

320825
5
2ej



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U. N. A. M.

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS EFECTOS DE LA ATENCION
POSTHOSPITALARIA EN RELACION AL REINGRESO DE LOS
PACIENTES PSIQUIATRICOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
ALEJANDRO GERARDO ZAVALA MORENO
NORA ADRIANA QUIROZ TAPIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. ISMAEL SALAZAR GUTIERREZ

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE		Página
INTRODUCCION		1
CAPITULO I		
ANTECEDENTES		7
CAPITULO II		
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO DE LOS PACIENTES PSQUIATRICOS.		19
1) LA FAMILIA		20
2) SOCIEDAD		26
3) HOSPITAL Y PERSONAL ESPECIALIZADO.		34
4) CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL.		43
CAPITULO III		
ASPECTOS METODOLOGICOS GENERALES		47
PROBLEMA		48
OBJETIVOS		49
HIPOTESIS		51
CARACTERISTICAS DE LA POBLACION		52
CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS		53
DEFINICION DE TERMINOS		55
DEFINICION DE INSTRUMENTOS		58
DEFINICION DEL PERSONAL		63
CAPITULO IV		
METODOS DE INVESTIGACION		64
DISEÑO DE INVESTIGACION		65
VARIABLES		67
TABLAS DE CONCENTRACION DE DATOS		68
CAPITULO V		
ANALISIS ESTADISTICO		77
ANALISIS ESTADISTICO DEPURADO		80
CAPITULO VI		
ANALISIS DESCRIPTIVO		86
CONCLUSIONES		102
COMENTARIOS		104
BIBLIOGRAFIA		110

INTRODUCCION

El surgimiento de la presente investigación, se derivó de la observación a lo largo de nuestra preparación profesional, de casos de pacientes psiquiátricos que, tras un periodo de hospitalización, salían restablecidos de la fase aguda de su enfermedad, presentándose posteriormente la necesidad de ser nuevamente hospitalizados, notando que, en un gran número de dichos casos, las manifestaciones de su padecimiento eran más severas que durante su estancia anterior, originándose una paulatina cronificación del padecimiento, haciendo más difícil su recuperación, siendo las estancias hospitalarias cada vez más prolongadas. Esto es un fenómeno que se vive en la mayoría de las instituciones especializadas en el tratamiento de las enfermedades mentales, lo cual afecta al enfermo, a su familia y a la sociedad en general.

Pensamos que eso puede deberse a que los pacientes pasan por un proceso de desocialización o desculturización, por el poco contacto que guardan con el mundo exterior, el cual, sólo lo mantienen mediante la relación con las personas que los visitan y con las que los atienden, dificultándoles al egreso, el encarar los aspectos de la vida diaria, haciéndose necesario un proceso de readaptación (resocialización), a su contexto familiar y social, el que cada vez es más difícil y lento, por las características de dependencia a las que se acostumbraron durante su internamiento, por la falta de obligaciones y responsabilidades dentro del hospital.

El reingreso lo consideramos como las subsecuentes hospitalizaciones que tiene un paciente en el mismo hospital, y como veremos, en la presentación de dicho fenómeno contribuyen cuatro factores básicos: A) La familia, B) La sociedad, C) Las instituciones, y D) El padecimiento mental.

No se puede establecer un criterio determinante para predecir en qué medida influyen los diversos factores para que un paciente sea rehospitalizado.

En la rehospitalización, la familia juega un papel muy importante ya que, al salir el enfermo del hospital, necesita que ésta sea un apoyo y una guía en su proceso de resocialización, sin embargo, la familia tiende a acostumbrarse a la ausencia del pariente enfermo, a desinteresarse de él y a desligarse de las situaciones conflictivas y angustiantes que propiciaba en ellos, generándose una nueva estructura familiar durante su ausencia. Por lo que, al ser reintegrado a ésta, provoca un desequilibrio, aumentado por las expectativas irreales que se forman en la fantasía de los familiares, que esperan ver llegar al pariente enfermo, en óptimas condiciones como si nunca hubiera necesitado de atención psiquiátrica, favoreciendo los deseos familiares de que sea nuevamente hospitalizado el enfermo.

En el ámbito social, el detectar personas con alteraciones conductuales, representa un "peligro" para la comunidad, provoca intranquilidad e inestabilidad, generando situaciones de rechazo y evitación por parte del contexto social;

lo que se puede traducir en un aislamiento (prejuicio y/o desocialización) de la persona o grupo amenazante.

Por otro lado, el problema de los reingresos, es uno de lo más vividos por las instituciones psiquiátricas, acarreado consigo una desviación de recursos humanos y financieros, debido a una saturación en dichas entidades; lo que conlleva a un detrimento en la atención hospitalaria, ya que la cantidad de pacientes bajo la responsabilidad de los profesionales en la salud mental, sobrepasa los límites de su capacidad, impidiendo la posibilidad de brindarles la mejor atención hospitalario posible. Esto mismo sucede con el resto del personal que atiende al enfermo mental.

Dicha saturación también ocasiona el rechazo de pacientes con problemas mentales no agudos, que podrían ser atendidos antes de adoptar características patológicas más severas y hace, que los pacientes atendidos, requieran de más tiempo de hospitalización y una mayor dedicación del cuerpo interdisciplinario en el tratamiento para su recuperación.

Sin duda alguna se puede decir que, el reingreso de los enfermos mentales a los hospitales psiquiátricos, es un problema que debe ser combatido para brindarle al paciente la oportunidad de alcanzar la mayor recuperación posible, ingresando a la comunidad como miembro activo y productivo, que desarrolle sus capacidades fomentando su autoestima y fortificando su estructura

yóica. Esto sólo se puede lograr con un planeado trabajo interdisciplinario, a nivel institucional, que neutralice las influencias nocivas emanadas del núcleo familiar y social, que puedan afectar la satisfactoria remisión de la sintomatología.

De primera impresión, parece que el trabajo encomendado a las instituciones adquiriría, bajo esa perspectiva, dimensiones gigantescas e imposibles de alcanzar, pues sería muy alto el número de pacientes atendidos extrahospitalariamente. Pero, si se considera que la persona dada de alta no reingresará, y que mantendrá una duradera salud mental, ¿no se sanearía con ello hasta cierto punto, su contexto familiar y social, limitando la cantidad potencial de personas susceptibles de ser internadas? De esta manera se abre la posibilidad de brindar a los enfermos dicha atención, así como el poder admitir a personas con problemas mentales no muy avanzados, logrando su pronta recuperación.

Como hemos visto, pensamos que la atención posthospitalaria es un elemento determinante en el control de la enfermedad mental y que dicho control, podría ser el mejor indicador para la detección y prevención del reingreso de los pacientes, de manera similar a como se procede con cualquier otro tipo de padecimiento donde, al ser egresado un enfermo, requiere de posteriores revisiones hasta su completo restablecimiento, lo que en los enfermos mentales adquiere mayor relevancia debido a las características propias de la enfermedad mental y a la relación terapéutica.

La presente investigación fue ideada con el objeto de valorar cuál es la influencia de la Atención Posthospitalaria (Consulta Externa), en el índice del reingreso de los pacientes psiquiátricos; con el fin de encontrar elementos que coadyuven en la prevención y/o control del reingreso, y por consiguiente, proporcionarle al paciente y a la Institución los beneficios que conlleva la no rehospitalización.

Se realizó un estudio retrospectivo en el HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN FERNANDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, tomando en cuenta a los pacientes ingresados durante el primer año de labores de dicho hospital (Nov. de 1982 a Oct. de 1983). Se formaron dos grupos, el primero con pacientes reingresados y el segundo con pacientes sin reingreso. Para la comprobación de las hipótesis, se trabajó solamente tomando en cuenta si se les proporcionaba Consulta Externa al ser egresados de su primer internamiento, aplicando la prueba de Chi cuadrada χ^2 (x) y la prueba de Chi cuadrada corregida de Yates (X), además de la realización de un análisis descriptivo.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

En diferentes entidades del mundo, los profesionales en la salud mental se han interesado por conocer los motivos desencadenantes del reingreso de los pacientes psiquiátricos a las instituciones especializadas en su tratamiento.

Existen registradas, en los bancos de información, 233 investigaciones en relación al reingreso en los hospitales psiquiátricos, de las cuales citaremos algunas a continuación.

Craig, T.J.; Bracken, J. (1982); investigaron la reincidencia de los pacientes psiquiátricos con o sin un sistema terapéutico de cuidados amplios después del egreso. Se realizó en el Centro Psiquiátrico de Rockland en Orangeburg Nueva York y en la Universidad de Nueva York. Se llevó a cabo en el contexto de dos estudios de evaluación de servicios médicos con el plan de egreso y continuidad del tratamiento de dichas instituciones. La primera muestra estaba compuesta por 33 pacientes con diagnóstico de admisión (DSM II) de esquizofrenia, que fueron egresando del hospital durante el período de enero a junio de 1979, con una duración de hospitalización de menos de 6 meses; estos pacientes fueron seleccionados al azar de una lista de pacientes egresados durante el período mencionado. La segunda muestra constó de 22 pacientes consecutivos con un diagnóstico de esquizofrenia, egresados durante el período de enero a agosto de 1980. Se excluyó de la muestra a los pacientes alcohólicos. Los resultados obtenidos revelaron un bajo porcentaje de readmisión (17.0%) en los pacientes dados de alta con un tratamiento de cuidados amplios, en contraste con el porcentaje de readmisión

(50%) en los pacientes dados de alta sin tratamiento de cuidados amplios, por lo tanto, la presencia de un sistema terapéutico de cuidados amplios después del egreso de los pacientes, se asocia con un bajo porcentaje de readmisión. La efectividad de este sistema terapéutico de soporte para prevenir la readmisión, puede estar relacionado al alto porcentaje en la continuidad del tratamiento en esos pacientes. También se vio que pacientes, con estancias muy cortas, tienden a presentar un más alto porcentaje de readmisión.

Hawat, G.J., y Kanthy, L.E. (1982); realizaron un estudio en el Hospital de Mapperly en Nottingham, con pacientes crónicos que habían tenido periodos largos de internamiento, y que fueron saliendo del hospital debido a una política administrativa de salida. Se tomó en cuenta a los pacientes egresados durante el periodo comprendido entre 1962 y 1967, en el cual salieron 127 pacientes predominantemente hombres y gente de edad mayor. Se hizo un seguimiento de esos pacientes durante 8 años, hasta el 31 de diciembre de 1975. Ese seguimiento se llevó a cabo por medio de un registro de casos, el cual proveyó datos de los servicios recibidos por los pacientes después de su salida. El mayor peso del cuidado de los pacientes egresados, se relaciona con conexiones del personal base del hospital en cuidados diarios, ocasionales readmisiones y acomodamientos en albergues supervisados por el hospital. Los resultados obtenidos de este estudio fueron: 39 (31%) de los pacientes fueron readmitidos, lo que nos muestra una alta tasa de readmisión; pero también hubo una posterior salida y baja dependencia de los

servicios psiquiátricos, ya que al final del periodo de seguimiento, la mitad de los pacientes estuvieron aliviados y fuera del hospital. Una gran proporción, considerando el tiempo del seguimiento y el rango inicial de edad de los pacientes; el 77% (98) de los pacientes, fueron a cuidados diarios poco después de su salida: de los 29 (23%) pacientes no transferidos a cuidados diarios, 20 fueron readmitidos al hospital, 10 de ellos con 6 meses de haber salido. Muy pocos de aquellos que fueron a cuidados diarios se movilizaron a niveles más bajos de dependencia; el cuidado diario para éstos pacientes fue de carácter de apoyo.

Joyce, P.R.; Khan, A.; Jones, A.U. (1981), realizaron un estudio en el hospital de Sunnyside, Nueva Zelanda, en relación a la reincidencia de pacientes crónicos y agudos, en un periodo de 10 semanas (8 de octubre de 1979 al 16 de diciembre de 1979). Durante ese tiempo hubo 169 pacientes admitidos, 59 (35%) fueron admitidos por primera vez, y 110 (65%) fueron readmisiones, el promedio de edad fue de 43 años. Seis meses después del estudio inicial, 24 pacientes de los 169 fueron readmitidos (14%). Los resultados obtenidos confirmaron que el número de hospitalizaciones previas es un predictor de readmisión durante 6 meses, pero sólo cuando han tenido 5 o más admisiones previas. La duración de la estancia en el hospital (de 1 a 3 semanas) tiene un valor en la predicción de la rehospitalización. Se encontró que el estado civil y la situación laboral no influyen en la rehospitalización, excepto en los alcohólicos solteros y que se encontraban sin empleo. También se encontró que el

diagnóstico es de importancia en la rehospitalización, siendo los desórdenes afectivos y el alcoholismo los más propensos a la reinstitucionalización.

Stack, Lois C.; Lannon, P.B.; Hiley, A.D. (1983); hicieron un estudio comparativo de las expectativas de readmisión de los terapeutas con las readmisiones obtenidas durante los dos años siguientes al egreso de los pacientes. El estudio se llevó a cabo en la Fundación Psiquiátrica Estatal Central de Nueva York. La muestra fue integrada por 269 pacientes egresados durante el periodo comprendido entre diciembre de 1975 y febrero de 1976. De estos pacientes, el 61% fueron femeninas con una edad promedio de 37 años, las personas negras fueron el 15% de la muestra y los indios americanos el 1%. Los terapeutas (trabajadores sociales, enfermeras, psiquiatras, psicólogos y otros) respondieron una relación completa de preguntas sobre diversos aspectos del estado del paciente durante su hospitalización y en el momento del egreso, de donde se obtuvieron las expectativas de los terapeutas. Las variables predictoras del estudio fueron: severidad de la enfermedad, número de hospitalizaciones previas, edad, cooperatividad del paciente, grupo étnico, posición de la familia en cuanto a lo apropiado del egreso, especialidad del terapeuta, soporte financiero, sexo de los terapeutas, sexo de los pacientes, tamaño de la familia, hogar desintegrado, bajo nivel socioeconómico, estado laboral del paciente y movilidad del vecindario. Las variables dependientes fueron: readmisiones esperadas, readmisiones obtenidas, y puntajes residuales o error de

predicción. Los resultados obtenidos indicaron que el porcentaje de readmisiones esperadas (66%) es mayor a las readmisiones obtenidas (45%). Los terapeutas acertaron en la readmisión y en la no readmisión en un 57% de sus expectativas. El análisis de varianza residual indicó que las variables de la severidad de la enfermedad y la cooperatividad de los pacientes contribuyeron a errores significativos en la predicción de la reincidencia de los pacientes, lo que sugiere que los terapeutas fueron influidos por las características más sobresalientes de los pacientes; así también, las predicciones hechas en base al grupo étnico muestra lo significativa de los prejuicios raciales sobre las expectativas, ya que consideraron a los negros más propensos a ser rehospitalizados que los blancos, ocurriendo todo lo contrario. En relación a las readmisiones obtenidas, los mejores predictores fueron; el número de hospitalizaciones previas, la edad y la movilidad del vecindario después de su egreso. También se vió cierta propensión al reingreso en pacientes que habían ido a vivir a vecindarios de clase bajo, en aquellos en que los familiares no habían solicitado su egreso, y en los que eran financiados por otros, y que las mujeres eran readmitidas más frecuentemente que los hombres.

Linn, M.; Klett, J.; Caffey, E. (1982); examinaron los factores relacionados con el reingreso de pacientes psiquiátricos (crónicos) con un año de estancia en casos de adopción. El estudio se realizó con 210 pacientes masculinos que fueron hospitalizados en centros médicos para veteranos de la armada en: Alabama, Arkansas, California, Kentucky y Massachusetts, y que

fueron remitidos a casas de adopción. Sólo se logró tener un seguimiento en 206 pacientes de los cuales 151 fueron diagnosticados esquizofrénicos y 55 como no esquizofrénicos. Los pacientes fueron evaluados al momento de su traslado, a los cuatro meses y al año de su salida. Se utilizó una escala de disfunción social contestada por los trabajadores sociales, la escala de ajuste de Katz para describir cantidad y tipo de actividad de los pacientes, y la escala de Humor de Clyde para describir 6 factores (amabilidad, agresividad, pensamiento claro, somnolencia, infelicidad y confusión). También se recolectaron datos de las 150 casas adoptivas consideradas. Los resultados obtenidos fueron: 78 (38%) de los pacientes fueron readmitidos, 16 (21%) recayeron en poco menos de 4 meses, de los pacientes que recayeron, 54 eran esquizofrénicos, y 24 no esquizofrénicos. Al final del año, el 80% de los pacientes estuvieron en la comunidad. Los pacientes readmitidos habían empeorado, se adaptaron menormente, mostraron un ajuste menos satisfactorio y más disfunciones que los no readmitidos. Los pacientes no readmitidos participaron más en actividades externas como ayudar en el cuidado de niños, Jardinería y lectura. Los pacientes readmitidos vieron más televisión y cine. Las características personales (edad, período de hospitalización, número de hospitalizaciones previas, estado civil, educacional e ingresos) de los pacientes no se diferenciaron entre los pacientes que recayeron y los que no recayeron. Es decir, no predijeron la readmisión. Los pacientes esquizofrénicos que recayeron eran más activos, menos adaptados psicosocialmente y más somnolientos y mareados, que los que no recayeron durante la semana anterior de

su salida, por lo que, el reingreso de los pacientes esquizofrénicos puede estar caracterizado antes de su readmisión, por hiperactividad, baja medicación o incumplimiento de ella y por poca habilidad social.

No se encontró diferencia en la actividad de los pacientes no esquizofrénicos que recayeron y que no recayeron. Los hogares de los pacientes que recayeron fueron grandes, contaron con mayor número de pacientes, y no trabajaban con niños.

Kirstein L. (1979); llevó a cabo un estudio sobre el reingreso de pacientes psiquiátricos con un tratamiento establecido para pacientes agudos durante su internamiento. Se realizó en el Centro Médico de David Grant en California del Norte. Se incluyeron a los pacientes admitidos durante 1975 y 1977, registrándose 302 admisiones de las que, el 31% (94) fueron civiles y el 69% (208) soldados en servicio activo. El 10% (9) de los civiles y el 12% (24) de los soldados, fueron rehospitalizados. Se formaron dos grupos; el primero con los pacientes rehospitalizados (N=33) y el segundo por 33 pacientes no rehospitalizados seleccionados al azar (grupo control) para igualar los grupos. Se encontró que los soldados rehospitalizados tuvieron hospitalizaciones más cortas (2 semanas o menos) que el grupo control; en cambio no se encontró diferencia en los civiles. Se observó que los psiquiatras que hospitalizaban pacientes por periodos breves, tuvieron un índice más alto de rehospitalización que los pacientes de los otros

psiquiatras. La mayoría de las readmisiones ocurrieron durante los primeros tres meses posteriores al alta. Se encontró diferencia en cuanto a la edad de los pacientes; el grupo de rehospitalizados fue de mayor edad que el grupo de control, el estado civil y el diagnóstico al egreso fue similar en ambos grupos. Si bien la rehospitalización de estos pacientes con tratamiento para agudos, no garantiza un pobre resultado, si puede tener un impacto en la familia del paciente y en su situación laboral.

El desarrollo de estas investigaciones enfatizan las diversas formas de acercarse al problema del reingreso de los pacientes psiquiátricos, los múltiples factores que contribuyen en la presentación de éste, y los caminos para llegar a predecirlo y disminuirlo.

En el estudio de Joyce y Col. (1981), y en el de Stack y Col. (1983) se encontró que los pacientes con rehospitalizaciones previas son más propensos a reingresar, y que entre más hospitalizaciones tenga, los periodos de estancia en la comunidad se vuelven más cortos. Lo que nos podría indicar el proceso de deterioro que va sufriendo el paciente por las continuas hospitalizaciones y la paulatina cronificación del padecimiento, originándose un círculo vicioso, donde el mismo reingreso genera mayor propensión a que el paciente sea continuamente hospitalizado.

Uno de los aspectos que consideramos de mayor influencia en la presentación del reingreso se refiere al periodo de readaptación a la comunidad posterior al egreso. Wolff en 1969, planteó el hecho de que, cuando un paciente es dado de alta de un hospital psiquiátrico, se enfrenta a la necesidad de readaptarse a la comunidad. Dicho periodo es difícil y complicado por diversos aspectos tales como el deterioro de la identidad, el ser designado y tratado como enfermo mental, y el haber experimentado el ambiente protector del Hospital. De lo que deducimos que, muchos problemas de la readaptación, no están en relación únicamente con la enfermedad en si sino que, además, son producto de los efectos psicosociales de haber sido hospitalizado. Sobre esta base, pensamos que del proceso de readaptación, depende en gran parte el reingreso de los pacientes, y que el proceso puede ser facilitado por medio de la atención posthospitalaria, la cual le sirva al paciente de apoyo durante el periodo de readaptación, y contribuya a su completo restablecimiento, como se vió en los resultados obtenidos en el estudio de Craig y Bracken (1982), donde los pacientes que tuvieron tratamiento después de su egreso, presentaron un bajo porcentaje en las readmisiones (17.8%) en comparación con los pacientes dados de alta sin tratamiento (50%). Howat y Konthy (1982), en su investigación mostraron que la atención posthospitalaria es de gran importancia como agente de sostén para el paciente, la cual, si en un momento dado, no impide el reingreso (en algunos casos), si contribuye a que el padecimiento no se vuelva más severo. Thomas J. Craig, (1982), plantea que la efectividad de la atención posthospitalaria sobre el reingreso, puede estar en relación a

que los pacientes tengan continuidad en el tratamiento, es decir, que asistan periódicamente a sus consultas externas.

Por otro lado, Stack y Col. (1983) plantean que las expectativas de readmisión de los terapeutas fueron mucho mayores a las obtenidas. Se observó que el error en las predicciones se debió básicamente, a los juicios realizados en relación a la severidad de la enfermedad, y a la cooperatividad de los pacientes antes de egresar, demostrando que estos factores no son suficientes para predecir la conducta de los pacientes dentro de la comunidad, pudiendo ser afectada por los prejuicios de los terapeutas. Por lo que creemos que el paciente necesita revisiones posteriores, con el fin de garantizar que el buen estado, al salir, sea mantenido hasta que el paciente y la comunidad se acostumbren a la nueva situación. También el ambiente familiar juega un papel muy importante para que el paciente pueda vivir en la comunidad. Linn y Col. (1982), demostraron en su estudio con pacientes con largos periodos de internamiento que fueron dados de alta y enviados a hogares adoptivos, a pesar de que el 78% de los pacientes fueron readmitidos, al final del estudio, el 80% de los pacientes estuvieron en la comunidad. Haciendo notar que el hecho de haber convivido con una familia por un tiempo contribuyó al restablecimiento de los pacientes. Además tomando en cuenta lo dicho por Doring (1982), (que en la enfermedad mental interviene en forma importante la familia), se aprecia la necesidad de una atención conjunta de la familia y el paciente, para facilitar el proceso de readaptación.

De acuerdo a nuestras observaciones, y a lo expuesto anteriormente, llegamos a la aseveración de que la ATENCION POSTHOSPITALARIA es determinante en la prevención del reingreso, y que trae consigo un aumento en la salud mental de los pacientes. A partir de esto nos cuestionamos: ¿Cuáles son los aspectos que intervienen en la efectividad de la atención posthospitalaria? Por lo que planteamos que la atención posthospitalaria puede manejar la mayor parte de los factores que influyen en la presentación del reingreso. Pero para poder abarcarlos es necesaria la intervención de un cuerpo interdisciplinario ya que, de no ser así, el profesional a cargo de la atención del paciente a su egreso, solamente podrá manejar aquellos factores relacionados con su especialidad. A su vez, es importante que el cuerpo interdisciplinario sea el mismo que atendió al paciente durante su internamiento, teniendo así, un pleno conocimiento de la evolución del padecimiento, y contando con un rapport y confianza ya establecidas, que son vitales en cualquier relación terapéutica. Consideramos que esta medida debe ser tomada, al menos, durante el periodo de readaptación a la comunidad puesto que, de otra manera, el paciente tendría que enfrentarse a una nueva relación terapéutica, que estaría influenciada por la angustia inherente al periodo de readaptación, y que aumentaría la probabilidad de que se diera una ruptura en la continuidad del tratamiento.

CAPITULO II

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO DE LOS PACIENTES

PSIQUIATRICOS

Con base en la revisión de varias investigaciones, llegamos a la conclusión de que son básicamente 4 factores los que motivan o influyen en el reingreso. '...manifestándose, en la mayoría de los casos, como un abandono o alteración del tratamiento.' (Budinska, 1977, p.98).

El primer factor se refiere a los aspectos relacionados con la familia; el segundo se enfoca al contexto social; el tercero está en función a las características propias de la institución y del personal especializado en la salud mental; el cuarto factor es en relación a las características de la enfermedad mental y a las diferencias individuales. (Nacach, 1982; Goldstein 1983; Morell 1982). A continuación haremos un pequeño desglose de cada uno de los factores.

1.- LA FAMILIA

En la relación familia-paciente, los rasgos predominantes son:

- a) Falta de información de lo que es el enfermo y la enfermedad mental.
- b) No identificación de los síntomas en etapas tempranas.
- c) Desconocimiento e incertidumbre en el manejo del paciente.

- d) Desconocimiento del tratamiento.
- e) Temor y rechazo hacia el paciente.
- f) Pérdida de interés por el enfermo, que se va acentuando cuando el internamiento se prolonga, o han sido varias las hospitalizaciones. (Argensmeyer 1982; Campa 1980; Nacach 1982; Beutner 1964.)

"Varios estudios recientes demuestran que los enfermos mentales empiezan a tratarse mucho después que otros enfermos. Al principio, el paciente y su familia tienden a no darse cuenta de que algo anda mal. Después suelen demorarse más aún pidiendo consejo a personas no capacitadas y ensayando diversos recursos. En casi ninguna otra enfermedad se demora tanto la gente antes de consultar siquiera al médico de familia." (Beutner 1964, p. 24).

El temor y el rechazo que impera en el trato con el enfermo, es un signo de la falta de información, que trae consigo distorsiones en la percepción que tiene la familia del paciente y viceversa, generando problemas en la comunicación, los que son aumentados por la experiencia del paciente, que presta más atención, captando y mal interpretando una cantidad mayor de información, la cual pasa desapercibida por las demás personas. Provocando situaciones de conflicto que influyen en la patología del enfermo, ya sea predisponiendo o desencadenando los brotes agudos, "...además no debemos olvidar que en el desarrollo de la enfermedad mental, interviene en forma importante la familia..." (Doring 1982, citado por Nacach p. 5), aún en los casos que se

presentan con más frecuencia, como lo son los de tipo orgánico y que el paciente es "...el chivo expiatorio familiar que ha absorbido de alguna manera toda la enfermedad de ésta y al tenerlos lejos se olvidan de sus propios aspectos patológicos..." (Cooper 1976, citado por Nacach p. 3).

El paciente, en el momento de presentar un brote característico a su padecimiento, se aísla de las situaciones que lo afectan por medio de conductas patológicas, y en el momento de ser hospitalizado dicha evasión es total. Se dice que dichos accesos son debidos a un mal funcionamiento de sus defensas, o que dichas defensas dejan de funcionar, pero, ¿Qué no será acaso el triunfo de dichas defensas las que le dan la posibilidad de transformar la realidad que lo afecta? y así, si su primera hospitalización pudo no ser muy agradable, de hecho encontró la mejor salida para un juicio alterado, como lo es el del enfermo mental. Lo que beneficia tanto al paciente como a la familia.

Si se acepta la premisa de Doring en que se asevera que en la enfermedad mental interviene en forma importante la familia, podemos inferir que en el proceso de salud debe intervenir también la familia, promoviéndose un cambio al igual que en el paciente. De otra manera el paciente que sale restablecido del problema que lo aquejaba, en el momento de ser integrado al núcleo familiar, se encontrará bajo un flujo de información y un contexto familiar similar o igual al que dejó al ser internado. Esto sucede si el enfermo corre con suerte ya que puede que existan cambios a los cuales se tendrá que acostumbrar,

resultando bastante más prolongada y difícil su readaptación al medio.

El proceso terapéutico con el paciente es difícil y, aún más difícil, la relación terapéutica con la familia; no obstante es una situación que todo profesional en la salud mental debe afrontar ya que, de la participación activa de la familia, dependerá el que el paciente y el mismo profesional encuentren cooperación y comprensión para el mejor aprovechamiento del tratamiento que se esté dando.

No es raro encontrar familiares que se presentan a las instituciones psiquiátricas solicitando que sea internado el enfermo que los acompaña, no encontrándose fundamento clínico para que sea hospitalizado. Tales situaciones son ejemplo de actitudes tendientes a deshacerse del paciente y del problema que éste representa. Es claro que se necesitan programas de terapia y/o de orientación familiar, que promuevan una responsabilidad para con el paciente y un compromiso hacia la institución a la cual pretenden delegar el problema, lo que evitaría la paulatina cronificación del padecimiento, por el número menor de internamientos, y por el seguimiento más a largo plazo del padecimiento, modificando las dinámicas familiares.

Se pueden resumir en dos los tipos de medidas tomadas para mitigar la influencia de la familia en el índice de los reingresos, siendo éstos: A) Terapia Familiar; B) Orientación y capacitación familiar. (Nacach 1982)

A) TERAPIA FAMILIAR

Por los beneficios que brinda tanto al paciente como a la familia, es la más recomendable; lamentablemente, a nivel institucional, es difícil llevarlo a cabo por la imposibilidad, en la mayoría de los casos, de reunir a todos los miembros que conviven cotidianamente con el enfermo los cuales, difícilmente, se pueden adoptar a los horarios y necesidades de la institución. Por otro lado está el rechazo con que la sociedad, ve a las personas que van al servicio psiquiátrico o psicológico, no analizando los aspectos dinámicos y de resistencia de los sujetos, los cuales son determinantes para la no asistencia a las sesiones de terapia familiar.

La terapia familiar puede estar estructurada de la siguiente manera, sin importar la corriente a la que se incline el terapeuta, siendo adaptable a las necesidades y situaciones que se presenten.

- A.1) Terapia individual con el paciente.
- A.2) Entrevista de manera individual con todos los familiares que conviven con el enfermo.
- A.3) Entrevista familiar sin el paciente.
- A.4) Entrevista familiar con el paciente.
- A.5) Detección de dinámicas defectuosas.
- A.6) Descubrimiento y conocimiento de dichas dinámicas.
- A.7) Análisis del origen de las dinámicas.
- A.8) Promoción del cambio; lo más recomendable es la

reeducación autodirigida en la cual, la familia y el paciente, buscan soluciones bajo la supervisión del terapeuta. (Grainick 1974; Ackerman 1977; Angermeyer 1982; Peterson 1982).

El objetivo principal de esta estructura es el establecer un buen sistema de comunicación familiar, dando elementos para el análisis de conductas defectuosas estereotipadas, en las interrelaciones con el paciente y con los demás miembros de la familia.

B) ORIENTACION Y CAPACITACION FAMILIAR

Este punto se encuentra enfocado al DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, apoyado por el departamento de psiquiatría y psicología, tanto en la elaboración como la administración de un programa permanente de orientación familiar. Los objetivos sugeridos por Nacach (1982), son los siguientes:

- B.1) Auxiliar a la familia en el manejo del paciente.
- B.2) Orientar acerca del padecimiento, aclaración de dudas que surjan al respecto y señalar y explicar la importancia de su participación en el tratamiento y rehabilitación.
- B.3) Mitigar los temores acerca de la enfermedad.
- B.4) Ayudar a la relajación de tensiones.

El departamento de trabajo social es de vital importancia como elemento activo, en el establecimiento de relaciones de comunicación entre: familia-hospital, y paciente-familia. Una de las funciones a desempeñar es el de dar a conocer superficialmente las actividades en el hospital (inducción), eso, como medio para disminuir en lo posible el conocimiento prejuiciado que se tiene de las instituciones dedicadas a la atención y cuidado de los enfermos mentales.

En las pláticas de orientación y/o cursos de capacitación que se den a los familiares, se recomiendan los estructurados para ser impartidos en grupos donde los asistentes tengan una participación activa, y se haga del conocimiento general, que no son las únicas personas que tienen en el seno familiar, ese tipo de problema. De la calidad de los programas de orientación y capacitación familiar, dependerá el que el paciente no sea cada vez menos visitado, evitará el mal manejo y entendimiento, y ayudará a que la reintegración del paciente en la sociedad sea más efectiva.

2.- SOCIEDAD

*Las instituciones sociales son los nutrientes psicológicos del niño y del adolescente. La conducta de los padres no hace sino alimentar las estructuras mentales del niño y del adolescente, y éstos introducen las discrepancias o concordancias de la sociedad. Existe una interrelación

permanente entre el individuo su familia y la sociedad en que vive'. (Remus P.94)

El proceso de socialización es dado por la cultura a través de una secuencia determinada de contextos sociales tales como la familia, la escuela, los grupos de juego y de trabajo, por lo que '... el contacto con otros miembros de la especie es necesario para el desarrollo psicológico y social'. (Leon Mann 1980, P.29)

Leon Mann, en el capítulo primero, habla de que toda persona tiene impulsos básicos primarios, tales como el hambre, la sed, el deseo sexual, la necesidad de calor, de abrigo, de estimulación y de confort, y que aún las motivaciones aprendidas, tales como el temor, el mantenimiento de la autoestima, la necesidad de afiliación y de aprobación social, aunque diferentemente expresadas o sentidas en las diversas sociedades, son comunes a todos los pueblos.

El hecho de que la mayoría de nuestras motivaciones importantes, ya sean impulsos innatos o necesidades aprendidas, puedan solamente ser satisfechas en un contexto social, determina la influencia de la cultura en la conducta, por lo que la sociedad determina las actitudes del individuo, sus valores, sus hábitos, los patrones de cooperación y de conflicto y el modo por el cual el individuo va a relacionarse con los demás. La cultura delimita las características básicas de personalidad de los miembros de una sociedad. (Mann, 1980, P. 17 a 19).

Es sin duda la sociedad un factor de suma importancia, pero es conveniente no olvidar que el hombre es un sistema 'BIO-PSICO-SOCIAL', y que de la manera e intensidad en que se interrelacionen todas las variables inherentes a cada una de esas tres instancias, se conforma la personalidad de los individuos, determinándose así sus pautas conductuales, que van encaminadas al equilibrio, a la liberación de tensiones y al continuo crecimiento y desarrollo del individuo. (Carmona, 1971, P.55)

Si el hombre, sistema bio-psico-social, es producto del sistema social, y éste a su vez es producto de la familia la cual es, en tanto que existe el hombre. Para que el sistema social cambie, es fundamental que el núcleo primario (hombre) cambie.

En este punto nos encontramos con una barrera ya que el cambio de cada hombre (adulto), es bastante árduo, tardado y, en ocasiones, parece que en lugar de avanzar se retrocede debido a la influencia del funcionamiento del sistema social, el cual lo obstaculiza, por lo que el cambio, tanto del hombre como de la sociedad, debe ser simultáneo y continuo, lo que sólo podrá ser logrado, mediante el trabajo interdisciplinario, con la ayuda de sistemas de comunicación e información masiva bien estructurada.

En la enfermedad mental se encuentran elementos que predeterminan una tendencia al mal funcionamiento del sistema BIO-PSICO-SOCIAL. Dichos elementos pueden ser de carácter Biológico; como los hereditarios, manifestándose de manera física o constitucional. Los Psicológicos, que se manifiestan como

problemas que coartan las relaciones y provocan malestar en el individuo. Los factores Sociales (culturales, económicos, demográficos, etc.), pueden precipitar el desequilibrio del sistema BIO-PSICO-SOCIAL, provocando alteraciones que se presentan de muy diversas maneras, dependiendo de la fortaleza estructural de dicho sistema, haciéndose patente en las partes más débiles, precipitando el desencadenamiento de problemas Biológicos y/o Psicológicos y/o Sociales.

Las más severas manifestaciones del mal funcionamiento del sistema se observan cuando la tensión es desahogada de manera indiscriminada, por la mayoría de los factores que lo componen. Pensamos que un ejemplo de ello son las Psicosis sean éstas de índole orgánica o funcional. En este padecimiento, los tres elementos se conjugan originando un sistema entrópico, caracterizado por una organización del desorden (el desorden organizado). Ante tal desorden, el sistema hombre se incapacita en el establecimiento de relaciones efectivas con los demás sistemas, existiendo una perturbación en las relaciones interpersonales, caracterizadas por la dificultad y extravagancia en la comunicación.

Es patente que la influencia de la sociedad es muy poderosa, y en función a ella se van a establecer los parámetros de normalidad y anormalidad, los cuales, aparte de ser subjetivos, se les puede dar el significado y la utilidad que se desee.

Para ilustrar lo anterior, tomemos una definición escrita por Wolff (1976; P.14): "Según el punto de vista clínico se llama anormal y se clasifica, diagnóstica y trata por medios biológicos o psicológicos, o por ambos, a la persona que ya no puede gobernar su propia vida o pone en peligro su ambiente."

Según nuestro particular modo de ver las cosas, se puede tachar de anormal a todas las personas puesto que, de alguna forma, todos, bajo determinadas circunstancias, cumplimos con los requisitos ahí establecidos. Tomando el segundo aspecto de la definición: "poner en peligro el ambiente"; sabemos que los vehículos de combustión interna envenenan el ambiente y que, a la larga, nos afectará de manera irreversible, sin embargo, todos seguimos utilizándolos. Al igual que el anterior, existen un sinnúmero de ejemplos, de los que deducimos que todos somos anormales y no a todos se nos trata por medios biológicos o psicológicos, o por ambos, y todos, directa o indirectamente atentamos contra nuestra ambiente; y no únicamente contra éste, ya que, si profundizamos un poco, veremos que atentamos también contra nuestras propias vidas, lo que hablaría de que somos incapaces de gobernarlas, ya que no se nota, el que aún el peligro de nuestra propia muerte, y el atentar contra los demás, produzca cambiar nuestras actitudes por algunas más sanas o, al menos, no tan nocivas.

Por otro lado, pensamos que la definición adolece de una instancia primordial para el buen entendimiento y tratamiento de la persona catalogada como anormal. Si partimos del hecho de que

se cataloga en función a la sociedad, no vemos el por qué se excluye el tratamiento dado en la sociedad y para la sociedad, que a fin de cuentas es la que interesa.

Nos vimos tentados a creer que la definición era incorrecta, pues estadísticamente resulta, prácticamente, imposible encontrar personas normales. Pero, si se echa un vistazo, se observará que la sociedad contemporánea de los países industrializados y en la de los no tanto (prácticamente a nivel mundial, tal vez excluyendo sólo algunas pequeñas comunidades aisladas), las personas normales son normales en tanto tengan en su existencia una cantidad considerable de angustia y agresión.

(1) "A mi Juicio, el destino de la especie humana será decidido por la circunstancia de si - y a que punto - el desarrollo cultural logrará hacer frente a las perturbaciones de la vida colectiva, emanadas del instinto de agresión y autodestrucción ...Nuestros contemporáneos han llegado a tal punto en el dominio de las fuerzas elementales, que con su ayuda les sería fácil exterminarse mutuamente hasta el último hombre... de ahí buena parte de su presente agitación, de su infelicidad y su angustia." (Freud; 1930, P 64-65). Si a eso se adna que las potencias se dedican a fomentar la creación de nuevas necesidades aprendidas, originando con ello la no satisfacción de las necesidades primarias, o haciendo su satisfacción cada vez más complicada, es normal que el índice de agresión aumente, por el aumento de la frustración. Lo anterior es reforzado y fomentado por los medios masivos de comunicación "principalmente la televisión" (Sarnoff 1981, P 406), siendo cada vez más alta la proporción de

actividades recreativas con tendencias agresivas.

Sarnoff cita varias investigaciones que comprueban que cuando los sujetos presencian escenas violentas, o si la violencia observada pretende ser justificada, dicha violencia se incrementa, induciéndola y proponiéndola como un modelo para la solución de problemas, concluyendo que la violencia es buena (Pp. 406-408).

Si se añaden esas tendencias que proponen la agresión y la violencia como medios para la solución de problemas, a la situación de los enfermos mentales, los cuales son objeto de prejuicios, tal vez se encuentre la respuesta al por qué de dicha actitud.

Si se toma en cuenta que las actitudes se forman a partir de: " 1) las influencias sociales, 2) de las características de la personalidad y 3) de la información". (Sarnoff P. 419) y que la actitud de prejuicio "...es una predisposición a obrar discriminatoriamente en relación con determinada persona o grupo de personas y que los factores sociales (por ejemplo, los privilegios económicos o las normas culturales) y los factores de la personalidad (por ejemplo, los deseos inconscientes, la autoestima y las necesidades de seguridad) contribuyen al prejuicio." (Op.cit.) Se encontrará la posibilidad de disminuir o cambiar las actitudes preexistentes hacia el enfermo mental, con la ayuda de información masiva objetiva bien estructurada, que tenga como objetivo el eliminar

las influencias negativas que existen gracias al deformado conocimiento popular lleno de mitos, facilitando la difusión del conocimiento real sobre lo que es e implica el enfermo y la enfermedad mental, y las instituciones especializadas en su tratamiento.

En vista de que la información no es un elemento suficiente para que se dé un cambio de actitudes, y teniendo en cuenta que 'la exposición repetida a un objeto o persona da por resultado en igualdad de circunstancias, una actitud más favorable hacia este objeto o persona...' (Loc. cit), sería aconsejable que se establecieran... encuentros repetidos, íntimos, en igualdad de circunstancias...' (Loc.cit), dando la posibilidad de que las personas prejudiciadas y los prejudicadores se conozcan realmente, desvaneciendo paulatinamente los Juicios a priori. En dicha medida... Los efectos devastadores que puede producir el prejuicio, sobre la imagen que tienen sobre sí mismas las personas prejudiciadas...' (Loc.cit), podrán ser mitigados, en este caso, con los enfermos mentales, facilitando su readaptación a la comunidad. Mientras tanto, como ya lo mencionamos, es necesaria la atención posthospitalaria de apoyo, que ayude a los pacientes a comprender y manejar adecuadamente las situaciones conflictivas del proceso de reentrada a la comunidad, disminuyendo con ello la posibilidad del reingreso.

(1) AGRESIVIDAD: "Tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas,

dirigidas a dañar a otro, a contrariarlo, a humillarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción matriz violenta y destructiva; no hay conducta, tanto negativa (negación, por ejemplo) como positiva, tanto simbólica (por ejemplo, ironía) como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión." (Laplanche, J.; Bertrand, P. J. 1971).

3.- HOSPITAL Y PERSONAL ESPECIALIZADO

La información relacionada a los métodos de trabajo de los hospitales, y la manera de afrontar los problemas mentales, son muy variados, dependiendo de: 1) las inclinaciones del personal, 2) las características de los pacientes aceptados (agudos, crónicos, deficientes mentales, etc.), 3) el tipo de institución (privadas, públicas, etc.), 4) y de las políticas administrativas de cada institución.

Generalmente, en las instituciones privadas, donde los enfermos o los familiares costean el tratamiento, se cuenta con una mayor probabilidad de continuar el tratamiento no viviendo esos pacientes la desprotección de que son objeto la mayoría de los enfermos que son atendidos y, posteriormente egresados, de las instituciones de asistencia pública. Un punto intermedio de ambos polos, son los pacientes tratados en las instituciones de seguridad social para los trabajadores (I.M.S.S., I.S.S.S.T.E.),

en las que se les da la oportunidad de continuar el tratamiento, ya sea con especialistas del ramo o con su médico familiar, siendo ése el caso del presente estudio.

HOSPITAL

La duración de la hospitalización varía según el tipo (psicosis, neurosis, etc.) y el estado (agudo, crónico, etc.) del padecimiento, así como por las características individuales de los pacientes (sensibilidad a los medicamentos) y factores emanados de la posición y disponibilidad de los profesionales en el tratamiento. "Los pacientes esquizofrénicos tienen las primeras hospitalizaciones iniciales más largas, y los pacientes con desórdenes de la personalidad, las más cortas." (Marsch, A.; Glink, M.; M.; Zigler, F.; 1981).

Se comprobó que los periodos de internamiento de dos semanas o menos, incrementan el índice de los reingresos, (Kirstein, L. 1979) por lo que es indispensable que la hospitalización dure el tiempo necesario para que el cuadro agudo ceda, no sólo por el efecto engañoso de los medicamentos, sino además, por medio del tratamiento psicológico, dando tiempo a que las conductas propias de la enfermedad y los efectos del medicamento (hipo, o hipersensibilidad inicial, somnolencia, mareos, etc.) se estabilicen lo más posible. (Kirstein, Op. cit).

Otro punto de vista menciona que los periodos demasiado largos de hospitalización 'Hospitalismo' (Guimares, G. B. 1981 P.

35), provocan dependencia hacia el hospital y el personal, dificultando la adaptación del paciente a la comunidad, 'los pacientes, en algunos casos, utilizan el hospital mental como fuente de refugio' (Marsh, A.; Glick, M.; Zigler, E. 1981).

Tanto las hospitalizaciones cortas como las largas fomentan el reingreso: unas debido a la reaparición posterior de la sintomatología no tratada totalmente, y otras por la desadaptación del enfermo al medio ambiente, y el aumento de dependencia hacia el hospital.

En lo relacionado a los largos períodos de hospitalización, se observó que la relación de dependencia que surge hacia el hospital, se da con mayor regularidad en personas con bajos puntajes de competencia social, considerado por Marsh y Col. (Op cit), en función a la edad, estado marital, ocupación e historia laboral, y por Stack y Col. (1983), como bajo nivel socioeconómico, tamaño de la familia y lugares de residencia.

Henri Ey (1978), en su tratado de psiquiatría, quinta parte, titulado Acción Patógena Del Medio, hace mención a estudios en relación a los largos períodos de hospitalización, describiendo que se ha observado que las enfermedades mentales se distribuyen en un índice decreciente de las zonas de transición a la periferia, incrementándose en las zonas marginadas (esto no es aplicable a los padecimientos afectivos que se distribuyen arbitrariamente por todas las zonas de las ciudades), tal vez debido a lo que León Mann (1980) menciona en relación a que son

las zonas que provocan un mayor índice de excitaciones nocivas.

En dichas zonas, el nivel de vida es muy bajo, lo sobrepoblación fomenta la promiscuidad, la suciedad, el abandono, la mala alimentación, la farmacodependencia, la delincuencia, etc., todas ellas generalmente, producto de las bajas percepciones económicas y, estas a su vez, son el foco de la angustia y las conductas de fuga de esas situaciones de vida.

El hospital, por su parte, al prestar los servicios profesionales a los pacientes hospitalizadas, les resuelve el problema de vivienda con todos los servicios, los problemas económicos y de manutención. Tal vez la única preocupación de dichos pacientes internados sea el conseguir cigarrillos o artículos que representen un lujo dentro del hospital que, por otro lado, son regularmente facilitados por los familiares en sus visitas.

Esta perspectiva de la situación del enfermo mental internado, con un nivel socioeconómico bajo, respaldada por las observaciones referentes a la evasión de obligaciones y responsabilidades, que se originan en las instituciones psiquiátricas que no cuentan con programas que mantengan la participación social con objetivos definidos, y la actividad responsable del paciente dentro de la institución, fomenta el reingreso, enmascarado por el incumplimiento o la alteración del tratamiento y los medicamentos. De ahí, la necesidad de proporcionarle al paciente actividades y responsabilidades que le

ayuden a conservar, en lo posible, el tipo de relaciones que se dan en la comunidad.

Los factores socioeconómicos y demográfico-familiares, son elementos que el profesional institucional en la salud mental debe tomar en cuenta, como predisponentes en el reingreso, para evitar la relación parásito-dependiente que se pueda engendrar para con el hospital y el personal.

PERSONAL ESPECIALIZADO

*Cuidadoso análisis de la interacción entre los miembros del personal, demostraron sin lugar a dudas que los conflictos y/o fallas en la comunicación entre éstos, se refleja en toda la organización, afectando la conducta de los pacientes "(Benavides, 1975, P.22), y que "Las energías del personal se dedican, a veces en alto grado, a rivalidades y conflictos internos, a delicados problemas de autoridad, de status, y comunicación, y a mantener el equilibrio personal en una situación que constantemente amenaza socavarlos." (Levinson, 1964 P 240)

Recientemente se ha estudiado la influencia que ejerce el hospital para enfermos mentales en el personal que labora dentro de él. Para el presente punto nos basaremos, principalmente, en la Tesis Inédita de Maestría de la U.I.A. del M. Padre Castro Rafael (1982). "El síndrome de Deterioro (Burnout) en las Instituciones de Salud Mental, Causas, Efectos y Alternativas de Solución."

Burnout: "Es un síndrome que agota los recursos físicos y emocionales, afectando a los individuos responsables del tratamiento y/o bienestar del paciente. Involucra un deterioro en la ejecución del tratamiento, creando en los individuos un autoconcepto negativo, actitudes negativas hacia el trabajo, y la pérdida de interés por los pacientes en el proceso de una lucha excesivamente inapropiada por lograr expectativas irreales, en el tratamiento de los pacientes." (P.15)

Era de esperarse que el síndrome de Burnout fuera menos frecuente y severo en las áreas de servicios humanos, pues sería más fácil reconocer sus síntomas y curarlos, pero es aquí donde se produce el síndrome en sus formas más virulentas y con una frecuencia y regularidad perturbadora. (P 14).

El síndrome se puede detectar en forma individual, en función al staff, y en función a los pacientes. Los principales síntomas psicológicos son: agotamiento general, desilusión en el trabajo, falta de energía, fatiga crónica, sobreestimulo, aumento de esfuerzos debio a una disminución de energías, pérdida de empatía con los pacientes, pérdida de interés en el tratamiento, distanciamiento físico de los pacientes, relación fría hacia los pacientes y el staff, frustraciones más frecuentes, expresa coraje frecuentemente, cambio de humores más frecuentes y espontáneos, quejas con frecuencia, impaciencia e irritabilidad, cinismo hacia los pacientes y el staff, negatividad en el tratamiento, falta de interés en la interacción entre el staff y los pacientes, interés centrado en si mismo, evasivo hacia los

pacientes y el staff, disminución del sentido del humor, sensación de ser incapaz de ayudar o remediar problemas, sensación de soledad, pérdida de autoestima, sensación de omnipotencia, obsesión en el trabajo, lo efectivo en el tratamiento disminuye, crea confusión en otros, observa en forma sospechosa los esfuerzos de otros al trabajar, sensación de que su trabajo es despreciado, conflictos con el staff.

Tanto en la definición como en la enumeración de los síntomas, se puede apreciar que el síndrome, al presentarse, responde a ciclos autoreforzantes que, lejos de poder ceder con el tiempo, pueden transformarse en una forma de vida en la cual el desempeño laboral adquiere elementos autodevaluatorios y frustrantes, relacionados a la ineffectividad del trabajo. Las continuas insatisfacciones minan la moral del individuo (cambiando sus fines reales, por pseudo fines compensatorios), que trabajará sin motivación y de forma mediocre.

Cuando un elemento del staff es afectado por el síndrome, y no se detecta, lo más probable es que la dinámica del equipo se altere, aumentando las cargas de trabajo para todos, perjudicando el tratamiento de los pacientes y por ende su eficacia. La relación que existe entre las aseveraciones iniciales de este apartado, con el síndrome de Burnout, constatan que el buscar actividades que puedan, probablemente, significar un beneficio logrando el cambio de tal o cual persona, con x Jerarquía, por una supuestamente más idónea, creyendo que eso traerá consigo mejoras para el personal y para el ambiente

laboral, es falso si se trata de un staff afectado por el síndrome, ya que de no darse dichas mejoras, se pensará que se tiene mala suerte, o que el sistema es el que no funciona adecuadamente, no apreciando que lo que realmente se busca es un beneficio propio, que ha sido desplazado, lo que dificulta el encarar al verdadero problema (uno mismo), delegando la responsabilidad y culpando a otros por la propia ineficiencia, en vez de aceptar las limitaciones y trabajar para superarlas, dando lo mejor con lo que cuenta para la atención de los pacientes.

Creemos que no es de más el mencionar las alteraciones en los medicamentos de que son objeto los pacientes tratados por especialistas afectados por el síndrome. En primer lugar, haremos mención a la encontrada en la investigación de Linn y Col. (1982), referente a la necesidad de periodos de desintoxicación medicamentosa, en los pacientes con reincidencia hospitalaria, con la finalidad de evitar síntomas colaterales producto de la sobredosis que se proporciona a dichos pacientes, y el estar probando diferentes medicamentos, o el establecimiento de tratamientos con una considerable variedad de fármacos. La falta de un riguroso control de los medicamentos a nivel intrahospitalario, es un elemento que refuerza la conducta del paciente en relación a la automedicación extrahospitalaria, y la aparente mejoría por cortos periodos, no teniendo los profesionales la certeza de que el medicamento administrado sea el agente directo que provocó dicha mejoría, acentuándose en los pacientes que son medicados por más de un psiquiatra. En

segundo lugar, el no establecer una relación empática y la falta de contactos con los pacientes, o la mala calidad de ellos, son la causa del desconocimiento de la evolución real del padecimiento.

Las personas más propensas a padecer el síndrome de Burnout son: A) Los empleados jóvenes, nuevos, que no cuentan con la experiencia suficiente y, al trabajar con los pacientes, se proponen metas inalcanzables. B) Los trabajadores que han tenido períodos prolongados de contacto con los pacientes sin tomar descansos o vacaciones. C) El personal con grandes cantidades de trabajo, con poca satisfacción. D) Las personas que desarrollan las mismas actividades por varios años y que no tienen la posibilidad de ascender o cambiar de actividades. E) El personal con mayores responsabilidades y obligaciones sin una remuneración adecuada. F) Los empleados cuyo único mundo es el trabajo, estableciendo pocas relaciones fuera del hospital.

Tal vez, el principal elemento con que se cuenta para combatir el síndrome, y junto con él un motivo del reingreso, es la implantación de sistemas de comunicación, que ayuden a establecer parámetros entre lo posible y lo imposible en el tratamiento de los enfermos mentales. Reuniones frecuentes a las que asistan todos los miembros del staff (todos los que laboran en el hospital) donde se discutan, de manera constructiva, los casos que representen alguna dificultad, ya sea para el cuerpo interdisciplinario o para alguno de sus miembros; haciéndose ver los errores, y el cómo resolvería cada uno dicho problema; dando

consejos y evitando la crítica destructiva. Una forma para mejorar la comunicación entre los miembros del staff, consiste en realizar reuniones extrahospitalarias (convivencias, festejos, conferencias, actividades recreativas, etc.) las que ayudan a conocer de una manera diferente y sin los estereotipos que ofrece el hospital, a la mayoría del personal con quienes se tienen contactos laborales. Cuando el síndrome está muy avanzada, lo más recomendable es que la persona asista a sesiones terapéuticas.

4.- CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

La relación que existe entre las enfermedades mentales y el reingreso, se encuentra ligada al diagnóstico.

Presentan mayor propensión de ser reingresados los pacientes con padecimientos esquizofrénicos, con desórdenes afectivos, los alcohólicos, los adictos a sustancias tóxicas, y los que tienen un Historial Clínico de constantes recaídas. (Kirstein, 1979; Budinska, 1977).

La relación en función a las diferencias individuales radica, tanto en factores hereditarios como en factores de la

personalidad. Los primeros se refieren a la sensibilidad hacia los medicamentos, a la cadencia en que se dá la inmunidad o sus efectos y a la predisposición genética a presentar trastornos mentales. Dichos aspectos no serán tratados ya que existe una copiosa información al respecto, en los libros de Psiquiatría y en los de Psicología Clínica.

Consideramos de gran importancia la identificación del hospital, como ya lo mencionó Levinson en 'Sociología del Enfermo Mental' (1964), con tres instituciones totalitarias emparentadas con él, y nos unimos a su punto de vista.

Menciona que "el paciente entra en el hospital con esperanzas y temores sobre lo que puede encontrar. Tiene varias imágenes del hospital como mundo social y de su personal y enfermos. A menudo predominan las imágenes negativas, pensamientos y fantasías amenazadores acerca de un mundo extraño que es la antítesis de todo lo que él considera normal y correcto. Su concepción del hospital psiquiátrico se define en parte, por la ausencia de estas posibilidades alarmantes y en parte por la presencia de apreciadas cualidades particulares de los pacientes, del personal y de la estructura hospitalaria." (p.232)

Las instituciones emparentadas con él son "El hospital general, la cárcel y el internado. El primero da la imagen de la institución médica dedicada al tratamiento de enfermedades.

Desde el segundo punto de vista, vemos al hospital psiquiátrico como sistema correccional que intenta rehabilitar a los individuos 'desviados' y recluirlos para proteger a la sociedad. Por último, el internado da el modelo del sistema educativo donde los pacientes-estudiantes pueden ocuparse de varias formas de aprendizaje. Los tres modelos se combinan en diferentes grados y formas, en el hospital psiquiátrico.' (p. 230). A esto nosotros incluimos que también una institución esparentada con él podría ser la familia, por las características de protección y satisfacción de necesidades primarias.

Consideramos que la forma en la que los individuos identifiquen al hospital psiquiátrico, con cualquiera de las instituciones mencionadas, dependerá de la calidad y cualidad con que fué ingresado al hospital. Y el tipo de relación mantenida con los pacientes y el personal.

Creemos determinante el modo por el cual el paciente es llevado e internado en una institución para el tratamiento de enfermedades mentales, y que de ello dependerá en parte el desarrollo y la evolución del padecimiento a nivel intrahospitalario. Ya sea interfiriéndolo o ayudándolo.

Si consideramos que un paciente es llevado e internado en una institución psiquiátrica, por medio de engaños y/o a la fuerza, no será nada raro, que tarde más en recuperarse de su estado patológico. Tomando más tiempo el establecer una relación de confianza con los terapeutas y el personal, lo que afectará en

el momento del alta, cuando se le canalice a otra institución para su cuidado y/o atención posthospitalaria, obstaculizando la implantación de la relación terapéutica.

CAPITULO III

ASPECTOS METODOLOGICOS GENERALES

PROBLEMA

Después de una serie de observaciones realizadas en el Hospital Psiquiátrico San Fernando del I.M.S.S., vislumbramos la necesidad de estudiar el reingreso de los pacientes psiquiátricos debido que, a pesar de ser el primer año de labores de dicha Institución, ya presentaba el fenómeno de los reingresos.

En esta Institución se nos brindó todo tipo de facilidades para la realización del estudio, donde nos percatamos que en el reingreso de los enfermos mentales influyen diversos factores; de los cuales se habla ampliamente en el Capítulo 2.

Al analizar dichos factores, decidimos investigar la influencia de la Atención Posthospitalaria sobre el índice de los reingresos.

Cuando un paciente es egresado de su estancia hospitalaria, cuenta con tres alternativas para continuar el tratamiento; la primera es canalizar al enfermo a consulta externa en el mismo hospital, con el especialista que lo trató durante su internamiento; la segunda es enviarlo a consulta externa con un especialista, al Hospital General de Zona; y la tercera es remitirlo a Consulta Externa con un médico familiar, a la Unidad de Medicina Familiar. Debido a la gran magnitud del Instituto Mexicano del Seguro Social, sólo nos centraremos a estudiar la Consulta Externa dada en el Hospital Psiquiátrico San

Fernando, dejando las demás alternativas para posteriores investigaciones.

Consideramos que la Consulta Externa es el instrumento con que cuenta el profesional en la salud mental y la Institución, para obtener información sobre la evolución extra-hospitalaria del padecimiento del enfermo, y les permite tener conocimiento de cuáles son los elementos que pueden estar influyendo o precipitando la rehospitalización, dando oportunidad a que tomen decisiones que ayuden a prevenir o disminuir el reingreso; además de que la Consulta Externa es el único medio para estar en contacto con el paciente.

Es así como llegamos a cuestionarnos: /¿QUE INFLUENCIA TIENE SOBRE EL REINGRESO, LA ASISTENCIA O LA NO ASISTENCIA DE LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN FERNANDO DEL I.M.S.S.?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El principal objetivo de la presente investigación es determinar si la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico San Fernando del I.M.S.S., contribuye en la disminución del reingreso de los enfermos mentales, con la finalidad de proporcionar una tentativa de solución al problema de los reingresos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer el índice de los egresos y reingresos de los pacientes del Hospital Psiquiátrico San Fernando, durante el periodo comprendido de Noviembre de 1982 a Octubre de 1983.

Detectar los efectos de la asistencia a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico San Fernando, en relación al índice de los reingresos.

Detectar los efectos de la no asistencia a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico San Fernando, en relación al índice de los reingresos.

Contribuir en la prevención y control del reingreso de los pacientes psiquiátricos.

Proporcionarle al Hospital un panorama general de los efectos que representa sobre el reingreso la Consulta Externa, con la finalidad de tener un mejor aprovechamiento de los recursos con que cuenta la Institución.

Brindarle al enfermo mental los beneficios que representa la no rehospitalización.

HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO

Hi: Los pacientes que asistieron a Consulta Externa después del primer internamiento, tienen menos probabilidades de reingresar al Hospital, que aquellos que no asistieron a Consulta Externa.

HIPOTESIS NULA

Ho: Los pacientes que asistieron a Consulta Externa después del primer internamiento, tienen las mismas probabilidades de reingresar al Hospital, que aquellos que no asistieron a Consulta Externa.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

La población del Hospital Psiquiátrico San Fernando, ubicado en la Delegación Tlalpan en la Ciudad de México, está compuesta por asegurados y beneficiarios de ambos sexos, que presentan cualquier tipo de padecimiento mental en fase aguda, cuyas edades van de los 16 años en adelante.

La población tomada en cuenta abarca aquellos pacientes que fueron hospitalizados durante el primer año de servicio del Hospital (Noviembre de 1982 a Octubre de 1983). En dicho periodo se contó con 741 hospitalizaciones, de las cuales 114 fueron reingresos; lo que nos muestra que se atendió a 627 pacientes diferentes, siendo tratados 411 en la sección hombres y 216 en la sección mujeres. Se encontró que, de los 411 pacientes masculinos 56 (13.6%) reingresaron totalizando 73 rehospitalizaciones. De los 216 pacientes femeninos 26 (12.03%) reingresaron con un total de 41 hospitalizaciones.

De la población de 627 sujetos, se seleccionaron dos grupos, bajo el criterio de presencia o ausencia de la variable dependiente (V.D.), esto es: el primer grupo (G.I) está integrado por pacientes con más de un internamiento (pacientes con reingreso); y el segundo grupo (G.II) por pacientes con un sólo internamiento (pacientes sin reingreso).

CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS

Para la formación del primer grupo (G.I), se investigaron los reingresos y se encontró que el número era aumentado por factores ajenos a la enfermedad mental y a la institución, por ende, no era conveniente que fueran tomados en cuenta en la muestra, por lo que se procedió a eliminarlos con la finalidad de obtener datos más confiables sobre la influencia de la Consulta Externa en el reingreso. Los pacientes excluidos fueron: A) Los que necesitaban estudios especiales, por lo que se les canalizó a otras entidades médicas y que posteriormente reingresaron; B) Los que tuvieron alta voluntario, ya que el cuerpo interdisciplinario no se hace responsable de su tratamiento; C) Los alcohólicos, éstos últimos, ya que con atención posthospitalaria o sin ella es muy alta la posibilidad de reincidencia. Además de esto, únicamente se tomaron en cuenta aquellos pacientes que presentaron un intervalo mayor de 30 días entre el primer egreso y el primer reingreso. Así también aquellas pacientes cuyas edades fluctúan de los 20 años a los 60 años de edad y que radican en la Ciudad de México y en zonas aledañas.

Después de haber aplicado estos criterios a los pacientes que presentaban reingresos, el grupo (G.I) quedó integrado por un total de 25 sujetos: 17 del sexo masculino y 8 de sexo femenino.

Para la integración del segundo grupo (G.II), se excluyeron a los siguientes pacientes: A) Los que necesitaban estudios especiales, por lo que se canalizaron a otras entidades médicas y que no reingresaron; B) Los que tuvieron alta voluntaria; C) Los alcohólicos. Del resto se seleccionó al azar a 17 hombres y a 8 mujeres, dando un total de 25 sujetos, con el fin de igualar los grupos.

La muestra quedó formada por un total de 50 sujetos: 34 del sexo masculino y 16 del sexo femenino, divididos en dos grupos de 25 sujetos cada uno. El grupo uno (G.I) con pacientes con reingresos y el grupo dos (G.II) con pacientes sin reingreso.

En la selección de la muestra no se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: tipo de padecimiento, nivel socio-económico, estado civil, nivel académico y ocupación.

G.I = 25 sujetos con más de un internamiento
17 masculinos y 8 femeninos

G.II= 25 sujetos, con un sólo internamiento
17 masculinos y 8 femeninos

DEFINICION DE TERMINOS

ATENCION POSTHOSPITALARIA

Es el tratamiento que recibe el paciente después de su estancia Hospitalaria en el Hospital Psiquiátrico San Fernando del I.M.S.S.

En la Investigación, la Atención Posthospitalaria es una Variable Dicotómica de Presencia o Ausencia, es decir: (X1) CON CONSULTA, la poseen aquellos pacientes que asistieron por lo menos a una Consulta Externa, (X2) SIN CONSULTA, la poseen los pacientes que no asistieron a ninguna Consulta Externa.

CONSULTA EXTERNA

Es cada una de las revisiones que se le practican al paciente, después de ser dado de alta, en el Hospital Psiquiátrico San Fernando.

De la asistencia a la Consulta Externa, se derivó el CURSO DEL TRATAMIENTO.

CUERPO INTERDISCIPLINARIO

Grupo de profesionales encargados de la salud mental compuesta por: Psiquiatras, Psicólogos, Médicos Residentes e Internistas y Trabajadoras sociales.

Cuando el enfermo se encuentra internado, se consideran dentro del cuerpo interdisciplinario a todos los trabajadores que mantienen algún tipo de relación con el paciente; Enfermeras, Personal de Intendencia, Dietistas, Vigilantes, etc.

CURSO DEL TRATAMIENTO

Es la periodicidad con que asiste el paciente a las Consultas Externas, se clasifica de acuerdo a 3 parámetros: CONTINUO, DISCONTINUO Y ABANDONO.

CONTINUO: pacientes que asistieron asiduamente a todas las Consultas Externas programadas por el responsable de su tratamiento posthospitalario, faltando sólo a una.

DISCONTINUO: pacientes que faltaron a dos o más Consultas Externas, siempre y cuando volvieron a asistir en un intervalo menor de dos meses después de lo programado por el responsable de su tratamiento posthospitalario.

ABANDONO: pacientes que no volvieron a Consulta Externa o que se presentaron después de un

intervalo mayor de dos meses después de lo programado por el responsable de su tratamiento posthospitalario. Es éstos sujetos, no se encuentra nota de alta de la Consulta Externa dada en el mismo Hospital, la cual es muy similar a la que se les entrega al paciente y al familiar que se responsabiliza de éste, una vez que es egresado del Hospital.

En la muestra se encuentran sujetos con algunas (4 ó 5) Consultas Externas, que fueron canalizados al Hospital General de Zona, o a la Unidad de Medicina Familiar, los cuales consideramos bajo los mismos criterios hasta la fecha en que se dieron de alta de la Consulta Externa del Hospital.

REINGRESO

Son las subsecuentes hospitalizaciones que tiene un paciente después de su primer internamiento en el mismo Hospital.

Dentro de la Investigación es la Variable Dependiente de características dicotómicas de Presencia o Ausencia.

DEFINICION DE INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación son de dos tipos: Los primeros son los utilizados por la Institución; de los cuales se recabaron los datos necesarios para la comprobación de la hipótesis. Los segundos son los elaborados por nosotros, con el fin de consignar los datos recabados para un mejor manejo de la información (descritos a continuación):

INSTRUMENTOS UTILIZADOS POR LA INSTITUCION:

A) LISTA DE REINGRESOS

Se utilizó para la selección de los pacientes con reingreso (G.I). La lista fue elaborada por el Departamento de Trabajo Social del Hospital Psiquiátrico San Fernando, y contiene: nombre, número de afiliación, fechas de ingresos y fechas de egresos.

B) REGISTROS DEL HOSPITAL

Para la obtención de la información correspondiente al índice de egresos y reingresos, se utilizaron los registros elaborados en el Hospital Psiquiátrico San Fernando.

C) EXPEDIENTE CLINICO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN FERNANDO

La mayor parte de los datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados y contienen:

- a) Orden de internamiento y alta.
- b) Historia clínica.
- c) Notas de admisión.
- d) Notas de evolución.
- e) Notas de revisión.
- f) Notas de consulta externa.
- g) Nota(s) de alta.
- h) Hojas de órdenes médicas.
- i) Notas de enfermería.
- j) Notas de trabajo social.
- k) Estudios psicológicos.
- l) Análisis de laboratorio.
- m) Estudios por aparatos.
- n) Carta de responsabilidad familiar.

Los criterios que se siguieron para la obtención de datos del expediente clínico fueron:

- C 1) De la orden de internamiento y alta se checkaron: el nombre del paciente, número de afiliación, edad, sexo, fechas de ingreso, fechas de egreso y diagnóstico.

C 2) De las notas de alta se obtuvo el lugar a donde se canalizó al paciente para su atención posthospitalaria y el tiempo en que se debe presentar a su Consulta Externa.

C 3) De las notas de Consulta Externa se recabaron las fechas en que se programaron, las fechas en que se efectuaron y el número de Consultas Externas a las que asistió.

INSTRUMENTOS PARA CONSIGNACION DE DATOS

A) FICHA DE IDENTIFICACION

Esta ficha fue diseñada para la concentración de los datos personales de cada uno de los sujetos que componen la muestra, y así tener un rápido acceso a los expedientes de los sujetos, el uso de estas fichas es completamente confidencial.

Consta de:

- a) Número de registro (se asignó a cada uno de los pacientes, como control en la investigación).
- b) Número de afiliación al I.M.S.S.
- c) Nombre del paciente.
- d) Edad.
- e) Sexo.
- f) Dirección.
- g) Teléfono.
- h) Diagnóstico.

FICHA DE IDENTIFICACION

No. de Reg. -----

No. de AFILIACION: -----

NOMBRE: -----

EDAD: -----

SEXO: -----

DIRECCION: -----

TELEFONO: -----

DIAGNOSTICO(S): -----

B) FICHA DE CODIFICACION DE DATOS

Se elaboró esta ficha para la concentración de los datos concernientes a la investigación, integrada por:

- a) Número de registro.
- b) Diagnóstico.
- c) Fechas de ingreso.
- d) Fechas de egreso.
- e) Días fuera del hospital entre los internamientos.
- f) Fecha en que se le programó a Consulta Externa.
- g) Fechas en que se presentó a Consulta Externa.
- h) Número de Consultas Externas a las que asistió.
- i) Notas del Curso del Tratamiento.

FICHA DE CODIFICACION DE DATOS

No. DE REGISTRO: _____

DIAGNOSTICO(S): _____

FECHAS DE
INGRESO EGRESO

DIAS FUERA
DEL HOSPITAL

FECHAS DE C.E.
PROGRAMADA

FECHAS EN QUE SE
PRESENTO A C.E.

No. DE C.E. A
LAS QUE ASISTIO

NOTAS DEL CURSO
DEL TRATAMIENTO

DEFINICION DEL PERSONAL

El personal que llevó a cabo la investigación tiene las siguientes características:

Dos pasantes de la carrera de Psicología; uno de ellos de 25 años de edad de sexo femenina, y el otro de 29 años de edad de sexo masculino.

CAPITULO IV

METODO DE INVESTIGACION

DISEÑO DE INVESTIGACION

La presente investigación es un estudio retrospectivo referente a la influencia que tuvo la asistencia o la no asistencia de los pacientes psiquiátricos a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico San Fernando del Instituto Mexicano del Seguro Social, en relación al reingreso o al no reingreso durante el primer año de labores, de noviembre de 1982 a octubre de 1983.

Debido a las características del problema, el diseño más adecuado es el estudio de casos bajo un contexto de investigación EX-POST-FACTO que se caracteriza por ser "... una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes; porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes." (Kerlinger. P. 268).

En la investigación EX-POST-FACTO, se pueden escoger los sujetos al azar, sin embargo, no es posible asignar aleatoriamente los sujetos y los tratamientos a los grupos, lo que se utiliza es la AUTOSELECCION.

De acuerdo a las características del diseño de investigación observamos que ésta es una búsqueda sistemática, ya que el planteamiento de una serie de pasos metodológicos se lleva a cabo para la obtención de datos en la solución del problema, los cuales se basan en hechos reales que ya acontecieron. No se tiene un control directo sobre las variables independientes, por lo que se les llama predictoras y son la asistencia y la no asistencia a Consulta Externa en el mismo Hospital después del primer internamiento.

Como podemos observar, tanto la variable predictoras como la dependiente son de características dicotómicas de presencia y ausencia.

Para la formación de los grupos se utilizó la AUTOSELECCION POR COMPARACION, en función al reingreso (la variable dependiente). Los pacientes que lo presentaron pasaron a formar parte del GRUPO I (reingresos), y los que no lo presentaron se integraron al GRUPO II, como vimos anteriormente, en la descripción de las características de los sujetos. (P.53)

La incapacidad de manipular las variables predictoras y la de hacer la asignación aleatoria, es una fuente de error, y se corre el peligro de llegar a conclusiones e interpretaciones inadecuadas o falsas. Sin embargo, si se tratan con sumo cuidado y precaución los resultados obtenidos, no se tiene porqué hacer interpretaciones inadecuadas.

DISEÑO

(X)

Y

VARIABLES

VARIABLE PREDICTORA (X)

(X) ATENCION POSTHOSPITALARIA
(X1) CON CONSULTA EXTERNA
(X2) SIN CONSULTA EXTERNA

VARIABLE DEPENDIENTE Y

Y REINGRESO
Y1 PRESENCIA DE REINGRESO
Y2 AUSENCIA DE REINGRESO

**TABLAS DE CONCENTRACION
DE DATOS**

GRUPO I

No. DE REGISTRO	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	HOSPITALIZACIONES	FECHAS		No. DE DIAS HOSPITALIZADO	DIAS ENTRE INTERNAMIENTO	CONS. EXT.		FECHAS CONS. EXT.	DIAS ENTRE CONS. EXT.	NUMERO DE CONS. EXT.	CURSO TRATAMIENTO	
					INGRESO	EGRESO			CON. CON.	SIN.					
8	(cont.)				220783	160883	26	20	X	X	110783	28	9	Continuo.	
					050983	061083	32				180783	38			
											-	-			
											101083	4			
											241083	14			
9	20	M	Epilepsia	2	200283	030383	12	60	X	X	211183	14	4	Continuo.	
					020583	130583	12				-	-			
											250583	12			
											150683	21			
											050783	20			
10	23	M	Epilepsia	2	231282	301282	6	175	X	X	270783	22	8	Continuo.	
					230683	070783	15				-	-			
											-	-			
											190883	23			
											080982	20			
11	27	M	S.O.C.	3	061182	091282	32	72	X	X	110183	34	2	Abandono.	
					190283	080383	18				080283	28			
					140783	270783	14				-	-			
											-	-			
12	28	M	Fisicoxia Esquizofrenica	2	120483	210483	10	61	X	X	300983	37	7	Continuo.	
					210683	290783	39				060983	7			
											130983	7			
											200983	7			
											270983	7			
13	29	M	Fisicoxia Esquizofrenica	3	070383	250383	17	86	X	X	111083	14	7	Continuo.	
					190683	120883	55				22	300883			18
					030983	111183	70				-	-			
											-	-			
14	29	M	S.O.C.	2	260383	210483	25	153	X	X	270483	6	1	Abandono.	
					210283	211083	31				-	-			
											-	-			
15	29	M	Epilepsia	2	270183	030283	8	107	X	X	140683	11	2	Abandono.	
					210583	030683	14				-	-			
											210683	7			

GRUPO I

No. DE REGISTRO	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	HOSPITALIZACIONES	FECHAS		No. DE DIAS HOSPITALIZADO	DIAS ENTRE INTERNAMIENTO	CONS. EXT.		FECHAS CONS. EXT.		DIAS ENTRE CONS. EXT.	NUMERO DE CONS. EXT.	CURSO TRATAMIENTO		
					INGRESO	EGRESO			CON. COM	CON. ISH	CONS. EXT.	CONS. EXT.					
16	32	M	Psicosis Esquizofrénica	2	291182	241282	26	42		X	X	-	32	-	-		
					040283	050583	91					060683				060783	070883
17	33	M	Neurosis	2	140383	070483	25	100		X	X	-	-	4	Continuo.		
					160783	210783	6					-				-	-
18	35	M	Psicosis Orgánica.	2	151282	301282	16	209		X			140183	15	-	-	
					270783	240883	29						080283				25
													020383				22
													120483				41
												290483	17				
												040683	36	6	Discontinuo		
												310883	7				
												210983	22	3	Continuo.		
												181083	28				
19	36	M	Neurosis.	2	270183	100283	15	22		X	X	140483	7	-	Abandono.		
					040383	070483	35			X		210183	36	1			
20	38	M	Psicosis Funcional.	2	151182	161282	32	222		X			250283	35	-	-	
													250383				28
													200583				56
													060683				17
													240683				18
													060783				14
													7	7	Discontinuo		
21	42	M	Psicosis Esquizofrénica	3	121182	091282	28	72		X	X	-	-	-	-		
					240283	070483	43	61		X	X	040583	28	1	Abandono.		
					060683	150683	9					-	-	-	-		
22	44	M	S.O.C.	2	190783	220483	63	130		X			260483	4	-	-	
													030583				7
													100583	7			
													170583	7			
													310583	14	5	Abandono.	
23	47	M	S.O.C.	5	300883	290983	31	43		X			-	-	-	-	
					071182	151182	8						260483				7
					281282	040183	8						030583				7
					250183	030283	10	157		X	X	-	-	-	-		
												-	-	-	-		

GRUPO I

No. DE REGISTRO	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	HOSPITALIZACIONES	FECHAS		No. DE DIAS HOSPITALIZADO	DIAS ENTRE INTERNAMIENTO	CONS. EXT.		FECHAS CONS. EXT.		DIAS ENTRE CONS. EXT.	NUMERO DE CONS. EXT.	CURSO TRATAMIENTO
					INGRESO	EGRESO			CON	SIN					
23	(cont.)				100783	210783	12	83		X	-	-	-	-	-
					121083	271083	16			X	-	-	-	-	-
24	56	M	Falcosia Orgánica.	2	140383	310383	18	159	X		080483	9			
					060983	071083	32		X		220483	14		3	Abandono.
											240883	124			
											111183	35			Abandono.
											181183	7		2	Abandono.
25	58	M	Epilepsia.	3	040283	030383	28	68		X	-	-	-	-	-
					110583	170683	99	26	X		310883	12			
					120983	051083	24			X	070983	8		2	Continuo.
											-	-	-	-	-

GRUPO II

No. DE REGISTRO	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	FECHA		No. DE DIAS HOSPITALIZADO	CONS. EXT.		FECHAS CONS. EXT.	DIAS ENTRE CONS. EXT.	NUMERO DE CONS. EXT.	CURSO TRATAMIENTO	
				INGRESO	EGRESO		CON	SIN					
1	25	F	Epilepsia	051182	121182	8	X		191182	7	1	Abandono.	
2	25	F	Neurosis	201282	060183	18		X		-	-	-	
3	33	F	Epilepsia	011182	040283	96	X		090283 170283 240283 030383 100383 170383 240383 070483 140483 210483 280483 120583 010783 070783 210783 040883 140883 010983 220983 131083	5 8 7 7 7 7 7 14 7 7 7 14 50 6 14 14 14 14 14 21 21		20	Continuo.
4	35	F	S.O.C.	051182	130183	70	X		180183 260183 020283 160283 030383 170383 070483 140483 120583	5 8 7 14 15 14 21 7 28	9	Continuo.	
5	47	F	Neurosis	071182	231182	17		X	-	-	-	-	
6	51	F	Neurosis	031182	200183	79		X	-	-	-	-	
7	52	F	Neurosis	211282	020283	44	X		090283 240283 100383 240383 070483 140483 160583	7 15 14 14 13 7 31	7	Continuo.	

CAPITULO V

ANALISIS ESTADISTICO

ANALISIS ESTADISTICO

El diseño estadístico empleado para la comprobación de la hipótesis es el de CHI CUADRADA (X²).

Relación de pacientes de ambos grupos que asistieron a Consulta Externa en el Hospital Psiquiátrico San Fernando, después de su primer internamiento.

No. de Registro	G I	G II
1	0	1
2	0	0
3	0	1
4	0	1
5	0	0
6	0	0
7	0	1
8	1	1
9	0	0
10	0	1
11	1	0
12	0	1
13	0	0
14	1	0
15	0	0
16	0	1
17	0	0
18	1	0
19	0	1
20	1	1
21	0	0
22	1	1
23	0	0
24	1	0
25	0	1
TOTAL ASISTENCIA:	----- 7	----- 12

El VALOR DE 1 se les asignó a los pacientes que asistieron a consulta Externa y el de 0 a los que no asistieron.

$$X1 = 1$$

$$X2 = 0$$

$$Y1 = GI = \text{PACIENTES CON REINGRESOS}$$

$$Y2 = GII = \text{PACIENTES SIN REINGRESOS}$$

$$\text{TOTAL DE INASISTENCIA: } G I = 18$$

$$G II = 13$$

- n : Número de sujetos = 50
- a : Pacientes del G I que asistieron a consulta externa = 7
- b : Pacientes del G I que no asistieron a consulta externa = 18
- c : Pacientes del G II que asistieron a consulta externa = 12
- d : Pacientes del G II que no asistieron a consulta externa = 13

FORMULA:

$$X^2 = \frac{n(ad - bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

DESARROLLO:

$$X^2 = \frac{50((7 \times 13) - (18 \times 12))^2}{(7+18)(12+13)(7+12)(18+13)}$$

$$X^2 = \frac{50(91 - 216)^2}{(25)(25)(19)(31)}$$

$$X^2 = \frac{50(-125)^2}{625 \times 589}$$

$$X^2 = \frac{50(15625)}{368125}$$

$$X^2 = \frac{781250}{368125}$$

$$X^2 = 2.12$$

El valor de las tablas de CHI CUADRADA, con un grado de libertad y un nivel de significancia de 0.05 es de: 3.84, el cual es mayor al obtenido por la fórmula (2.12), por lo que se rechaza la Hipótesis de Trabajo y se acepta la Hipótesis Nula, revelándonos que la asistencia a Consulta Externa después del primer internamiento es independiente a la presentación o a la evitación del Reingreso.

Se acepta la Hipótesis Nula.

H₀ = Los pacientes que asistieron a Consulta Externa después del primer internamiento, tienen la misma probabilidad de reingresar al Hospital, que aquellos que no asistieron a Consulta Externa.

Se rechaza la Hipótesis de Trabajo.

H₁ = Los pacientes que asistieron a Consulta Externa después del primer internamiento, tienen menos probabilidades de reingresar al hospital, que aquellos que no asistieron a Consulta Externa.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEPURADO

Antes de continuar, creemos necesaria una explicación del por qué se incluye un nuevo análisis estadístico; la razón es muy sencilla puesto que lo que nos interesa es ver los efectos de la atención posthospitalaria brindada a los pacientes que estuvieron internados en el Hospital Psiquiátrico San Fernando del I.M.S.S., después de ser egresados, sobre el reingreso y en vista de que el diseño de investigación es EX-POST-FACTO, y de que no fue posible asignar aleatoriamente los sujetos a los grupos y a éstos la variable predictora (Atención Posthospitalaria), descubrimos que los valores se modificaban con los sujetos que sólo habían asistido a algunas consultas externas

y que posteriormente abandonaron el tratamiento posthospitalario, por lo que decidimos anexar a estos sujetos en la Variable (X2), adquiriendo el mismo valor que los sujetos que no asistieron a Consulta Externa, es decir, los pacientes que abandonaron el tratamiento pasaron a formar parte de la Variable (X2) SIN CONSULTA, dejando de pertenecer a la Variable (XI) CON CONSULTA.

RELACION DE PACIENTES DE AMBOS GRUPOS QUE ASISTIERON A CONSULTA EXTERNA DESPUES DE SU PRIMER INTERNAMIENTO, DÁNDOLE EL MISMO VALOR A LOS PACIENTES SIN CONSULTA Y A LOS QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO.

Nº. de Registro	Q I	Q II
1	0	A
2	0	0
3	0	1
4	0	1
5	0	0
6	0	0
7	0	1
8	1	1
9	0	0
10	0	A
11	A	0
12	0	A
13	0	0
14	A	0
15	0	0
16	0	A
17	0	0
18	1	0
19	0	1
20	1	1
21	0	0
22	A	1
23	0	0
24	A	0
25	0	1
-----	-----	-----
TOTAL ASISTENCIA:	3	8
TOTAL PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO.	4	4

n: Número de sujetos: 50

a: Pacientes del GI que continuaron en
Consulta Externa: 3

b: Pacientes del GI Sin Consulta Externa
o que abandonaron el tratamiento: 22

c: Pacientes del GII que continuaron en
Consulta Externa: 8

d: Pacientes del GII Sin Consulta
Externa o que abandonaron el tratamiento: .. 17

	GRUPO I	GRUPO II
CON CONSULTA	3	8
SIN CONSULTA Y ABANDONO	22	17

FORMULA CHI CUADRADA CORREGIDA DE YETES

$$X^2 = \frac{n((ad - bc) - 1/2 n)^2}{c(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

$$X^2 = \frac{50((3 \times 17) - (22 \times 8) - 1/2 50)^2}{c(3+22)(8+17)(3+8)(22+17)}$$

$$X^2 = \frac{50((51 - 176) - 25)^2}{c(25)(25)(11)(39)}$$

$$X^2 = \frac{50(-125 - 25)^2}{c(625)(429)}$$

$$X^2 = \frac{50(-150)^2}{c268125}$$

$$X^2 = \frac{50(22500)}{c268125}$$

$$X^2 = \frac{1125000}{c268125}$$

$$X^2 = \frac{4.19}{c}$$

El valor de las tablas de CHI CUADRADA, con un grado de libertad y un nivel de significancia de 0.05 es de: 3.84, el cual es menor al obtenido por la fórmula (4.19), por lo que se acepta la Hipótesis de Trabajo y se rechaza la Hipótesis Nula, revelándonos que la asistencia a Consulta Externa después del primer internamiento sí influye en la presentación o la evitación del reingreso.

SE ACEPTA LA HIPOTESIS DE TRABAJO

HI: Los pacientes que asistieron a Consulta Externa después del primer internamiento tienen menos probabilidades de reingresar al Hospital, que aquellos que no asistieron a Consulta Externa.

Aunque a partir de este análisis estadístico la Hipótesis de trabajo se acepte, no dejan de ser débiles las conclusiones, por lo que se recomendaría que se llevara a cabo una nueva investigación, basada en los parámetros de un diseño experimental, asignando aleatoriamente los sujetos y los tratamientos a los grupos.

CAPITULO VI

ANALISIS DESCRIPTIVO

ANALISIS DESCRIPTIVO

El análisis descriptivo se refiere, al desglosamiento de la información recabada de los expedientes clínicos de los sujetos que integran la muestra, donde se combinan los datos, con el fin de detectar la correlación existente entre ellos para posteriormente, deducir sus interrelaciones y generar conclusiones además de fundamentar e ilustrar los resultados del análisis estadístico, disminuyendo así el índice de error que conlleva toda investigación realizada bajo un diseño EX-POST-FACTO, como se mencionó en el capítulo 4 (p. 66).

El desarrollo del análisis descriptivo se realizó, primeramente, tomando en cuenta a la Atención Posthospitalaria y al Reingreso; después se relacionaron al Rango de Edad, al Sexo, al Diagnóstico y a los promedios de Días/Hombre dentro y fuera del hospital; correlacionándolos con el Curso del Tratamiento.

DESARROLLO

Debido a que se utilizó la autoselección por comparación, bajo un contexto de investigación EX-POST-FACTO, se observó que la distribución de los sujetos en la muestra se acumuló en un mayor índice en la variable predictora (X2) Sin Consulta Externa, con un total de 31 sujetos (62%), el resto de los pacientes 19 (38%) asistieron a Consulta Externa (X1) como podemos ver en la tabla 1.

TABLA 1

Total de pacientes de cada uno de los grupos y de manera global en relación a la incidencia en cada una de las categorías de la Variable Predictora.

ATENCIÓN POSTHOSPITALARIA

GRUPO	CON CONSULTA EXTERNA	SIN CONSULTA EXTERNA	TOTAL
I	7	18	25
II	12	13	25
TOTAL:	19	31	50
%	38.0	62.0	100.0

La información arrojada por la tabla, al igual que en el primer análisis estadístico, parece ser bastante convincente en relación a la falta de influencia de la Atención Posthospitalaria sobre el reingreso, aún en los sujetos del Grupo II (pacientes sin reingreso), en el cual los sujetos que asistieron representan el 48% de ese grupo y los que no asistieron el 52%. Pero, es en estos casos en los que hay que tener presente que se está tratando con un diseño EX-POST-FACTO, y que no se manipuló la variable predictora, por lo cual es necesario observarla más detenidamente. Pensamos que de las dos instancias de la Atención Posthospitalaria, la no asistencia a Consulta Externa (X2), no ofrecía mayor información por lo que decidimos analizar la asistencia a Consulta Externa (X1) más ampliamente, utilizando

los datos relacionados al Curso del Tratamiento que consta de 3 parámetros:

- 1) Continuo
- 2) Discontinuo
- 3) Abandono

Los criterios que se siguieron para determinar el Curso del Tratamiento durante la recolección de la información, se especifican en el Capítulo 3 (p. 56)

TABLA 2 Total y porcentaje de los sujetos de ambos grupos que presentaron la variable (X1) con consulta externa en relación al Curso del Tratamiento.

CURSO DEL TRATAMIENTO				
GRUPO	CONTINUO	DISCONTINUO	ABANDONO	TOTAL
I	1	2	4	7
II	7	1	4	12
TOTAL:	8	3	8	19
%	42.1	15.7	42.1	100

Una vez aclarado lo anterior, observamos en la Tabla 2, que de los 19 pacientes atendidos en la Consulta Externa del Hospital: 8 tuvieron un tratamiento continuo, 3 discontinuo y 8 lo abandonaron. En relación a los pacientes que presentaron una continuidad en el tratamiento, se vió que 7 de ellos fueron pacientes sin reingreso y que solamente uno presentó reingreso, indicándonos que uno de los factores de importancia para que la Atención Posthospitalaria ayude a disminuir o a prevenir el reingreso, es el hecho de que el paciente asista periódicamente a sus consultas, es decir, que tenga una continuidad en su tratamiento. Esto se corrobora en el desarrollo de los análisis estadísticos, ya que en el primer análisis se tomaron en cuenta dentro de la variable predictora (X1) con Consulta Externa, a todos los sujetos que, por lo menos, hubieran asistido a una consulta externa, el resultado que se obtuvo de dicho análisis fue el rechazo de la Hipótesis de trabajo (H₁). Esto nos llevó a realizar un análisis más minucioso en donde notamos, que del total de sujetos que asistieron a consulta externa, el 42% abandonó el tratamiento, por lo que decidimos llevar a cabo un segundo análisis estadístico, incluyendo a tales pacientes en la Variable Predictora (X2) Sin Consulta Externa, dándonos como resultado la aceptación de la Hipótesis de Trabajo.

Todo esto hace notar que la importancia de la Atención Posthospitalaria como agente de prevención o disminución del Reingreso, no radica precisamente en la asistencia o la no asistencia a Consulta Externa, sino que está en función a la Continuidad del Curso del Tratamiento, al menos durante el tiempo

en el que el responsable del tratamiento extrahospitalario considere que el paciente se encuentre adaptado y estable dentro de su contexto social y familiar, como para alejarse del Hospital y continuar con el tratamiento, ya sea con el Médico Especialista del Hospital General de Zona, o con el Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar.

TABLA 3. Curso del tratamiento de ambos grupos en relación al rango de edad.

CURSO DEL TRATAMIENTO	GRUPO	RANGO DE EDAD				TOTAL
		20 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	
CONTINUO	I	0	0	0	1	1
	II	0	5	0	2	7
DISCONTINUO	I	0	2	0	0	2
	II	0	0	0	1	1
ABANDONO	I	2	0	1	1	4
	II	3	1	0	0	4
TOTAL:		5	8	1	5	19
%		26.3	42.1	5.2	26.3	100

En función a los datos obtenidos por la Tabla 3 consideramos que: los sujetos con el mejor pronóstico para seguir con el Tratamiento Posthospitalario son los que presentan una edad que fluctúa entre los 31 y 40 años; puesto que de los 8

(42.1%) que asistieron a consulta externa, 5 (26.3%) presentaron un curso del tratamiento continuo, 2 (10.1%) discontinuo, y sólo 1 (5.2%) lo abandonó. Los que les siguen con un buen pronóstico, son los que tienen una edad entre los 51 y 60 años, ya que de los 5 sujetos (26.3%) que asistieron a consulta externa, 3 (15.7%) tuvieron un curso continuo, 1 (5.2%) discontinuo y el otro lo abandonó. En la muestra, los sujetos que presentaron el peor pronóstico para seguir con el tratamiento posthospitalario fueron los que tienen una edad de entre los 20 y 30 años, ya que de los 5 (26.3%) que asistieron a consulta externa, los 5 abandonaron el tratamiento.

Otro parámetro de correlación utilizado fue el curso del tratamiento en relación al sexo, para lo cual se desarrolló la tabla 4.

TABLA 4 Incidencia de los sujetos en el curso del tratamiento en relación al sexo.

CURSO DEL TRATAMIENTO	SEXO			
	MASCULINO	%	FEMENINO	%
CONTINUO	3	8.8	5	31.2
DISCONTINUO	3	8.8	0	0.0
ABANDONO	7	20.0	1	6.2
TOTAL	13	38.23	6	37.5

El porcentaje está en función al total de sujetos de cada uno de los sexos; 34 (100%) masculinos y 16 (100%) femeninos.

Partiendo del hecho de que no se tiene el mismo número de sujetos en ambos sexos (34 masculinos y 16 femeninos), se sacaron porcentajes de los datos en función al total de sujetos de cada uno de los sexos. Observando que el 38.8% de los sujetos masculinos asistieron por lo menos a una consulta externa, y el 37.5% de los sujetos femeninos, no encontrando diferencias en cuanto al sexo o asistir a su atención posthospitalaria. Pero en relación al curso del tratamiento, los sujetos del sexo femenino (31.2%) tuvieron una mayor continuidad que los del sexo masculino (8.8%). Por lo tanto los sujetos que presentaron una mayor tendencia a abandonar el tratamiento fueron los masculinos.

Antes de analizar la relación del Reingreso y el Curso del Tratamiento con el Diagnóstico, veremos la relación del Reingreso con el Diagnóstico.

TABLA 5 Incidencia de los sujetos de cada grupo, en los diferentes Diagnósticos.

DIAGNOSTICO						
GRUPO	PSICOSIS NEUROPSIS	PSICOSIS FUNCIONAL	PSICOSIS ORGANICA	PSICOSIS QUIZOFRENICA	PSICOSIS ES-S.O.C.	EPILEPSIA
I	3	2	3	5	5	7
II	8	1	3	1	6	6
TOTAL	11	3	6	6	11	13

El diagnóstico no se controló en la investigación; de hecho fue un dato que se computó después de haber seleccionado la muestra, por lo que se le podría haber considerado como un elemento aleatorio, pero su distribución no correspondió a la curva normal de Gaus.

La incidencia de los sujetos en dos de las categorías diagnósticas utilizadas varió al parecer significativamente. Una variación se detectó en el diagnóstico de Neurosis y la otra en el de Psicosis Esquizofrénica.

Los pacientes con reingreso (G I) presentaron una frecuencia de 3 sujetos en las Neurosis y 5 en las Psicosis Esquizofrénicas. Los pacientes que no reingresaron (G II) tuvieron una frecuencia de 8 sujetos en las Neurosis y 1 en las Psicosis Esquizofrénicas, encontrando que en el Grupo I hubo 5 sujetos menos en el diagnóstico de Neurosis (menos severo), y 4 sujetos más en el de las Psicosis Esquizofrénicas (más severo). Lo cual podría ser considerada como un elemento de error aleatorio que influyó de manera importante en la selección de la muestra y por lo tanto en la presentación del reingreso.

En base a lo anterior, creemos que existe una relación directamente proporcional entre la severidad del padecimiento y la probabilidad de presentación del Reingreso (a mayor severidad del padecimiento mayor probabilidad de que se presente el Reingreso), esto es sin tomar en cuenta la influencia de la Atención Posthospitalaria sobre el Reingreso.

TABLA 6 Incidencia de los sujetos en los Diagnósticos en relación al curso del tratamiento.

CURSO DEL TRATAMIENTO				
DIAGNOSTICO	CONTINUO	DISCONTINUO	ABANDONO	TOTAL
NEUROSIS	2	0	2	4
P. FUNCIONAL	1	1	0	2
P. ORGANICA	0	1	1	2
P. ESQUIZOFRENICA	0	0	0	0
S.O.C.	3	1	3	7
EPILEPSIA	2	0	2	4
TOTAL	8	3	8	19
X	42.1	15.7	42.1	100

Según los datos de esta tabla, se podría suponer que los sujetos tienen la misma probabilidad (50%) de presentar un curso del tratamiento continuo o de abandonarlo en función al Diagnóstico, pero cuando se relacionan al Reingreso (Tabla 7), se observa que los sujetos que continuaron con el tratamiento posthospitalario y reingresaron (G I), presentaron diagnósticos más severos y el curso tendió a ser discontinuo. En los sujetos que no reingresaron (G II), los diagnósticos fueron menos severos y el curso del tratamiento más continuo.

TABLA 7 Lista de pacientes que asistieron periódicamente a atención posthospitalaria y no abandonaron el tratamiento, anexando Diagnóstico.

GRUPO	NO. DE REGISTRO	DIAGNOSTICO	CURSO DEL TRATAMIENTO
I	8	P. FUNCIONAL	CONTINUO
	18	P. ORGANICA	DISCONTINUO
	20	P. FUNCIONAL	DISCONTINUO
II	3	EPILEPSIA	CONTINUO
	4	S.O.C.	CONTINUO
	7	NEUROSIS	CONTINUO
	8	S.O.C.	CONTINUO
	19	EPILEPSIA	CONTINUO
	20	NEUROSIS	CONTINUO
	22	S.O.C.	CONTINUO
25	S.O.C.	DISCONTINUO	

Pensamos que la severidad del padecimiento influye de la misma manera en el curso del tratamiento que en el reingreso, lo cual decidimos comprobar con los sujetos que presentaron el Diagnóstico más severo. Los pacientes con el Diagnóstico de Psicosis Esquizofrénica no asistieron a consulta externa después del primer internamiento, por lo que recurrimos a los datos de la segunda hospitalización.

TABLA 8 Pacientes del Grupo I que asistieron a Consulta Externa con diagnóstico de Psicosis Esquizofrénica, en relación al curso del tratamiento en la segunda hospitalización.

NO. DE REGISTRO	NO. DE HOSPI- TALIZACIONES	CURSO DEL TRATAMIENTO		
		CONTINUO	DISCONTINUO	ABANDONO
4	2	X		
12	2	X		
13	3			X
16	2	X		
21	3			X
TOTAL	5	3	0	2

La información de esta tabla es bastante concisa en relación a la influencia de la consulta externa (continuidad del tratamiento) para evitar el tercer reingreso, al menos en el periodo en que se realizó la investigación, sin embargo, se revisaron los expedientes de los pacientes que tuvieron un curso continuo del tratamiento posthospitalario, con el fin de ver hasta que día habían asistido a consulta externa y si no habían presentado reingresos. Lo que se detectó fue que los tres pacientes 4, 12 y 16 asistieron continuamente a sus consultas hasta el mes de Julio de 1984, y no presentaron reingresos durante dicho periodo, a diferencia de los sujetos 13 y 21, los cuales abandonaron el tratamiento y presentaron un tercer reingreso dentro del periodo que abarcó el estudio.

Es determinante la influencia de la continuidad en la atención posthospitalaria, para evitar una tercera hospitalización, en los sujetos que presentaron la patología de Psicosis Esquizofrénica.

En el desarrollo del capítulo 2 (p. 19), se mencionan las consecuencias que sufre el paciente debido al Reingreso, siendo éstas: la cronificación del padecimiento, la dependencia al hospital y la desocialización al estar aislado de su contexto socio-familiar. Estos factores inherentes al paciente que reingresa se manifiestan a través de periodos más prolongados de internamiento, haciéndose a su vez más reducidas las estancias en el contexto socio-familiar, corroborándose en las tablas 9 y 10.

TABLA 9 Lista de pacientes del Grupo I, con promedio de días/hombre de estancia hospitalaria en el primero y segundo internamientos.

NO. DE REGISTRO	NO. DE DIAS HOSPITALIZADO EN EL PRIMER INTERNAMIENTO	NO. DE DIAS HOSPITALIZADO EN EL SEGUNDO INTERNAMIENTO
1	20	84
2	10	33
3	49	11
4	72	80
5	30	15
6	2	2
7	21	16
8	23	26
9	12	12
10	8	15
11	32	18
12	10	39
13	17	55
14	25	31
15	8	14
16	26	91
17	25	6
18	14	29
19	15	35
20	32	67
21	28	43
22	63	31
23	9	8
24	18	32
25	28	99
TOTAL:	599	892
PROMEDIO DIAS/HOMBRE	23.96	35.68

La tabla 9 nos muestra el tiempo de hospitalizaciones en el primero y segundo internamientos, en los sujetos del Grupo I, indicándonos que el tiempo promedio de duración del primer internamiento fue de 23.96 días, incrementándose a 35.68 días en la segunda hospitalización.

TABLA 10 Lista de pacientes del Grupo I que presentaron 3 hospitalizaciones con el promedio de días/hombre fuera del hospital, entre el primero y segundo internamientos, y entre el segundo y tercer internamientos.

NO. DE REGISTRO	NO. DE DIAS FUERA DEL HOSPITAL ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO INTERNAMIENTO	NO. DE DIAS FUERA DEL HOSPITAL ENTRE EL SEGUNDO Y EL TERCER INTERNAMIENTO
1	63	55
2	65	38
5	49	16
6	51	1
8	241	20
11	72	128
13	86	22
21	72	61
23	43	21
25	68	26
TOTAL	810	388
PROMEDIO DIAS/HOMBRE	81.0	38.8

En la tabla 10 se presenta el número de días fuera del hospital antes del segundo y tercer internamiento, sólo en los sujetos del Grupo I que presentaron 3 hospitalizaciones durante el periodo de estudio; el tiempo de permanencia en el contexto socio-familiar fue de 81 días en el primer intervalo, disminuyendo a 38.8 días en el segundo.

Los resultados nos revelan que los días/hombre de estancia hospitalaria se incrementaron 11.72 días en la segunda hospitalización. Así mismo, hubo una disminución en el promedio de días/hombre fuera del hospital de 42.2 días en el segundo intervalo.

TABLA 11

Meses promedio de estancia dentro del contexto socio-familiar en relación a la variable predictor, en los sujetos del Grupo I.

No. REGISTRO	ATENCION POSTHOSPITALARIA			
	CON CONSULTA EXTERNA		SIN CONSULTA EXTERNA	
	CURSO DEL TRATAMIENTO			
	Continuo	Discontinuo	Abandono	
1				63
2				65
3				229
4				168
5				49
6				10
7				51
8	241			
9				60
10				175
11			72	
12				61
13				86
14			153	
15				107
16				42
17				100
18		209		
19				22
20		222		
21				72
22			130	
23				43
24			159	
25				68
TOTAL	241	431	514	1471
DIAS/HOMBRE	241	215.5	128.5	81.72
MESES/HOMBRE	8.03	7.18	4.28	2.72

En esta tabla se observa cómo los promedios de meses/hombre de estancia dentro del contexto socio-familiar van aumentando de 2.72 meses en los sujetos que no asistieron a consulta externa a 8.03 meses en los que presentaron un curso continuo, enfatizando la utilidad de la Atención Posthospitalaria como un elemento para controlar el reingreso.

CONCLUSIONES

De acuerdo al planteamiento del problema donde nos cuestionamos /¿Qué influencia tiene sobre el reingreso, la asistencia o la no asistencia de los pacientes psiquiátricos a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico San Fernando del Instituto Mexicano del Seguro Social?, podemos afirmar, en base a los resultados obtenidos, que la asistencia a la consulta externa sí contribuye en la disminución del reingreso de los enfermos mentales, aceptando como verdadera la Hipótesis de Trabajo.

SE ACEPTA HIPOTESIS

DE TRABAJO:

Los pacientes que asistieron a Consulta Externa después del primer internamiento, tienen menos probabilidades de reingresar al Hospital, que aquellos que no asistieron a Consulta Externa.

Se aceptó la Hipótesis de Trabajo después de depurar de la Variable Predictora (X1) Con Consulta Externa a, los pacientes que habían abandonado el tratamiento posthospitalario, asignándoles el mismo valor cuantitativo correspondiente a los pacientes que no habían asistido a consulta externa; esta transformación ayuda a valorar más objetivamente la Atención Posthospitalaria, obteniendo con ello una visión real de los efectos de la asistencia a Consulta Externa sobre el Reingreso.

La utilidad de la consulta externa como un elemento para prevenir o disminuir la probabilidad de presentación del reingreso, está determinado por la Continuidad en el Curso del

Tratamiento, ya que se observó que, de los 8 pacientes que presentaron un tratamiento continuo, sólo uno reingreso después de una permanencia de 241 días dentro de su contexto socio-familiar (sujeto B G.I). Realizamos un seguimiento de este sujeto y encontramos que, después de su segunda hospitalización, no asistió a Consulta Externa reingresando a los 20 días de haber sido dado de alta; después de esta rehospitalización asistió periódicamente a sus consultas externas, no presentando una nueva reshospitalización hasta mayo de 1984, fecha en que se le dió de alto de la Consulta Externa del Hospital y se le canalizó a la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar. Así mismo, los pacientes con diagnóstico de Psicosis Esquizofrénica que no fueron atendidos extrahospitalariamente después del primer internamiento, pero que presentaron un curso continuo después de su segunda hospitalización, al igual que en el sujeto anterior, no habían reingresado hasta Julio de 1984.

En cuanto a los pacientes con un Curso Discontinuo en su Atención Posthospitalaria, se vió aumentada la probabilidad del reingreso, ya que de los 3 sujetos, 2 reingresaron después de un promedio de 7 meses fuera del hospital. En los pacientes que iniciaron el tratamiento posthospitalario, pero que posteriormente lo abandonaron, se detectó una mayor probabilidad de reingresar; el 50% de ellos presentó una nueva hospitalización después de un promedio de 4 meses de permanencia en su habitat natural. Por lo tanto, cuando la atención posthospitalaria no evita el reingreso, si hace que los periodos dentro del contexto socio-familiar sean más prolongados.

Los hallazgos relacionados a la influencia de la continuidad de la Atención Posthospitalaria, afirman la suposición hecha por Craig y Col. (1982) donde suponían que la continuidad del sistema terapéutico de soporte podría estar relacionado a la prevención de la readmisión. Nosotros no analizamos las características de la Consulta Externa en base a las corrientes terapéuticas de los profesionales, sólo la evaluamos en función a la periodicidad de la asistencia; por lo que concluimos que no importa tanto el tipo de consulta externa que se le brinda al paciente, sino que es el hecho de que asista continuamente a sus consultas. Queremos hacer notar que esta afirmación la hacemos en base a los terapeutas del Hospital Psiquiátrico San Fernando del I.M.S.S. que dan Consulta Externa y que encarar los problemas mentales con dedicación, trabajo y responsabilidad, mostrando un interés real por ayudar a sus enfermos.

Observamos que la edad, el sexo y el diagnóstico pueden predeterminar el curso del tratamiento posthospitalario, después del primer internamiento, encontrando que los pacientes con una mayor continuidad fueron los que tenían una edad que fluctuaba entre los 31 y los 40 años, los del sexo femenino y los de diagnóstico no muy severo; y los pacientes que tendieron abandonar el tratamiento fueron los de 20 a 30 años de edad, los de sexo masculino y los de diagnóstico más severo.

COMENTARIOS

La finalidad de este apartado es hacer mención sobre diversos aspectos que se encontraron presentes dentro de la investigación, pero debido a los parámetros bajo los cuales se realizó no se incluyeron anteriormente.

Una de las situaciones que vivimos durante la recabación de la información, fué que había días en los cuales la consulta externa era muy numerosa, se veían dinámicas interpersonales muy especiales (fué una época de cambios físicos dentro del hospital). En un principio las bancas de la sala de espera se encontraban rodeandola, formando lo que se podría considerar como un semicírculo, el cual notamos, fortalecía y fomentaba las relaciones interpersonales entre los pacientes y los acompañantes, estableciéndose un ambiente social ameno y en algunos casos hasta divertido. Después se reordenaron las bancas, una detrás de otra, como en la mayoría de las salas de espera del I.M.S.S. y, curiosamente, poco a poco fué cambiando la dinámica social de las personas que asistían; por lo general los pacientes se buscaban entre sí mostrando un interés real por sus compañeros y amigos "pacientes", haciendo la convivencia un tanto cordial, no sucediendo lo mismo con los familiares o personas que los acompañaban, ya que en la mayoría de los casos buscaban hileras de bancos desocupados, o se sentaban lo más apartadamente posible de los demás, fomentándose en ellos el aislamiento y la reserva, incrementada cuando las personas enfermas presentaban a sus amigos y excompañeros de hospitalización a sus acompañantes. Todo esto lo comentamos, ya que consideramos que es un material importante e interesante que podría ser de utilidad para

posteriores investigaciones, tanto como elementos que influyen para que los pacientes asistan a las consultas, como para la paulatina y continua remisión de su enfermedad. Lamentablemente sólo podemos mencionar estos hechos y no analizarlos en función al tema que tratamos, ya que son variables que no contemplamos y no podríamos hacer inferencias en relación a los resultados que obtuvimos, pues, como lo dijimos anteriormente, sólo se trabajó con los expedientes clínicos y no llegamos a tratar directamente a los pacientes, no los conocimos, ni pudimos ver la relación entre la sociabilidad de la sala de espera, el restablecimiento de la enfermedad y el reingreso; pero creemos que tales aspectos merecen mayor atención y de ser posible la realización de una investigación experimental.

En el capítulo II, se habló de la influencia de la familia y del prejuicio en el mantenimiento de la enfermedad. También se hizo alusión a cómo varios autores recomendaban disminuir dichas influencias a partir de: terapias o cursos de capacitación para los familiares y la presentación periódica de los estímulos prejuiciados para los otros, con lo cual ahora tenemos la certeza, a partir de lo que vimos en la sala de espera, de que se ve con menos recelo y con mayor naturalidad a la Enfermedad y al Hospital Psiquiátrico, cuando existen conductas sociales que tienden a disminuir o a eliminar el prejuicio de dichas entidades, facilitando la asistencia a la Atención Posthospitalaria, y con ello a todos los beneficios que conlleva a garantizar, hasta cierto límite, la continuidad y el cumplimiento en el tratamiento medicamentoso, disminución y

control de los signos y síntomas del padecimiento, prevención y detección de recaídas en niveles menos severos, lo que podría ser traducido a estancias hospitalarias menos frecuentes y por periodos más cortos.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, Nathan W: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES, PSICODINAMISMOS DE LA VIDA FAMILIAR. Ediciones Hormé S.A.E., Biblioteca: Psicología Infantil. Vol. VI, Buenos Aires 1977 5a. edición.
- Anderson, C.M.; Meisel, S.S.; Houpt, J.L.: 'Training former patients as task-group leaders.' International Journal of Group Psychotherapy 1975 Jan. Vol: 25 (1) Pgs. 32-43.
- Angermeyer, M.C.; Schwann, D.R.: 'Personal relationship within the family and their effect on clinical course in male schizophrenic patients.' (Germ) Social Psychiatry 1982 (Jan) Vol: 17 (1) Pgs. 13 - 22.
- APPLETON'S NEW CUYAS DICTIONARY, Vol. 1, English - Spanish. Editorial Grolier Inc. 5a. Edición 1966.
- Benavides, J.T.: ENFOQUE DE LA TERAPIA EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO. Tesis inédita de Licenciatura de la U.N.A.M. 1975.
- Beutner, K.R.; Nathan, G.H. Jr.: GUIA PARA LA FAMILIA DEL ENFERMO MENTAL. Ediciones Hormé S.A.E. Buenos Aires 1964.
- Bloom, R.B.; Hopewell, L.R.: 'Psychiatric hospitalization of adolescents and successful mainstream reentry.' Exceptional Children, 1982 (Jan) Vol.48 (4) Pgs. 352-357.

- Blumenthal, R.; Kreisman, D.; O'Connor, P.: "Return to the family and its consequence for rehospitalization among recently discharged mental patients." *Psychological Medicine* 1982 (Feb), Vol: 12 (1) . Pgs. 141-147.
- Budinska, K.; Blazyova, H.; Utrata R.; Vesely, K.E.: "Causes of psychiatric rehospitalization." (Horni Berkovice Mental Home Czecho-slovakia) *Ceskoslovenská Psychiatric*. 1977 Vol. 73 (2) Pgs. 96-99.
- Buell, G.J.; Anthony, W.A.: "Demographic characteristics as predictors of recidivism and post-hospital employment." *Journal of Counseling Psychology*. 1973, Vol: 20, Pgs. 361-365.
- Compa, A.A.: LA FAMILIA, EL INTERNO Y SU HOSPITALIZACION EN LA INSTITUCION PSIQUIATRICA. Tesis inédita de Licenciatura de la U.I.A. Méx. 1980.
- Campanelli, P.C.; Lieberman, H.J.; Trujillo, M.: "Creating residential alternatives for the chronically mentally ill." *Hospital y Community Psychiatry*. 1983 (Feb.) Vol: 34 (2), Pgs. 166-167.
- Carmona, E. R.: LA ENFERMEDAD MENTAL EN MEXICO. Tesis Inédita de Licenciatura de la U.N.A.M. Méx. 1971.

Craig, J.T.; Bracken, J.: 'Recidivism and comprehensive care systems.' Comprehensive Psychiatry, 1982, Sept.-Oct., Vol: 23 (5), Pgs. 401-408.

Cook, A.D.; Skeldon, I.: 'The use of a contract admission procedure on an acute psychiatric admission ward.' British Journal of Psychiatry, 1980 May. Vol: 136, Pgs. 463-468.

Cooper, D.: LA MUERTE DE LA FAMILIA. Ed. Paidós, 1976, Buenos Aires.

Cooper, D.: LA GRAMATICA DE LA VIDA. Ed. Ariel, México 1978.

Cooper D.: PSIQUIATRIA Y ANTIPSIQUIATRIA. Ed. Paidós, Buenos Aires 1978.

Chávez H. Mo. I.: LA SOLICITUD DE AYUDA PROFESIONAL; SU RELACION CON LA ATRIBUCION DE ENFERMEDAD MENTAL Y CON EL NIVEL DE TOLERANCIA SOCIAL A LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES. Tesis inédita de Doctorado de la U.I.A., Méx. D.F. 1982.

Churchill S.R.: 'Small groups in the mental hospital.' Freepress 1974, XII, P. 515, New York.

Doring, T.: 'Conferencia sobre alternativas de la Psiquiatria en México'. Primeras Jornadas de Salud Mental en el Estado de Veracruz. Asistencia Pública. Xalapa 1982.

Elizondo H. A.; Garcia, C. B.: ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTARLOS EN UN SISTEMA INSTITUCIONAL APLICADO PARA LA REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL HOSPITALIZADO. Tesis Inédita de Licenciatura de la U.N.A.M., México D.F., 1974.

Esterson, A.: DIALECTICA DE LA LOCURA. Ed. F.C.E., Méx. D.F. 1977, Primera Edición.

Fanon, F.: LOS CONDENADOS DE LA TIERRA. Ed. F.C.E., Méx. D.F. Colección tiempo presente No. 47, Méx. 1977 5a. reimp.

Freud, S.: EL MALESTAR EN LA CULTURA (1930) Obras completas Vol: III, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1968.

Goffman, E.: INTERNADOS: ENSAYOS SOBRE LA SITUACION SOCIAL DE LOS ENFERMOS MENTALES Ed. Amarrortu, Buenos Aires, 1961.

Goldstein, J.M.; Canton, C.L.: 'The effects of the community environment on chronic psychiatric patients.' Psychological Medicine, 1983 (Feb), Vol: 13 (1), Pgs. 193-199.

Gralnick, A.: EL HOSPITAL PSQUIATRICO COMO INSTRUMENTO
TERAPEUTICO. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1974, 1a.
Edición.

Guimaraes, B.G.: REHABILITACION EN HOSPITALES PSQUIATRICOS.
Tesis inédita de Licenciatura de la U.N.A.M., Méx. 1981.

Henri Ey; P. Bernard; Ch. Brisset: TRATADO DEL PSQUIATRIA.
Ed. Toray-Masson S.A. Barcelona España 1978. Octava
Edición.

Hawat, G.J.; Kontny, L.E.: 'The outcome for discharged
nottingham long-stay in patients.' British Journal of
Psychiatry 1982 (Dec.), Vol: 141, Pgs. 590-594.

Joyce, R.P.; Khan, A.; Jones, V. A.: 'The revolving door
patient.' Comprehensive Psychiatry, 1981, Jul. Aug.,
Vol. 22 (4), Pgs. 397-403.

Kerlinger, F.N.: INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO, TECNICAS Y
METODOLOGIA. Ed. Interamericana, Méx. 1979, 2a. Edic.

Kirstein, L.: 'Rehospitalization.' Comprehensive Psychiatry,
1979, Vol.: 20, Pgs. 110-115.

Kuldau, J.M.: "Effects of a specific programme milieu with employment goals: a pilot, study." International Journal of Social Psychiatry, 1978, (Sum), Vol: 24 (2), Pgs. 104-116.

Laplanche, J.; Bertrand P.J.: DICCIONARIO DE PSICOANALISIS. Ed. Labor, Barcelona, 1979, 2a. reimpresión.

Levinson, D.J.; Gallagher, E.B.: SOCIOLOGIA DEL ENFERMO MENTAL. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1964.

Linn, M.W.; Klett, C.J.; Caffey, E.M.: "Relapse of psychiatric patients in foster care." American Journal of Psychiatry, 1982 (Jun), Vol: 139-6, Pgs. 778-783.

Mann, Leon.: ELEMENTOS DE PSICOLOGIA SOCIAL. Ed. Limusa, Méx. 1980, 7a. reimpresión.

Marsh, A.; Glick, M.; Zigler, E.: "Premorbid social competence and the revolving door phenomenon in psychiatric hospitalization." Journal of Nervous and Mental Disease, 1981, Vol: 169, Pgs. 315-319.

Morell, M.A.; Levine, M.; Perkins, D.V.: "Study of behavioral factors associated with psychiatric rehospitalization." Community Mental Health Journal., 1982 (Fal.) Vol: 18 (3) Pags. 190-199.

- Nacach, R.S.: UN PROGRAMA DE LOCALIZACION, EVALUACION Y ORIENTACION A FAMILIAS DE PACIENTES PSIQUIATRICOS. Tesis inédita de Maestría de la U.I.A., Méx. D.F., 1982.
- Olvera L.A.: HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA, SU IMPACTO EN LA FAMILIA. Tesis inédita de Licenciatura de la U.N.A.M., Méx. D.F., 1971.
- Padro C.R.: EL SINDROME DE DETERIORO (BURNOUT) EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL, CAUSAS, EFECTOS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCION. Tesis inédita de Maestría de la U.I.A., Méx. D.F., 1982.
- Peterson, R.D.; "What are the needs of chronic mental patients?" Schizophrenia Bulletin, 1982, Vol: B (4), Pgs. 610-616.
- Pryer, W.M.; Distefano K.M.; Dinning W.D.: "Client's satisfaction and rehospitalization among psychiatric patients." Psychological Reports, 1982, Vol: 50 (2), Pgs. 629-630.
- Real Academia Española. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Editorial Espasa-Calpe, S.A. Madrid 1970, 19a. edición.
- Reus, J.A.; Flores A.H.: PSICOANALISIS DEL FELICIDIO Y LA PROTESTA JUVENIL. Ed. Navaro México, Colección: Temas de Nuestro Tiempo No. 22.

- Sarnoff A.M.; Higgins J.; Kirschenbaum J.: **SICOLOGIA: EXPLORACION EN EL CAMPO DE LA CONDUCTA Y LA EXPERIENCIA.** Ed. Diana México, D.F. 1981 1a, Edición.
- Serna, Ma. T.: **ANALISIS DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL EN UNA COMUNIDAD SUBURBANA.** Tesis inédita de Doctorado de la U.I.A., México, D.F., 1982.
- Sidney Siegel: **ESTADISTICA NO PARAMETRICA APLICADA A LA CONDUCTA.** Editorial Trillas, Biblioteca Técnica de Psicología. 6a. reimpresión. México 1980.
- Stack C.L.; Lannon B.P.; Miley D.A.: 'Accuracy of clinicians expectancies for psychiatric rehospitalization.' **American Journal of Community Psychology** 1983 Vol. II (1) Pags. 99-113.
- Stanton A.H.; Schwartz M.S.: **THE MENTAL HOSPITAL.** Basic Books, New York 1952.
- Tessler R.; Mason J.H.: 'Continuity of care in delivery of mental health services.' **American Journal Psychiatry,** 1979, Vol: 136, Pags. 1297-1301.
- Vaughn, C.E.; Leff, J.P.: 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness,' **British Journal of Psychiatry,** 1976, Vol: 129, Pags. 125-137.

Vázquez S.M.E.: PROGRAMA MOTIVACION PARA EL TRABAJO PARA EL PERSONAL DE UN HOSPITAL PSIDUIATRICO. Tesis inédita de maestría de la U.I.A., Méx. D.F., 1982.

Wolff W.: INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA (1950), Ed. F.C.E. Brevario 119, México 1976, 6a. reimpresión.

Young C.R., Nysewander W.R.; Schreiber T.M.: 'Mania ratings at discharge from hospital: a follow-up.' Journal of Nervous and Mental Disease. 1982, (Oct.) Vol. 170 (10). Pags. 638-639.