de personal d) rotaciones frecuentes e) relaciones interdisciplinarias f) división inadecuada del trabajo g) choque de criterios h) falta de personal de planta i) ausentismo j) sobrecarga de trabajo k) resistencia a cambios

11.2 Problemas de tipo económico: a) falta de presupuesto b) egresos mayores que ingresos c) fallas en pagos de cuotas d) cuotas muy bajas e) poca difusión del servicio f) escasez de población

11.3 Problemas administrativos: a) ausencia de una política adminis

- trativa bien definida b) poco control administrativo
c) fallas en las instalaciones físicas d) burocracia
e) mala distribución del presupuesto f) fallas en coordina
ción de servicios del hospital g) falta de comunicación
h) falta de continuidad en los programas y objetivos
- 11.4 Problemas de población: a) sobrepoblación b) ausentismo
c) resistencia al tratamiento d) problemas familiares
e) económicos f) de transporte g) deserción h) interfe
rencia por asistencia a otros centros semejantes i) otros

RECOMENDACIONES

A N E X O No. 2

TRAMINEO POR SERVO Y EN SERVICIOS REGULARES.

No.	CENTRO	MANU- CION.	D.G.	NIVEL	LENGUA FR.	PSICO- LOGIA.	ESTIMU- CION PER OPTUAL.	PSICO- MOTEL- CIDAD.	ENSEÑAN- ZA MUSI- CAL.	SERVI- CIO SO- CIAL.	TRABAJO DOMA SO- CIAL.
1.-	MERIDA	2			4	1					
2.-	LA PAZ	1	1	2	2	1			1		
3.-	EDO. MEXICO	2	1	4	4	2				2	
4.-	AGUASCALIENTES	2	1	1	4	3	1			4	
5.-	MEXICALI	2		2	3	2					
6.-	SALTILLO		1	1	1		2			1	
7.-	OAXACA		1		2	1					
8.-	MORELIA	1		3	3	1					
9.-	VERACRUZ	1		3	3	1		1			
10.-	HERMOSILLO	2		1	1	2					
11.-	GUADALAJARA	1		1	2	1	1				
12.-	TIJUANA	1		2	1	1					
13.-	QUERTARO	1	1	1	4	2					
14.-	PUEBLA	1		3	4	1					
15.-	SAN LUIS POTOSI	1		1	3	1				2	
16.-	REYNOSA	1		1	1	1					
17.-	PACHUCA	1		1	1	1					
18.-	ORIZABA		1		1	1					
19.-	JALAPA	1			2	1					
20.-	CELAYA	1		1	1	1					
21.-	TOLUCA	1			1	2					
22.-	CUERNAVACA	1		1	2	1					
23.-	CHIHUAHUA			1	2	1					
24.-	TLAXCALA	1		1	2	1					
25.-	TUXTLA GUTIERREZ				2	1					
26.-	LOS REYES			1	1		1				
27.-	HAZATLAN				1						
	TOTAL -	25	7	32	98	33	6	2	1	9	

RS/gob.

ANEXO No. 3

PROGRAMA GENERAL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. ALFREDO PUMAREJO"

PROGRAMAS	SUBPROGRAMAS	ACTIVIDADES ESPECIFICAS
02 Programa de Atención Curativa	02/02 Subprograma de Consulta Externa Especializada a) Interconsultas b) Consultas en el Servicio 02/04 Subprograma de Hospitalización Especializada	02/02/1 Solución de Problemas de Diagnóstico - 02/02/2 Procedimientos Terapéuticos Selectivos 02/02/3 Programas Especiales 02/02/4 Seguimiento del Estado de Salud y Rescate del Paciente 02/04/1 Coordinación con el Area de Hospitalización Médico-Quirúrgica
03 Programa de Capacitación de la Población	03/01 Subprograma de Orientación e Información 03/02 Subprograma de Educación para la Salud Mental	03/01/1 Organización de Grupos para su Orientación 03/02/1 Organización de Grupos para su Capacitación
05 Programa de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos	05/01 Subprograma de Formación y Desarrollo de Personal Profesional para la Salud 05/02 Subprograma de Formación y Desarrollo de Personal Técnico en Salud Mental	05/01/1 Actualización Permanente en Psiquiatría y Salud Mental para Personal Médico y Para-médico del Hospital 05/02/1 Capacitación continua y Adiestramiento en Servicio, para Personal del Servicio
06 Programa de Investigación Ciencia y Tecnología	06/03 Subprograma de Investigación Operacional de Servicios de Salud Mental 06/07 Subprograma de Investigación Clínica	06/03/1 Supervisión y Evaluación del Servicio 06/07/1 Investigaciones Especiales

A N E X O No. 4

.....

- 1^{ra} vez en la unidad
- 2^{da} vez por especialidad
- Pase otra unidad
- Hospitalización
- Receta
- Alta
- Juntas
- Historia clínica
- Estudio psicológico
- Estudio social
- Estudio EEG - solitud -
- Estudio laboratorio
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia grupo
- Psicoterapia familiar
- Tratamientos físicos
- Farmacoterapia
- Visita domiciliaria
- Educación a la población
- Educación a la familia
- Terapia ocup. y recreativa
- Capac. para el trabajo
- Activ. de E. e Investigación

Nombre del especialista

Unitad

Día

Mes

Año

ESP

no llenar

Hora cita

01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
06	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
07	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
08	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
09	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

DIAGNOSTICO	SPQ	EDAD	SEXO	Nº DE EXPEDIENTE	Nº DE ASIST
I					
I					
I					
I					
I					
I					
I					
I					
I					
I					
I					
I					
I					
I					
I					

Hora cita

- 1 1ª vez en la unidad
- 2 1ª vez por especialidad
- 3 Pase otra unidad
- 4 Hospitalización
- 5 Receta
- 6 Alta
- 7 Juntas
- 8 Historia clínica
- 9 Estudio psicológico
- 10 Estudio social
- 11 Estudio EEG - solicitud -
- 12 Estudio laboratorio
- 13 Psicoterapia individual
- 14 Psicoterapia grupo
- 15 Psicoterapia familiar
- 16 Tratamientos físicos
- 17 Farmacoterapia
- 18 Visita domiciliaria
- 19 Educación a la población
- 20 Educación a la familia
- 21 Terapia ocup. y recreativa
- 22 Capac. para el trabajo
- 23 Activ. de E. e investigación

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	DIAGNOSTICO	GRUPO	EDAD	SEXO	Nº DE EXPEDIENTE	Nº DE ASIST.	
16																										I				
17																										I				
18																										I				
19																										I				
20																										I				
21																										I				
22																										I				
23																										I				
24																										I				
25																										I				

ANEXO No. 5

DESCRIPCION DE PROGRAMAS

DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACION

Fecha _____ Clave del programa _____

Nombre del programa _____
_____Fecha de inicio del programa _____
mes año

Responsable del programa

Nombre puesto

Otros integrantes del programa

Nombre puesto

Nombre puesto

Nombre puesto

Nombre puesto

Nombre puesto

Principales objetivos del programa

Calendarización de las metas en los 4 trimestres del año.

	1°	2°	3°	4°	Total
No. de consultas de primera vez					
No. de consultas subsecuentes					
No. de historias clínicas a realizar					
No. de estudios psicológicos a realizar					
No. de estudios sociales a realizar					
No. de pacientes en psicoterapia indiv.					
No. de pacientes en psicoterapia de gpo					
No. de pacientes en psicoterapia familiar					
No. de pacientes en terapia ocupacional					
No. de pacientes en terapia especial					
No. de personas informadas					
No. de personas capacitadas					
No. de personas organizadas en desarrollo de la comunidad					
No. de actividades de enseñanza e investig					

Lugar donde se desarrolla el programa _____

Costo del programa \$ _____

EVALUACION TRIMESTRAL

DEPARTAMENTO DE PREVENCION, TRATAMIENTO Y REHABILITACION

Fecha _____ Clave del programa _____

Nombre del programa _____

Número total de consultas de primera vez _____

Número total de consultas subsecuentes _____

Número total de consultas otorgadas _____

Número de historias clínicas realizadas _____

Número de estudios psicológicos realizados _____

Número de estudios sociales realizados _____

Número de pacientes vistos en psicoterapia indiv _____

Número de pacientes vistos en psicoterapia de gpo _____

Número de pacientes vistos en psicoterapia familiar _____

Número de pacientes vistos en terapia ocupacional recreat. _____

Número de pacientes vistos en terapia especial _____

Número de personas informadas _____

Número de personas capacitadas _____

Número de personas organizadas en desarrollo de la comunidad _____

Número de actividades de enseñanza e investigación _____

Pacientes dados de alta _____

Pacientes que desertaron del servicio _____

Costo por consulta _____

Costo por paciente _____

Grado de avance

Mayor a lo programado

Igual a lo programado

Menor a lo programado

Nulo

Motivos del grado de avance

Costo del programa a la fecha

\$ _____

Porcentaje del presupuesto anual

Mayor a lo programado

Igual a lo programado

Menor a lo programado

Motivos

Mencionar otras actividades derivadas del programa (ponencias, seminarios, conferencias, participaciones en congresos)

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LAS FORMAS DE EVALUACION DE PROGRAMAS

Descripción de programas

Esta forma deberá llenarse para cada uno de los diferentes programas del departamento. Los programas que hayan llenado una forma similar en 1978, dejarán la primera hoja en blanco y se limitarán a contestar únicamente la hoja número dos en lo referente a calendarización de las metas a menos que el programa sufriera modificaciones importantes.

La clave del programa se refiere al número que tiene éste en la lista de programas de la Institución.

El nombre del programa se escribirá completo y siempre que se hable de él, se hará de la misma manera.

Los nombres del responsable y de los integrantes deberán contener los dos apellidos, seguidos del puesto que ocupan y el número de horas que laboran.

Solamente se anotarán los objetivos principales de manera breve, concisa y precisa.

En el apartado correspondiente a calendarización de las metas deben anotarse cada una de las actividades señaladas, tal como se planea que se cumplieran en el transcurso del año y divididos en trimestres, ya que esta periodicidad tendrán los informes de evaluación.

El costo del programa se llenará solamente en caso de conocerse exactamente.

Evaluación trimestral

Esta forma se llenará los primeros días de los meses de abril, julio, octubre y enero.

La información que contiene es similar a la forma de descripción de programas, pero se refiere a lo realizado durante el trimestre. Aclaremos únicamente los reactivos que puedan prestarse a confusión:

El número total de consultas otorgadas debe coincidir con la suma de consultas de primera vez y consultas subsecuentes.

El costo por consulta se refiere a la división que resulta del costo del programa durante el trimestre entre el total de consultas otorgadas.

El costo por paciente se refiere a la división que resulta del costo del programa durante el trimestre entre el total de consultas de primera vez.

Estos costos se llenaron únicamente en caso de poderse obtener con exactitud.

El grado de avance se obtiene comparando lo planeado con lo realizado, siendo lo óptimo que coincidan. Los motivos del grado de avance solamente se anotarán en caso de que éste sea mayor, menor o lo programado.

El porcentaje del presupuesto anual es la proporción de lo gastado con respecto a lo programado, en forma conjunta se anotará si fue mayor, igual o menor a lo programado.

La sección de motivos debe llenarse únicamente cuando el gasto del programa haya sido mayor o menor que lo programado.

A N E X O No. 6

ANEXO No. 6

SSA CREE SEP
 CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL



- Terminación
- 1 • 1974
 - 2 • 1975
 - 3 • 1976
 - 4 • 1983

ANEXO No. 7

ESTIMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EXISTENTES PARA LA REHABILITACION

1 9 7 3

Tipo de personal	<u>E X I S T E N C I A S</u>				
	En la Repú blica Mex.*	En la S.S.A.**	En el I.M.S.S.	En el I.S.S.S.T.E.	Otras ins- tituciones
Médico especialista en mé- dicina de rehabilitación	68	24			
Médico especialista en me- dicina de la comunicación- humana	20	12			
Terapistas físicos	364	63			
Terapistas ocupacionales	31	13			
Tarapistas del lenguaje	70	47			
Enfermería en rehabilitación	24	8			
Protesistas y ortesistas	24	3			
Consejeros en rehabilitación	13	3			

* Departamento de Educación e Investigación de la Dirección General de Rehabilitación

** Departamento de Educación e Investigación de la Dirección General de Rehabilitación

A N E X O No. 8

METAS DE PERSONAL CAPACITADO

ESPECIALIDAD	1974	1975	1976	1983
Medicina de rehabilitación	7	20	40	180
Medicina de la comunicación humana	-	10	20	90
Terapia física	-	5	25	165
Terapia ocupacional	-	3	23	163
Terapia del lenguaje	13	17	37	177
Enfermería en rehabilitación	3	10	13	83
Consejero en rehabilitación	-	-	10	80
Prótesis y ortesis	-	-	10	80

A N E X O No. 9

CONTENIDO.....

CURSOS PARA EL DESARROLLO DE PERSONAL DE REHABILITACION

TIPOS DE PERSONAL	REQUISITOS.	DURACION
1 MEDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA DE REHABILITACION	* MEDICOS CON INTERNADO ROTATORIO DE POSTGRADO.	3 AÑOS
2 MEDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA DE LA COMUNICACION HUMANA	* MEDICOS CON INTERNADO ROTATORIO DE POSTGRADO.	3 AÑOS
3 TERAPISTAS FISICOS	* BACHILLERATO	3 AÑOS
4 TERAPISTAS OCUPACIONALES	* BACHILLERATO	3 AÑOS
5 TERAPISTAS DE LENGUAJE	* BACHILLERATO	3 AÑOS
6 ENFERMERAS EN REHABILITACION	**ENFERMERAS TITULADAS	2 AÑOS
7 PROTESISTAS Y ORTESISTAS	* BACHILLERATO	3 AÑOS
8 CONSEJEROS EN REHABILITACION	**BACHILLERATO	3 AÑOS
* COMIENZAN A LABORAR A PARTIR DEL 5o. SEMESTRE, POR MEDIO DE ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO.		
** COMIENZAN A LABORAR A PARTIR DEL 3er. SEMESTRE, POR MEDIO DE ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO.		

A N E X O No. 10

AMBIENTE FÍSICO FAMILIAR.

Tipo de casa _____
 Casa propia _____
 Casa alquilada o propiedad de la empresa _____
 Departamento propio _____
 Departamento propiedad de la empresa _____
 Departamento alquilado _____
 Vivienda de dos cuartos _____
 Cuarto de vecindad o azotea _____
 No. de departamentos del INSS _____
 No. total de habitaciones _____
 Condiciones higiénicas generales de la vivienda _____
 Buenas _____
 Regulares _____
 Malas _____

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE

Analfabeta _____
 Alfabetizado _____
 Primaria incompleta _____
 Primaria _____
 Secundaria _____
 Estudios especializados (especificar) _____
 Edad en que terminó o interrumpió sus estudios _____

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE.

Hrs. por semana

Cine _____
 Teatro _____
 T.V. _____
 Conciertos _____
 Conferencias _____
 Lecturas: _____
 Novelas _____
 Ciencia o tecnología _____
 Periódico _____
 Pasquines _____
 Música _____
 Pintura _____
 Deportes _____
 1 SI _____
 2 NO _____
 Actitud: _____
 1 Pasiva _____
 2 Activa _____

ESPECIFICAR TIPO DE DEPORTE (S).

RELIGIOSAS.

1 SI _____
 2 NO _____

EVENTOS IMPORTANTES EN LA VIDA DEL PACIENTE.

- a) En cada área de eventos se señala con el No. correspondiente sobre la línea del evento de acuerdo a su rango de importancia.
 b) Se toman en cuenta únicamente las experiencias del paciente de SEIS MESES A LA FECHA.
 c) Cuando el paciente es menor de edad (de _____ a _____ años) la escala se aplica considerando los eventos relacionados a su núcleo familiar.

Se señala con el número correspondiente
 Cuando la escala sea aplicada a menores de edad sin escolaridad
 no se toma en cuenta rol laboral o estudiantil.
 A Efectividad en el cumplimiento del rol del paciente ANTES del
 inicio del padecimiento actual.
 D Efectividad en el cumplimiento del rol del paciente DESPUES -
 del inicio del padecimiento actual.

1 ROL FAMILIAR DEL PACIENTE.

- Esposa (o)
- Padre
- Madre
- Hijo (a)
- el rol que ocupa actualmente es:
- Deseable
- Indeseable

2 EFECTIVIDAD

- Ausente por abandono total
- Muy baja ANTES A
- Inconstante
- Constante DESPUES D
- Muy buena
- Excelente

3 ROL LABORAL O ESTUDIANTIL DEL PACIENTE.

- En caso de que el paciente trabaje y estudie se señala el
 rol de más importancia.
- trabajador
- estudiante
- el rol que ocupa actualmente es:
- Deseable
- Indeseable

4 EFECTIVIDAD.

- Ausente por abandono total
- Muy baja ANTES A
- Inconstante
- Constante DESPUES D
- Muy buena
- Excelente

5 ROL DE ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE.

(se califica de acuerdo a la respuesta No. 6)

6 EFECTIVIDAD.

- Ausente por abandono total
- Muy baja ANTES A
- Inconstante
- Constante DESPUES D
- Muy buena
- Excelente

VALIDEZ DE LA ENTREVISTA.

- Buena
- Regular
- Mala

ACTITUD DEL SUJETO ANTE LA ENTREVISTA.

- Cooperación
- Indiferencia
- Rechazo

A N E X O No. 11

2000-01-01

TESIS EN UN DIA

Tesis por computadora

consultas sin compromiso
presupuestos gratis

Odontología 57 Local 2-A
Tel. 548-33-44