

11241

2 of 6

TESINA QUE PRESENTA LA DRA. LUCIA HERNANDEZ CERVANTES
RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL CURSO DE PSIQUIATRIA.
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA Y SALUD MEN--
TAL. UNAM.

1984.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E.

- 1.- INDICE.
- 2.- PREFACIO
- 3.- ORACION TOPICA.
- 4.- JUSTIFICACION.
- 5.- MARCO TEORICO: Inicios y vicisitudes de la Psiquiatría en México.
- 6.- HOSPITAL PARCIAL EN EL MUNDO, MODALIDADES.
 - 6.1.- HOSPITAL DE DIA, DEFINICION.
- 7.- BASES TEORICAS Y PRACTICAS DEL HOSPITAL DE DIA.
 - 7.1.- De los criterios de selección de pacientes.
 - 7.2.- Organigrama, cronograma y flujograma.
 - 7.3.- Objetivos específicos.
- 8.- BASES TEORICAS Y PRACTICAS DEL HOSPITAL TRADICIONAL.
 - 8.1.- Normas de operatividad de los recursos humanos.
 - 8.2.- De los criterios de selección de pacientes.
 - 8.3.- De los procesos de seguimiento.
 - 8.4.- Horario de actividades del Hospital Tradicional.
- 9.- DESCRIPCION COMPOSICIONAL DEL SERVICIO
 - 9.1.- Recursos físicos, humanos y materiales de HD.
 - 9.2.- Recursos físicos, humanos y materiales del HT.
 - 9.3.- Promedio de pacientes que se manejan.
- 10.- METODOLOGIA.
- 11.- DESCRIPCION DE VARIABLES.
- 12.- HALLAZGOS CUANTITATIVOS Y GRAFICAS.
- 13.- ANEXOS.
- 14.- CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.
- 15.- BIBLIOGRAFIA.

P R E F A C I O.

Dado el auge que ha tenido la modalidad de Hospital -- parcial en la psiquiatría moderna, me ha interesado realizar este trabajo debido a que en México solo existe uno con estas características y que funciona dentro del Hospital -- Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, donde actualmente realizo mi práctica hospitalaria en Psiquiatría.

Ha llamado especialmente mi atención el trato que aquí recibe el paciente de parte del equipo terapéutico, cuya -- idea va mas allá de una simple relación, abarcando un trato mas humano aproximandose cada vez hacia un tratamiento centrado en pensar en beneficio del enfermo mental.

Por otro lado resulta beneficioso, como es reportado en la literatura,(1) la participación del paciente en un programa en el que no se le separe de la comunidad y de la familia, donde de alguna manera sigue jugando el roll que le -- corresponde, lo que da como resultado una mejor respuesta -- al tratamiento psiquiátrico.

ORACION TOPICA. (2)

El presente trabajo se propone realizar un análisis crítico cualitativo de los enfoques y las actividades de las modalidades de Hospital Tradicional y Hospital de Día

Aclarando de antemano que en el aspecto estadístico se llega a la tabulación de pacientes, sin hacer la comparación de universos debido al desconocimiento de algunas de las variables.

Queda abierta la posibilidad para que en trabajos posteriores se llegue a realizar el estudio, y para tal caso propondría como Hipótesis Nula: Que no hay diferencia entre el Hospital Tradicional y el Hospital de Día.

J U S T I F I C A C I O N .

La idea de realizar este estudio surge, por una parte, después de haberme dado cuenta de la atención que se brinda al ser humano que como enfermo Mental- llega al Hospital de Día.

Y por otra parte, por el interés científico ---- buscando resultados entre estas dos modalidades, -- con enfoques diferentes. Ya que el planteamiento e-- cléctico del Hospital de Día es siguiendo a Rogers - "tomando como centro al paciente en el quehacer co-- tidiano.

MARCO TEORICO.

INICIOS Y VISCICITUDES DE LA PSIQUIATRIA EN MEXICO

Me he interesado en la psiquiatría social como una postura que nos ayuda a entender la psicopatología humana como producto de la interrelación medio-ambiente e individuo.

Entre las modificaciones que ha sufrido la Psiquiatría y el Hospital Psiquiátrico Tradicional está el llamado ---- HOSPITAL DE DIA, es esta una modalidad de la que en México solo encontramos uno en la Capital de la República y que se encuentra ubicado en el Hospital Psiquiátrico para agudos - "Fray Bernardino Alvarez". Para poder especificar lo que es Hospital de Día es necesario hacer una breve reseña histórica de la Psiquiatría en México, su evolución y posteriormente describiré algunos aspectos de la estructura, organización y problemas que enfrenta la Salud Mental en este País.

México posee la tradición de ser el primer país de América donde se fundó el primer Hospital Psiquiátrico en -- 1566, por un religioso de la orden de San Hipólito, lo que concordaba con la forma de pensar de la época de la colonia, que era la de ayuda por medio de la caridad.

Bernardino Alvarez (3) llega a México por 1534 a los 20 años de edad, peleó en huestes españolas contra los chichimecas. No soportó esa vida y desertó llevando una vida vandálica y licenciosa, se embarcó hacia el Perú, se hizo rico y regresa a México e ingresa al Hospital de Jesus. En 1566 se sale y funda su propio hospital el de "San Hipólito" para convalecientes hombres, pronto se llenó de enfermos mentales y enfermos de "vejez y caduquez". Para 1568 ya había toda una red de instituciones de la misma naturaleza --

como el de Oaxtepec en Oaxaca, el de San Roque en Puebla, el de La Concepción en Xalapa, otro en Perote Veracruz, todas estas instituciones eran copias de lo que era el confina--- miento en celdas en el viejo mundo, con grandes carencias - para el enfermo mental y restricciones a su libertad como - mantenerlo sujeto y semidesnudo así como abandonado a su -- fuerte, ya que el loco no solo era repudiado y estigmatizado sino que al ser recluso perdía todos sus derechos.

A fines del siglo XVII, José Sáyago que era un humilde carpintero, funda en su propia casa un hospital llamado "de la Purísima Concepción" mejor conocido como "la canoa" dedi cado a auxiliar a mujeres dementes.

Para 1821 España suprime la orden de San Hipólito y el Hospital pasa a manos del Ayuntamiento, aunque los religio- eos seguían atendiendo a los pacientes. En 1843 la Institu- ción pasa a manos del Gobierno mexicano, época de Revolu--- ción, cambios que traen un abandono para la psiquiatría y - que dura varias décadas. Durante el porfiriato renacen nue- vas ideas de beneficencia y salubridad con ideología filan- trópica, fundándose en 1910 el nuevo Manicomio General en - lo que fuera terreno de la Hacienda "la Castañeda".

Retrocediendo un poco, recordaremos que en Europa Fue Philippe Pinel quien tuvo gran influencia en la Psiquiatría Al convertirse en el superintendente del Bicetre y La Salpê triere (hospitales para enfermos mentales masculinos y fema- ninos respectivamente), libera a los enfermos de las cadenas que los sujetaban. A partir de entonces se inicia un conti- nuo evolucionar de la Psiquiatría, que aunque lentamente, - progresó a lo que se ha llamado las cuatro revoluciones Psi

quiátricas cuyos representantes son: Pinel, Freud, Delay y Deniker respectivamente. Llegaron a grandes modificaciones ideológicas para enfrentar el dilema del enfermo mental y su padecimiento.

Al finalizar la segunda guerra mundial, un movimiento en varios países llamado "psiquiatría de la Comunidad" se inicia, y tiene importantes aspectos a considerar, como: La transformación de los Hospitales Psiquiátricos creando en ellos el ambiente terapéutico. Un incremento de camas psiquiátricas en Hospitales generales; creación de nuevos servicios de emergencia y hospitalización parcial. Organización de los centros de salud mental comunitaria y de talleres protegidos, e integración de los programas de Salud Mental a los de Salud Pública, entre otros.

A México llegan estas ideas, en donde después de un prolongado estancamiento con deficiencias en todos los aspectos de la atención del enfermo mental, pues el manicomio que había sido planeado para atender a 1000 enfermos, ahora ocupado por 3000, se hizo inoperante. Era necesaria una reforma tanto en instalaciones como en la atención Médico-Psiquiátrica. Por fin se realiza esto en 1968, con la inauguración del Hospital Psiquiátrico para agudos "Fray Bernardino Alvarez", seguida de lo que se llamó "operación Castañeda" que consistió en la instalación de once hospitales campestres en el Valle de México, Sonora, Tabasco y Oaxaca; incluyendo uno para atención psiquiátrica infantil ubicado en el Distrito Federal.

Contemplamos años más tarde que a pesar de los esfuerzos realizados y el auge que ha tenido en México la formación de hospitales y el programa de Salud mental, la atención

ha vuelto a caer en la forma tradicional de tipo asilar. El porque pienso que ha vuelto a ser de tipo asilar es tema de otro trabajo.

HOSPITAL PARCIAL EN EL MUNDO, MODALIDADES.

La modalidad de Hospital Parcial ha existido desde hace varias décadas, está íntimamente ligado a una práctica médico-psiquiátrica tendiente a mejorar situaciones a las que se enfrenta la Psiquiatría tradicional, buscando solucionar problemas actuales.

Entre los pioneros de esta modalidad encontramos a Dzhagarov, que el primero en establecer un Hospital de día que es una modalidad del Hospital Parcial, esto fué en Moscú y estaba asociado a un Hospital de tipo tradicional. (4) Después J.M. Wondal en 1935 en Boston atendía a pacientes psiconeuróticos en una institución similar. A Inglaterra llegó la modalidad en 1938, en Canadá en 1946 y en Cuba se estableció en 1962, posteriormente varios países han fomentado esta modalidad con el fin de buscar alternativas que satisfagan a una población cada vez más numerosa que reclama y merece mejor atención, además considerando el costo, este se disminuye considerablemente.

Existen diversas formas de enfoque en cuanto al tiempo y estancia del paciente en el hospital, habiendo los llamados HOSPITAL DE DIA, HOSPITAL DE CUIDADOS DE FIN DE SEMANA, HOSPITAL DE CUIDADOS NOCTURNOS y ATENCION HOSPITALARIA POR LAS TARDES y/o FIN DE SEMANA.

Otra división es en cuanto a la ESPECIALIZACION o No ESPECIALIZACION (5). Especializados son aquellos a los que ingresan pacientes con misma sintomatología y diagnóstico, por grupos de edad, y a veces se especializan aun más por la evolución del padecimiento, estado actual, etc.; la Hospitalización no especializada es aquella en donde se permite el ingreso a todo enfermo mental sin importar cual sea la enfermedad

Según la Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, la hospitalización parcial garantiza una atención mas integral del paciente en el segundo nivel de atención (6), de esta manera se mantiene el contacto con el micromedio familiar y por ende tendiente a una resocialización.

DEFINICION.

Bennett define al Hospital Parcial como: Un programa en el cual una parte del tratamiento esta disponible en el Hospital psiquiatrico, y lo diferencia de un Centro de Día, -- del cual especifica: Un centro de Día es independiente del Hospital y provee servicios ocupacionales y sociales, bajo supervisión médica (7)

Por su parte Marvin I. Hertz describe como operativa las siguientes definiciones (9):

HOSPITALIZACION DIURNA: Programa de tratamiento psiquiátrico estructurado, al que los pacientes acuden cinco días a la semana y con un horario previamente establecido. Generalmente se les sirve la comida del medio día, habiendo desayunado en casa para regresar a tomar el último alimento.

HOSPITALIZACION NOCTURNA: Los pacientes suelen trabajar o ir a la escuela y vuelven al Hospital para la cena y pernoctar. Participan en actividades que tienen lugar después de la cena y antes de dormir.

ATENCION HOSPITALARIA POR LAS TARDES Y DURANTE LOS FINES DE SEMANA: Los pacientes desempeñan sus actividades en el trabajo o en la escuela y vuelven al Hospital por verse a programas de tratamiento por las tardes o durante los fines de semana.

BASES TEORICAS Y PRACTICAS DEL HOSPITAL DE DIA.

El Hospital de Día se encuentra ubicado en un ala de la planta baja del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", empezó a funcionar en 1979 con la idea de que funcionaría "como uno de los mas importantes y modernas de la Psiquiatría" (10), atendería aproximadamente a 60 pacientes de bajos recursos económicos filtrados a través de la Consulta Externa del Hospital. Hasta donde se sabe hubo poco impulso al programa y el número de pacientes fué disminuyendo hasta casi desaparecer en 1982, sin embargo, en 1982 en julio, recibió nuevo enfoque cobrando nuevo auge con nuevas instalaciones e iniciándose un trabajo de equipo multidisciplinario que será descrito aquí.

Este Hospital de día es del tipo especializado, ya que como veremos en el criterio de inclusión de pacientes tiene estas características.

El área que ocupa el Hospital de Día (HD) es de aproximadamente 100m², y la comparte con el servicio de Terapia Ocupacional la cual da servicio a todo el Hospital.

En 1983 el servicio contaba con personal médico y paramédico como sigue; dos médicos, una enfermera, una rehabilitadora, un psicólogo, una trabajadora social, una secretaria y una persona de intendencia. Se pensaba en esa época - dar atención a 50-60 pacientes de manera integral en un tipo de organización multidisciplinaria.

Partían del punto de vista de que "se estaba actuando de buena Fé", presuponiéndose también "un sentido común" como lo entiende Althusser. En este sentido los terapeutas son los que saben que es lo mejor para el paciente; ya que se trata

de una organización inter e intradisciplinaria, se plantea que el tratamiento sea de un eclecticismo integrado a las necesidades del paciente, se hace, como Rogers lo especifica, al paciente como centro de la atención.

Con el fin de lograr la organización mencionada se trató de delimitar las funciones de los recursos humanos, sin embargo, por las características del servicio era difícil, las sesiones de trabajo que se realizaban algunas veces terminaban en polémicas ideológicas.

Se planeó una forma de expedientes en las que se reflejaran las diversas actividades de las disciplinas, lo cual hasta la fecha no se ha llevado a cabo, lo mismo sucedió -- con la investigación que se planeaba como "clínica de la Cefalea" en la cual se establecería un tratamiento conductual paralelo al de bio-retro-alimentación, el tratamiento paralelo consistía en el subchoque insulínico con técnicas del cuidado maternalista (Mothering).

Se trató de redefinir el papel de la enfermera psiquiátrica para esta modalidad, la cual resulta de gran valía en la organización del medio ambiente terapéutico como concentradora del trabajo de todo el equipo. Pero que se encuentra recargada de trabajo, hasta el momento de realizar el presente estudio aun no se había realizado este objetivo.

Por otro lado se tenía planeado unificar esfuerzos para la rehabilitación del enfermo, iniciándose a practicar con el servicio de Terapia Ocupacional, sin que se lograra integrar el taller de Carpintería, y hasta la fecha solo se encuentran funcionando en equipo los talleres de tapeter, pirograbado y costura; no logrando uniformar criterios con los maestros de dichos talleres.

La trabajadora social es la encargada de establecer relaciones con la familia y públicas, contactos con el fin de tener sitios adecuados para los pacientes que estén en condiciones de trabajar.

El seguimiento del paciente se ha establecido como mínimo de dos años después de haber sido dado de alta, con dos objetivos: uno la necesidad de seguir a un paciente crónico, y el otro, el de comparar datos de estos pacientes y poder establecer estadísticas.

En el aspecto académico se pensaba en el estudio experimental ya mencionado, además del entrenamiento para alumnos orientados hacia la medicina comunitaria.

CRITERIOS DE SELECCION DE PACIENTES.(11)

- 1) Solo se aceptan aquellos pacientes que sepan leer y escribir.
- 2) De preferencia se aceptan pacientes que hayan salido de su primer brote psicótico (que algunas veces equivale a su primer ingreso).
- 3) Solo se aceptan pacientes que en una ocasión hayan salido de permiso y regresado por su voluntad al Hospital.
- 4) Por carecer de medios de sujeción, no se aceptan pacientes de los que se sepa hayan presentado actos dirigidos de agresión.
- 5) Se aceptan ambos sexos, entre los 18 a los 40 años de edad
- 6) Se requiere de la participación de familiares responsables, que estén dispuestos a aceptar las normas del servicio.

- 7) No se aceptan pacientes con diagnóstico de psicopatía, d daño orgánico cerebral considerable, demencias, retrasados mentales o trastornos físicos incapacitantes.
- 8) Del punto anterior, se infiere, que solo se aceptan Es--quizofrenicos, cuyo diagnóstico esta basado en el DSMIII en el que se especifica que como mínimo debe haber pre--sentado el paciente un síntoma de los siguientes, en alguna fase de la enfermedad:
- a) Ideas delirantes extrañas (con contenido claramente ab--surdo) de algunas como: control o difusión del pensamien--to, robo o imposición.
 - b) Ideas delirantes somáticas o de grandeza, religiosas, --nihilistas, persecución, celos u otras, sin que se acom--pañen de alucinaciones.
 - c) Alucinaciones auditivas en las que las voces comentan --los pensamientos o la conducta del sujeto, o las voces --conversan entre si.
 - d) Alucinaciones auditivas que en ocasiones contienen mas --de una o dos palabras sin relación con la depresión o la euforia.
 - e) Incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa pensamiento ilógico notable, o notable pobreza del conte--nido del lenguaje si se acompaña de uno de los siguien--tes: 1) Afectividad embotada, aplanada o inapropiada; 2) --Ideas delirantes o alucinaciones; 3) Conducta catatónica o gravemente desorganizada.
- Deterioro del nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales o del cuidado personal.
 - Una duración de signos continuos de enfermedad durante

6 meses como mínimo a lo largo de la vida del sujeto, y con algún signo en la actualidad o con síntomas prodrómicos o residuales.

- Inicio de la fase prodrómica o de la fase activa antes de los 45 años
- Todo ello no debido a ningún otro trastorno mental orgánico o retraso mental.

ORGANIGRAMA, FLUJOGRAMA y CRONOGRAMA.

- a) La jefatura del Hospital de Día depende de la dirección médica del Hospital Psiquiátrico, en esta jefatura hay - ingerencia de otros departamentos.
- b) De los servicios que hay en HD, algunos dependen directamente de otros departamentos y las personas que laboran aquí deben compartir su tiempo con aquellos departamentos.
- c) Las relaciones dentro del HD están fijadas por el concepto de interdisciplinarias, entendiendo el paciente como - centro.
- d) La idea es que el paciente sienta el ambiente terapéutico desde que cruza el umbral de la puerta del Hospital.
- e) El concepto de "cama hospital" se ha substituído por el de "ambiente", donde se tratan de desarrollar relaciones interpersonales.
- f) Se propone el tratamiento familiar con igual énfasis que el individual. Ya que la familia es igualmente responsable del tratamiento.
- g) Dado que el paciente se está preparando y modificando para una adaptación mejor, es necesario mantener contactos y controles permanentes en la comunidad para utilizarlos

después del externamiento del paciente.

- h) La responsabilidad es compartida entre el equipo intradisciplinario, el paciente y la familia; no hay restricción y hay libertades (a diferencia del Hospital tradicional) Los integrantes funcionan en forma integrada, anticipándose a prevenir riesgos calculados que ocurren, y cada uno de ellos tiene objetivos específicos delimitados.
- i) Debe existir flujo de pacientes entre los demás servicios del hospital que deriven pacientes a este servicio.
- j) A los enfermos que viven fuera del D.F. al egresar se les informa en la necesidad de continuar el tratamiento en "seguimiento".
- k) Se han programado actividades diarias para el enfermo -- desde las 8:30 a las 14:30 horas, que es su estancia en el servicio y que es un horario que deberán respetar y cumplir.
- l) Se lleva un registro diariamente en cada una de las actividades para saber de la evolución del paciente, en las que se incluyen el desenvolvimiento de la vida cotidiana del enfermo.
- ll) Se informa mensualmente a la dirección del Hospital de los resultados obtenidos.

HORARIO DE ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL DE DIA.

Lunes	8:30 a 9:15 hrs	Café y lectura del periódico.
	9:15 a 9:30 hrs	Toma de medicamento.
	9:30 a 10:30 hrs	Lectura Nivel I y Nivel II
	10:30 a 12:00 hrs	Taller de Terapia Ocupacional.
	12:00 a 13:00 hrs	Deportes

	13:00 a	13:30 hre	Comida
	13:30 a	14:00 hre	Toma de Medicamento
Martes	8:30 a	9:15 hre	Café y lectura del periódico
	9:15 a	9:30 hre	Medicamento
	9:30 a	10:30 hre	Dibujo
	10:30 a	12:00 hre	Taller de Terapia Ocupacional
	12:00 a	13:00 hre	Juego de mesa
	13:00 a	13:30 hre	Comida
	13:30 a	14:00 hre	Medicamento
Miercoles	8:30 a	9:15 hre	Café y lectura del periódico
	9:15 a	9:30 hre	Medicamento
	9:30 a	10:30 hre	Psicoterapia Nivel I; Lectura Nivel II
	10:30 a	12:00 hre	Taller de Terapia Ocupacional
	12:00 a	13:00 hre	Nitin
	13:00 a	13:30 hre	Comida
	13:30 a	14:00 hre	Medicamento
Jueves	8:30 a	9:15 hre	Café y lectura del periódico
	9:15 a	9:30 hre	Medicamento
	9:30 a	10:30 hre	Psicoterapia Nivel II; Lectura Nivel I.
	10:30 a	12:00 hre	Taller de Terapia ocupacional
	12:00 a	13:00 hre	Juego de mesa
	13:00 a	13:30 hre	Comida
	13:30 a	14:00 hre	Medicamento
Viernes	8:30 a	9:15 hre	Café y lectura del periódico
	9:15 a	9:30 hre	Medicamento
	9:30 a	10:30 hre	Musicoterapia
	10:30 a	12:00 hre	Taller de Terapia ocupacional
	12:00 a	13:00 hre	Deportes
	13:00 a	13:30 hre	Comida

13:30 a 14:00 Medicamento.

Como se puede observar se ha dividido las actividades por horario, en las que todo el grupo participa y hay otras en las que el grupo está dividido en primer y segundo nivel. En el primer de lectura se incluyen a pacientes que tienen cierta dificultad para la lectura o para la interpretación de la misma, les cuesta trabajo mantener la atención y por lo tanto la memoria y la comprensión de dicha lectura seran muy bajas. Los de nivel II han alcanzado mejor rendimiento en dicha labor.

En Psicoterapia sucede lo mismo con la división de los pacientes en dos grupos, de acuerdo a criterios terapéuticos y según el avance que muestre el paciente.

En cuanto a los talleres de Terapia ocupacional, los pacientes de recién ingreso se inician en el taller de tapetes y posteriormente conforme el paciente muestre interés y aptitudes pasará al de costura, pirograbado o carpintería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA JEFATURA.

- Asesorar al Terapeuta en su trabajo diario.
- Colaborar con el terapeuta en la modificación de variables terapéuticas cuando sea necesario.
- Establecer relaciones administrativas.
- Coordinar y participar en el equipo multidisciplinario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL MEDICO TRATANTE.

- Influir en la remisión del padecimiento médico-psiquiátrico por medio de elementos biológicos, psicológicos y sociales

- Coordinarse y participar en las actividades del equipo multidisciplinario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE ATENCION.

- Asistir al paciente durante su estancia en el servicio, en cuanto a actividades de su competencia y participar en su apoyo en las actividades cotidianas con el resto del equipo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS EN PSICOLOGIA.

- Brindar al paciente pautas de conducta y vías diferentes de comunicación, que le permitan una mejor adaptación dentro de su medio ambiente.
- Evaluar capacidades y habilidades por medio del examen psicométrico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE REHABILITACION.

- Promover en el enfermo mental la resocialización, para lograr su reincorporación al grupo social al cual pertenece a través de diferentes actividades socio-recreativas y culturales, intra y extrahospitalarias.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE TRABAJO SOCIAL.

- Realizar las actividades en las que se requiere de una observación atenta de cada una de las acciones y el desenvolvimiento de estas, como son: escolar, familiar, laboral, empleando para ello todos los recursos disponibles; tratando de estimularlos de la mejor manera para alcanzar los propósitos deseados, obteniendo con ello el bienestar social de los pacientes.

OBJETIVOS DEL PERSONAL DE INTENDENCIA.

- Mantener el área de HD en condiciones necesarias de Higiene.

BASES TEORICAS Y PRACTICAS DEL HOSPITAL TRADICIONAL.

PROGRAMA DE HOSPITALIZACION ESPECIALIZADA.

Las unidades dependientes de la Dirección General de Salud Mental operan con diversos modelos de asistencia determinados principalmente por la patología y condición social de la población que en ellas recibe atención. Como es la atención de enfermos agudos, subagudos, crónicos en rehabilitación o de albergue. Las actividades quedan incluidas dentro del programa de Hospitalización especializada cuya unidad de medida es el número de días de estancia hospitalaria. y al final el egreso de la unidad.

Las Unidades Hospitalarias funcionan prestando servicios de la siguiente manera:

1) UNIDADES PARA LA ASISTENCIA DEL ENFERMO MENTAL AGUDO:

- a) De breve estancia, que corresponde a un período no mayor de 15 días; b) De corta estancia, será un período no mayor de 30 días; y, c) para enfermos subagudos, -- que corresponden a un período entre 30 y 90 días.

2) UNIDADES PARA LA ASISTENCIA DE ENFERMOS CRONICOS EN REHABILITACION:

Con un período de estancia entre 90 y 180 días.

3) UNIDADES PARA LA ASISTENCIA DE ENFERMOS CRONICOS EN REHABILITACION:

con un período de tiempo indefinido de estancia y cuya duración se determinará de acuerdo a la evolución del propio enfermo (12)

De acuerdo a lo expuesto situamos al Hospital psiquiátrico en el número uno de los tres subincisos. Sin embargo,

esta apreciación resulta difusa por el hecho de encontrar - pacientes que duran mucho mas tiempo del especificado aquí, y por lo menos en un caso en el que se encuentra un paciente cuya estancia es solo en el día por la mañana y que recibe salario del Hospital.

NORMAS DE OPERATIVIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS

- 1) La norma de operatividad de recursos Médicos, que dice: - el médico debiera de ajustarse a la siguiente prescripción
 - a) El enfermo catalogado como ingreso: 1 hrs. de tiempo.
 - b) El enfermo catalogado como subsecuentes: 30 minutos
- 2) El enfermo agudo será consultado diariamente.
- 3) El enfermo subagudo será consultado en períodos no mayor de una semana.
- 4) El enfermo crónico en rehabilitación será evaluado cada dos semanas.
- 5) El enfermo de albergue con sintomatología estable será - evaluado cada mes.
- 6) Cualquier intercurrencia será motivo de revisión médica.

NORMAS DE OPERATIVIDAD DEL RECURSO HUMANO DE PSICOLOGIA

- 1) Procedimientos diagnósticos: Evaluación psicométrica y de personalidad, 5 horas en total incluyendo en las mismas la interpretación y la elaboración del reporte correspondiente. A esta actividad se le destinará el 50% del tiempo de la jornada laboral.
- 2) Procedimientos terapéuticos: elaboración del programa de autocuidado y trabajo grupal con objetivos de resocialización del enfermo.
- 3) Participación como terapeuta auxiliar en labores de psi-

coterapia grupal y familiar. A estas actividades deberá dedicarse el resto del tiempo de la jornada laboral.

Las normas de OPERATIVIDAD DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL y TERAPEUTAS OCUPACIONALES menciona el comunicado que serán establecidas por el equipo de supervisión de las oficinas centrales de la Dirección General de Salud mental.

No se encontró ningún programa a este respecto en cuanto a normas de operatividad.

DE LOS CRITERIOS DE SELECCION DE PACIENTES.

Se encontró que en cuanto a los trasladados de otra clínica de SSA, PEMEX, ISSSTE (estos dos últimos servicios subrogados), hay una serie de reglamentaciones en cuanto a requisitos que deben llenarse, tales como: traer la hoja de traslado totalmente llena con los requisitos del paciente. Traer familiar responsable acompañante, en el caso de los subrogados traer constancia de sus respectivas dependencias.

Pero el criterio para todos los casos de internamiento será a pacientes adultos mayores de 18 años, y por la evaluación médica que se haga en el Hospital (en el servicio de urgencias), del estado actual del paciente. Si este presenta un problema grave que cause transtorno en su medio ambiente y que represente peligro para los demás o para él mismo como intento de suicidio, agresividad, destructividad, debido al transtorno mental, será internado.

En el caso de necesitar tratamiento psiquiátrico, pero que no reúna los puntos señalados anteriormente, será consultado y tratado ambulatoriamente, llevando tratamiento y pautas de comportamiento dadas por el terapeuta, a su domicilio.

El paciente internado será evaluado al siguiente día por el terapeuta; si es necesaria su estancia dentro del hospital, se quedará. De lo contrario será remitido a la clínica de la cual procedía, o a su domicilio con indicaciones precisas. El enfermo que se envía a otro servicio deberá acompañarse de la nota médica en la que conste la Evolución, los estudios que se practicaron, el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos.

En cuanto a la transferencia de enfermos específica: a las unidades para la atención de enfermos agudos serán referidos aquellos enfermos catalogados como casos nuevos en el área de la Salud Mental (12)

DE LOS PROCESOS DE SEGUIMIENTO

Todo enfermo al ser dado de alta de la Unidad deberá estar enterado junto con sus familiares de los procedimientos de utilidad en su proceso terapéutico.

El Departamento de Trabajo Social deberá asegurar el correcto entendimiento acerca del día y la hora de la próxima cita de control psiquiátrico.

Se proporcionará la información pertinente acerca del servicio de Psiquiatría más cercano a su domicilio, para que acuda en caso de urgencia.

Cuando un enfermo no acuda a su cita correspondiente el Depto. de T.S. deberá investigar el caso y reportar lo pertinente a la dirección de la misma.

Los procesos de seguimiento podrán llevarse a cabo a través de la entrevista en la consulta externa o la visita

domiciliaria por el personal de Trabajo Social y Enfermería cuando el caso así lo requiera.

Al ser dado de alta del servicio de hospitalización, todo enfermo, será consultado como mínimo cada 15 días los primeros tres meses, después de su egreso y cada mes los siguientes tres meses.

Al concluir el proceso anterior se enviará un informe médico al servicio de psiquiatría mas cercano al domicilio del enfermo en el que se hará constar el motivo de ingreso el diagnóstico y la evolución, terapeutica y recomendaciones respecto a la asistencia en forma ambulatoria

No se encontró otra comunicación acerca de los criterios de internamientos, pero se entrevistó al jefe de la Consulta Externa del hospital, el cual explicó acerca de los criterios médicos basados desde luego, en lo que se describe en varios textos de Psiquiatría como emergencias psiquiátricas y con el criterio de un profesional en la materia con pleno uso de razón y ética profesional, y en la que no intervendrán motivaciones personales o presiones de la familia.

EXISTEN OTROS TIPOS DE INTERNAMIENTOS: cuando se trata de indigentes, sin familiar responsable que no tienen donde vivir, se internan solo por corta estancia para custodia, alimentación y albergue hasta encontrar un lugar adecuado para ellos al cual se le trasladará.

HORARIO DE ACTIVIDADES DE HT

Encontramos diferencias en la forma de dividir las actividades del Hd y esta modalidad.

Practicamente las actividades de HT se inician a las 7 de la mañana, a partir de la llegada del personal de enfermería del primer turno.

El baño diario es obligatorio, con cambio de ropa e inmediatamente se continua con la administración del medicamento, de lo cual se encarga el personal de enfermería vigilando cuidadosamente pues es comun en estos enfermos agudos el desinterés por el aseo y arreglo personal y la tendencia a evitar la ingesta del medicamento.

Le sigue como actividad la toma del primer alimento. Algunos pacientes inmediatamente después de las comidas intentan lavarse los dientes y las manos, otros por costumbre no lo hacen. Otros cuyo estado de salud les permite, establecen buena relación con el personal a quienes ayudan en las labores de aseo, lavado de utensilios de cocina, y el resto permanecen inactivos durante aproximadamente una hora.

A las 10 de la mañana, a los pacientes que les ha sido autorizada la salida de la sección por el medico tratante, bajan y a sea al jardin o a terapia ocupacional, sin que para esto medie el acuerdo entre terapeuta y maestros de esta actividad y la ocupación que se les asigna es a criterio unicamente del maestro del taller. A su regreso a las 12 del día esperan la hora de la comida que se sirve entre las 12 y 13 hrs o a veces hasta las 14 hrs, el lapso que hay de tiempo se aprovecha para la administración del medicamento.

Entre las actividades ya descritas se establecen las entrevistas psiquiátricas por el medico tratante. Tiene -- prioridad los enfermos de recién ingreso, realizandose despues de la entrevista (que muchas de las veces es en conjunto entre residentes y medicos adscritos), la Historia Clinica y se dan las indicaciones pertinentes. Aquellos pacientes que se encuentren con padecimientos agudos o graves también son entrevistados diariamente en el orden que el - terapeuta considere conveniente.

Es en verdad raro encontrar equipos terapéuticos, y mas bien la psicoterapia, entrevistas, entrevistas psicologicas y de terapia ocupacional se llevan a cabo en forma - individual.

El departamento de psicología de los pisos solo se - encarga en la mayoría de los casos de realizar psicometría y otros estudios que el terapeuta solicita a su criterio e interviene en raras ocasiones en el plan terapéutico de los pacientes.

Por otro lado se debe establecer que el tipo de pacientes que ingresan a este tipo de Hospital padecen enfermedad mental aguda o crisis que ponen en peligro su vida - por lo no son autosuficientes o bien son incapaces de tomar decisiones, por lo que se requiere de un servicio con personal capacitado para un estrecho cuidado y vigilancia con el fin de evitar eventualidades que pudieran sucederse.

Debo especificar que a partir de las 14 hrs , practicamente el enfermo queda inactivo hasta las 18 hrs en que llega la ultima comida del dia, y posteriormente nueva inactividad hasta la hora de ir a la cama que es entre las 19 a 20 hrs.

DESCRIPCIÓN COMPOSICIONAL DEL SERVICIO HD.

RECURSOS FÍSICOS.

El área del HD cuenta con una superficie de aproximadamente 100 metros cuadrados divididos en ocho salones, -- algunos salones ocupados por Terapia ocupacional y que en algunas horas pueden ser ocupados por pacientes que acuden a HD, lo mismo que el primer salón es compartido por pacientes de HD y HT.

El pasillo de aproximadamente 2 m. de ancho, y los baños en número de dos para ser utilizados colectivamente para todos los pacientes tanto de HT como de HD.

RECURSOS HUMANOS.

(1983).

1 JEFE DEL SERVICIO	0 PSICOLOGIA
0 MEDICO ADSCRITO	0 TRABAJO SOCIAL PSIQUIAT.
1 MEDICO RESIDENTE IV	1 TRABAJO SOCIAL
0 ENFERMERA PSIQUIAT.	1 REHABILITADORA
0 ENFERMERA GENERAL	1 SECRETARIA
1 AUXILIAR DE ENFERM.	1 INTENDENCIA.

NOTA: Para octubre de 1984 solo se contaba con el Jefe del servicio, la Trabajadora Social, la Rehabilitadora, la Auxiliar de enfermería y una persona de intendencia. Es así como se encuentra funcionando actualmente.

RECURSOS MATERIALES.

- 5 Escritorios.
- 1 Silla escritorio.
- 1 Mesa de madera para sala de juntas.
- 2 sillones giratorios.
- 2 Mesas metálicas para exploración.
- 9 Sillones fijos con patas tubulares.
- 2 Pizarrones.
- 5 Archiveros metálicos.
- 20 Sillas meabancos.
- 1 Mesa para curaciones.
- 1 Mostrador de madera.
- 2 Gabinetes metálicos.
- 6 Mesas cubierta formica.
- 30 Sillas con patas tubulares.
- 1 Vitrina metálica para medicamentos.
- 1 Carro termo para transporte de alimentos.
- 3 Sillones de un asiento.
- 1 Sillon de tres asientos.
- 5 Máquinas de escribir.
- 2 Carros porta-expedientes.
- 1 Carro portamedicamentos.
- 36 Vasitos graduados para medicamentos.
- 1 Bote toruñero
- 1 Cesto para basura.
- 1 Engrapadora.
- 1 Sacapuntas.
- 1 Extinguidor.
- 5 Percheros.

- 1 Mesa de mayo
- 1 Báscula descompuesta.
- 30 Platos hondos.
- 30 Cucharas.

DESCRIPCIÓN COMPOSICIONAL DEL SERVICIO DE HT.

RECURSOS FÍSICOS.

El área ocupada por una sección de un piso del HT es prácticamente la misma que la descrita para HD, sin embargo, encontramos diferencias significativas en cuanto a distribución del servicio.

La Jefatura del Servicio se encuentra fuera del área donde se encuentran los pacientes, sin que estos tengan acceso fácil a la Jefatura ya que les divide la puerta de entrada, cerrada permanentemente con llave que solo posee el personal que labora. En dicha Jefatura permanecen el Jefe del Servicio y la Secretaria.

En la cámara de Gesell, contigua a la jefatura, se encuentra el servicio de Psicología. Frente a la Cámara se encuentra una sala para entrevistas a familiares, y que se halla separada de aquella por el pasillo intermedio, esta sala de entrevistas es en algunos pisos es la oficina de Trabajo Social, otras veces dicho departamento se encuentra asociado al de la secretaria, a través de un pasillo hay acceso a las dos secciones situadas a derecha y a la izquierda de los servicios ya mencionados. Las secciones están divididas para albergar a los pacientes por sexos.

Al entrar a una sección aparece un pasillo a todo lo largo de la sección que la divide en dos, teniendo así dos partes donde por un lado se ubican dos consultorios provistos de baño de regadera y servicio sanitario.

Se continúan los dormitorios de los enfermos y ocupados por las camas que en general son fijas al piso. En total son 13 dormitorios.

Del otro lado del pasillo ya mencionado se encuentra un espacio de el área ocupado por las mesas y sillas del comedor, y en seguida tres consultorios médicos, un cuarto de curaciones, un cuarto para utensilios de aseo, un sanitario, la estancia de enfermería, un sanitario provisto de baño con regadera para personal de enfermería, un cuarto - utilizado como pequeña bodega del servicio.

Posterior a lo mencionado, le siguen los sanitarios y los baños de los pacientes. Además de dos cuartos de aislamiento para pacientes que lo ameriten, sin embargo se encuentran en mal estado de mantenimiento y sus instalaciones semidestruidas.

RECURSOS HUMANOS DE UNA SOLA SECCION.

- 1 Jefe del servicio.
- 2 Médicos adscritos.
- 2 Médicos adscritos a la sección como residentes I.
- 0 Enfermera psiquiátrica.
- 0 Enfermera General.
- 1 Auxiliar de enfermera encargada del servicio.
- 10 Auxiliares de enfermería (distribuidas en los 3 turnos)
- 1 Psicólogo.
- 0 Trabajador social psiquiátrico.
- 1 Trabajadora social
- 0 Rehabilitadora.
- 1 Secretaria.
- 2 Intendencia.

NOTA: No todos los servicios de esta naturaleza cuentan con el mismo personal, llegando a contar con más de 10

que aquí se describe.

Ejemplo de esto, sería el sexto piso seccion hombres donde se cuenta con 3 médicos adscritos, o el tercero y cuarto piso donde se cuenta con el auxilio de residentes de la Universidad que ahí hacen sus prácticas e influyen con su presencia en el tratamiento del paciente.

Hay un piso donde se cuenta con rehabilitadora cuyo - trabajo es pobre ya que recibe poco impulso.

En cuanto al personal de enfermería se encuentran distribuidos de la siguiente manera: cuatro auxiliares en la mañana, dos por la tarde y el turno nocturno en forma alternada de ellos cada noche. No existen en el Hospital enfermeras psiquiátricas o enfermeras generales. Los domingos y los días festivos son cubiertos por personal especial para dichos días.

RECURSOS MATERIALES.

- 7 Jaboneras cromadas c/válvula de succión.
- 3 Mesas para exploración metálicas y forradas de plástico.
- 2 Lámparas de chicote.
- 5 sillas de aluminio forradas tipo clínico.
- 2 Sillones de madera p/escritorio.
- 5 percheros de madera.
- 6 Escritorios metálicos.
- 4 Máquinas de escribir marca Olivetti.
- 6 Porta-toallas metálico
- 3 Vitrinas metálicas para instrumental.
- 1 Mesa de mayo.
- 1 Banco cromado metálico giratorio
- 3 Tripies portaeueros.

- 1 Escritorio y silla de laminas.
- 1 Escritorio con base de aluminio.
- 1 Escritorio telefonico.
- 2 Extinguidor a base de agua con capacidad de 10 lts.
- 2 Carteras correspondientes.
- 1 Cartera porta vasos con charola.
- 1 Mostrador de madera con cubierta formica.
- 2 Anaqueles metálicos desmontables.
- 2 Lámparas de sobrecorner.
- 4 Espejos con marco de aluminio.
- 4 Botes metálicos con tapa.
- 2 Mesas c/cubierta de Lámina c/tarja, c/llave cuello de dano.
- 1 Repiza de acero.
- 1 Silla de ruedas.
- 3 Cestos metalicos
- 50 Burós metálicos fijos al piso.
- 50 Camas metálicas c/colchón fije al piso.
- 13 Mesas tubulares c/cubierta formica rectangulares.
- 52 Sillas tubulares c/asiento de lámina.
- 1 Tijera punta roma.
- 1 Etuche de diagnóstico.
- 1 Bahumanometro metalico barra de mercurio.
- 1 Estetoscopio,
- 1 Martillo de reflejos.

PROMEDIO DE PACIENTES QUE SE MANEJAN.

El programa de HD aun funciona como programa piloto y en función de los recursos físicos y humanos se ha fijado en 27 ± 3 la cantidad de pacientes que se manejan.

El promedio que se maneja en cada sección del Hospital Tradicional, en número de pacientes al mes fué de 29 - mas menos 11.

Esto último señalando que se trata de dos secciones por piso (aunque en el 5o. piso solo hay una sección), y --- que existen 6 pisos equipados de la misma forma como se especifica en los recursos con que cuentan.

METODOLOGIA.

Dado que el número de pacientes de HD es menor, se tomaron en cuenta este número y los criterios de selección sobre el diagnóstico, para estudiar a los pacientes de HT.

Para ello se procedió a solicitar el permiso correspondiente mediante memorandum a la subdirección del Hospital y poder reunir la información primero por medio de los expedientes que se encuentran en el archivo clínico.

Se buscaron primero todos los expedientes de pacientes que hubieran ingresado al Hospital entre mayo de 1983 a mayo de 1984. Del total de expedientes se seleccionaron al azar 34 de ellos para ser estudiados.

Se procedió a obtener la información correspondiente a las variables que mas adelante enumero y describo.

En cuanto a por pacientes que radican en el D.F. fué necesario obtener cita telefonicamente con el familiar responsable y posteriormente visita domiciliaria con el fin de recabar datos correspondientes a evolución y rehabilitación. Hubo pacientes que no se lograron localizar por vivir fuera del área metropolitana.

Para la obtención de datos de los pacientes de HD se solicitó al Jefe Médico del servicio su colaboración, entrevistandome con el equipo interdisciplinario y algunos pacientes; participando además, de algunas de las actividades de este servicio como juegos de mesa, deportes, comida y lectura y también consultando los expedientes.

Toda la información fué vaciada en hojas, enumerando a los pacientes con número progresivo del 1 al 34 (anexo I y II).

Se encontró dificultad en cuanto a la recolección de los datos en cuanto a costo de ambos servicios, ya que al parecer el costo día cama no se tiene cuantificado, o al menos la información no fué proporcionada por la jefatura del departamento de Contabilidad del Hospital. En cuanto al costo sobre cada paciente y como se lleva a cabo el pago de los servicios subrogados los datos fueron proporcionados por el departamento de caja y el departamento de contabilidad encargado de los servicios subrogados.

Posteriormente se llevó a cabo la comparación de los datos por medio de gráficas y finalmente el análisis de los datos.

En cuanto a la metodología que se siguió para la recolección de los recursos físicos, humanos y materiales se procedió a solicitar el permiso a la subdirección médica del hospital mediante memorandum para realizar dicha investigación.

Se consultó el departamento del personal, Jefatura de Enfermería, Jefatura de piso y de una sección del piso, -- este también fué seleccionado al azar, Así como el inventario de una de las secciones del piso. En el HD se consultó al Jefe del Servicio, equipo terapéutico, inventario del servicio y el programa de actividades.

En cuanto a los recursos físicos es difícil calcular valores dado que fueron construidos hace mucho tiempo, el deterioro que sufren es poco. Lo mismo sucede con los recursos materiales, no así con los recursos humanos, cuyos resultados se comentarán.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.

Sexo.

Edad.

Edo. Civil.

Escolaridad.

Edad de inicio de la sintomatología

Número total de días estancia en el Hospital

Diagnóstico.

Motivo del alta.

Estudios practicados en el Hospital

Actividad anterior.

Actividad actual.

Rehabilitación.

Seguimiento.

En la primera variable que es el sexo se utiliza la M mayúscula para masculino y F para femenino. La escolaridad muestra el grado de estudio alcanzado por el paciente.

La edad de inicio fue valorada tomando en cuenta la información del familiar sobre la fecha de inicio de la -- sintomatología observable.

El número de días estancia es el número total de días que el enfermo permaneció dentro del hospital.

El diagnóstico es aquel con el que haya egresado el enfermo del servicio, señalándose en este trabajo el número correspondiente señalado en el ICD IX por la OMS.

En cuanto a los estudios se buscaron aquellos que se habían practicado dentro del Hospital con fines diagnóstico.

La actividad anterior fue aquella que el paciente realizaba antes de ser ingresado y se preguntó en que se desempeñaba, antes de iniciar la sintomatología. La actividad actual es aquella que el paciente realiza actualmente (ya sea en el grupo terapéutico de HD, que se encuentren en -- seguimiento y que estén acudiendo a la consulta externa).

Dentro de la importante área de la rehabilitación se tomaron en cuenta siete características para valorarla: -

- a) La asistencia a la actividad terapéutica ya sea al HD o a la Consulta Externa.
- b) El desempeño e interés en las labores encomendadas ya sea en Terapia ocupacional, trabajo actual o en su casa.
- c) El desempeño de actividades en el seno del grupo o de la familia.
- d) El cuidado personal del paciente.
- e) La socialización alcanzada por el paciente.
- f) Si está o no siguiendo el control terapéutico.
- g) Si tiene interés por el tratamiento.

En la asistencia a la actividad terapéutica se tomó como período arbitrario la asistencia de los pacientes en un período de tres meses; en el HD se establecieron el número de faltas de la siguiente manera: mas de 10 faltas -- corresponde a 0 de calificación; de 6 a 10 faltas corresponde a 1; de 0 a 5 faltas corresponde a 2; y, de 0 faltas corresponde a 3, el máximo de calificación. En cuanto a la asistencia a la consulta externa dado que las asistencias son mas espaciadas, los pacientes que tienen 0 faltas corresponde a 3, los que tienen una falta a 2; los que tienen 3 faltas corresponde a 0 de calificación.

Por lo que corresponde al interés en los talleres de Terapia Ocupacional o en su trabajo se valoró de la siguiente manera: 0 corresponde a la inasistencia a la actividad; o bien a los pacientes que se encuentran en su domicilio a la inactividad. 1 corresponde a la asistencia pero abandono del Taller o abandono del trabajo. se obtendrá 2 cuando el paciente asiste y permanece pero se distrae frecuentemente; y, por último, 3 es el grado óptimo en cuanto a interés por el desempeño del trabajo encomendado.

El interés por el tratamiento se valoró así: 0 si no tiene interés; 1 si toma el medicamento por iniciativa propia y no participa de las actividades señaladas; 2 toma el medicamento, participa de las actividades pero no admite sugerencias para el tratamiento (sugerencias terapéuticas), y 3 tiene interés, toma el medicamento por iniciativa y acepta sugerencias con fines de rehabilitación.

El desempeño de actividades en el grupo o en el seno familiar: corresponde a 0 si no realiza actividades; 1 a que las realiza solo ocasionalmente; 2 las realiza solo con indicación familiar o del terapeuta; y, 3 que realiza actividades por iniciativa propia.

En lo que respecta a la socialización se tomaron en cuenta los axiomas de los que se sirve la Teoría de la Comunicación. (14), tomando de cada uno de los axiomas el grado óptimo para la comunicación adecuada. Así, en el primer axioma, lo óptimo es que el individuo se comunique con cualquier expresión y con todas las personas con quien tenga relación. En el segundo axioma, el individuo deberá mostrar una metacomunicación y que sea por iniciativa propia

y confirmando al interlocutor. En el tercer axioma no se debe detectar puntuación anómala en la secuencia de los hechos. En el cuarto axioma la comunicación deberá ser complementaria entre digital y analógica. y por último en el quinto axioma que la comunicación que el sujeto utiliza sea alternativamente complementaria y simétrica.

A cada uno de los puntos señalados en cada axioma se le dió un valor arbitrario de 1 si existía la característica y de 0 si era incorrecta o no existía.

Para la valoración de la rehabilitación la suma total de los valores asignados como óptimos es de 20.

Para los casos en que los pacientes se encuentran fuera del Hospital se especifica si esta siendo seguido el caso.

HALLAZGOS.

Para costos:

Hasta donde se pudo saber, el costo por paciente en 1983 y 1984 no era recuperable pues se cobraba como cuota de recuperación para pacientes que acuden a servicios de SSA entre 1500 y 2000 pesos por mes, en los que ya estaba incluido el costo de los estudios realizados dentro del hospital.

Las cuotas fijadas para los pacientes en servicios subrogados, tienen diferentes costos, pues el ISSSTE paga por costo día cama 225 pesos en el caso de utilizar el segundo piso que está destinado a este servicio, si este piso se encuentra lleno los pacientes son tratados en otro de los pisos y por estos se cobra una cantidad fija de 300 pesos el día/cama.

Para PEMEX, otro servicio subrogado, el costo día cama es de 2230 pesos, cuota fijada en 1977 y que hasta la fecha se continúa con la misma.

En 1984 se ajustaron las cuotas para otros pacientes que reciben servicios de SSA sin pertenecer a otro tipo de servicio médico. Como cuota baja y fijada por el servicio de TS en un costo de 8000 pesos por mes, como cuota alta - según también estudio de TS se cobrará 50,000 pesos, habiéndose establecido una cuota intermedia en 14,000 pesos.

Para recursos físicos:

Encontramos que el área de HD se encuentra dividido y compartido con los pacientes de HT que ocupan talleres que se encuentran en esta área. En cambio el Servicio de HT está dividido del pasillo que le da acceso por una --- puerta permanentemente cerrada con llave. Y no comparte su área con ninguna sección o servicio.

Para recursos materiales:

Aquí también se encuentran diferencias, pues hay --- por características del servicio en HT algunos artículos --- como son esfigmomanómetro, estetoscopio, martillo de reflejos, tijeras, burós y camas que en el HD no existen. En HD hay una sola mesa de exploración, y en HT hay 3.

Hay un escritorio más en HT. No hay báscula para una sección en HT sin embargo la hay en la jefatura así como la mesa para sala de juntas, lo que es compartido para las dos secciones. Hay dos pizarrones en HD y en HT solo uno, pero en cada sección y uno en la jefatura. En cuanto a las sillas y las mesas también es notorio la superioridad en HT.

Para los recursos humanos:

En cuanto a estos recursos también existen diferencias. Hay superioridad en cuanto a Médicos adscritos en número de dos, además de residentes en HT, en cuanto al personal del servicio de enfermería por las características del servicio y los pacientes que existen es significativamente mayor el número. Es notorio que en ninguno de los servicios hay enfermera psiquiátrica ni enfermera general. Y por otro lado

no existe psicologo en HD ni secretaria. En ninguno de los dos servicios se encontró trabajo social psiquiatrico, sino solo trabajo social pero no especializado.

En cuanto a Servicio de Rehabilitacion no existe mas que en dos servicios de dos pisos una rehabilitadora para cada una, en cambio HD si tiene rehabilitadora permanente. y En HD desde luego por las necesidades del servicio (diurno) solo existe una persona como trabajadora de intendencia

GRAFICA I

FORMA de H.	SEXO	E D A D E S			TOTAL
		18-28	29-38	+39	
HD	M	15	10	2	27
	F	4	2	0 (mas 1 que se ignora)	7
HT	M	9	3	5	17
	F	9	6	2	17
Total		37	21	9	68

Se estudiaron 34 pacientes de HD y 34 pacientes de HT, de los cuales 37 se encontraban entre los 18 a 28 años de edad, 21 de ellos estaban entre los 29 a 38 años y 9 de mas de 39, en uno se ignoraba. En el HD 27 eran hombres y 7 mujeres, en el HT 17 hombres y 17 mujeres. En el HD en número de pacientes masculinos fue superior por 20, y en HT el número de pacientes por sexo fue igual.

GRAFICA II.

Forma de H	SEXO	EDO. CIVIL			TOTAL
		CASADO	SOLTERO	VIUDO o SEPARADO.	
HD	M	1	26	0	27
	F	0	7	0	7
HT	M	3	14	0	17
	F	2	13	2	17
total		6	60	2	68

En la gráfica II se observa que 60 pacientes caen dentro de los solteros, encontrando solo un paciente casado en HD, en tanto que en HT se encontró 5 casados de los cuales 3 eran masculino y 2 del sexo femenino, en HD las 7 mujeres estudiadas eran solteras y 26 hombres tambien eran solteros. La viudez se encontró solo en HT y en mujeres.

GRAFICA III.

FORMAS DE HOSPITAL	ESCOLARIDAD				total
	analfabeta	primaria	sec. o preparat.	profesional	
HD	0	8	17	9	34
HT	3	16	7	8	34
TOTAL	3	24	24	17	68

En HD no hay analfabetas, 17 pacientes cursaron secundaria, preparatoria o equivalente; 9 realizaron estudios a nivel universitario y solo 8 de ellos habian cursado primaria. En tanto que en HT se observa que hay 3 analfabetas, ya que aqui no se seleccionan a los pacientes a ingresar, 16 pacientes solo habian cursado primaria 7 tenian grados de estudios entre secundaria, preparatoria o equivalente y, 8 solamente habian cursado algún estudio universitario, - sin embargo ninguno de ellos es profesionista en ambas modalidades.

GRAFICA IV.

Forma de Hospital	SEXO	Edad de Inicio			TOTAL
		10-20	21-30	+ de 30	
HD	M	22	5	0	27
	F	6	0	0	(1 se ignora) 6
HT	M	5	11	1	17
	F	10	6	1	17
TOTAL		43	22	2	(1 se ignora) 68.

La mayoría de los pacientes (43) iniciaron antes de los 20 - años de edad, en 22 pacientes se observó el inicio de la enfermedad por la aparición de los primeros síntomas entre los 21 a 30 años y solo dos iniciaron despues de los 30 años.

PROMEDIO DE DIAS ESTANCIA.

Se sacó el promedio de ambas modalidades, y se observó que para el HT el promedio de días estancia fue de 119.8, días; mientras que para el HD el promedio de días estancia fué de 103.09, Lo que indica que es mayor para HT en 16.71 días la estancia que para el HD.

GRAFICA V.

Formas de Hospital	NUMERO DE INGRESOS AL HOSPITAL.						TOTAL
	1	2	3	4	5	6 a 10	
HD	8	16	4	2	2	2	34
HT	16	12	4	2	0	0	34
TOTAL	24	28	8	4	2	2	68

En el HD 8 pacientes ingresaron a través de la Consulta Externa sin haber pasado por HT, sin embargo el resto todos habían pasado al menos una vez habían estado internados en HT, de esa manera vemos que 16 pacientes habían estado una vez internados en HT y una en HD con lo que sus ingresos sumaban dos; 4 pacientes habían estado dos veces en HT y una en HD; 2 pacientes habían sido internados a HT 3 veces y una en HD, 2 pacientes mas, habían sido internados en 4 ocasiones en HT y una en HD, y por último uno había sido internado una vez en Hospital campestre, uno había tenido 9 internamientos a HT y otro 10 internamientos en HT antes de su estancia en este HD. Cabe mencionar aquí que se trata de pacientes crónicos y no de agudos, como los que se internan en la modalidad de HT. Por tanto, observamos que en HT 16 solo se internaron una vez, 12 por dos veces, 4 se internaron 3 veces y solo dos habían ingresado 4 veces.

GRAFICA VI.

FORMAS DE HOSPITAL	DIAGNOSTICOS						TOTAL
	295.0	295.1	295.3	295.7	295.8	295.9	
HD	0	8	11	1	12	1	(1 se ignora) 33
HT	4	1	20	3	5	1	34
TOTAL (1 se ignora)	4	9	31	4	17	2	68

La forma más diagnosticada (en 31 pacientes) fue el dígito correspondiente a Esquizofrenia paranoide, la esquizofrenia indiferenciada (295.8) le sigue en frecuencia, después de tipo hebefrénico - (en 9 pacientes); en 4 pacientes se diagnosticó E.Simple, y en dos de los pacientes 295.9 que corresponde a E. sin especificación. En una paciente se ignora el diagnóstico.

GRAFICA VII.

FORMA DE HOSPITAL	MOTIVO DE ALTA.				TOTAL
	CONTINUA	MEJORIA	SOLICITUD	FUGA ó abandono	
HD	22	8	1	3	34
HT		32	1	1	34
TOTAL	22	40	2	4	68

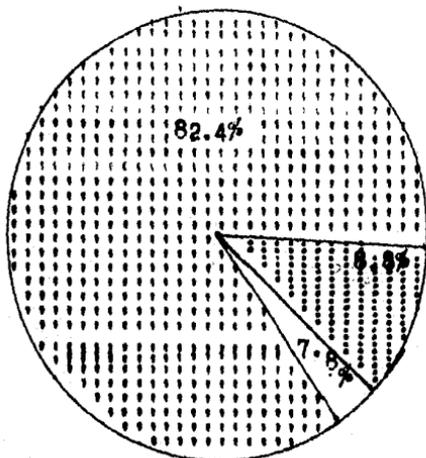
En el HD 22 pacientes aun continúan en tratamiento, 8 han egresado por mejoría para ir a su domicilio y trabajar además; 3 pacientes abandonaron el tratamiento y una solicitó su baja por ir a otra ciudad a tratamiento. En HT 32 pacientes salieron por mejoría de la sintomatología, 1 se fugó y uno solicitó la baja.

TABLA VII
 SOBRE OCUPACION ANTERIOR

Forma de Hospital	SEXO	Desocupado	empleado	estud.	lab. hogar	total
HD	M	22	4	1	0	27
	F	7	0	0	0	7
HT	M	9	6	2	0	17
	F	7	3	2	5	17
TOTAL		45	13	5	5	68

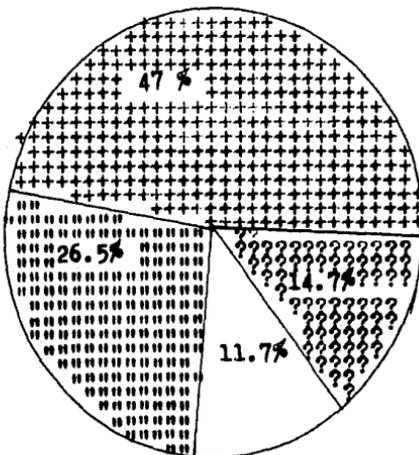
Del total de pacientes estudiados, 44 habian ingresado al hospital sin tener ocupación, 13 de ellos eran empleados 5 eran estudiantes y 5 pacientes mujeres del HT eran amas de casa, el porcentaje se encuentra en la siguiente pagina.

GRAFICA DE LA OCUPACION ANTERIOR DEL HD



En esta gráfica se observa que en HD antes del tratamiento el 82% del total de pacientes estudiados estaban desocupados; el 8.8% eran empleados y solo el 7.8% estudiantes.

GRAFICA SOBRE OCUPACION ANTERIOR EN PACIENTES DE HT.



Entre los pacientes que asistieron a HT encontramos que 47% de ellos no tenían ocupación antes de ingresar; - 26.5% estaban empleados; 11.7% eran estudiantes y el 14.7% se ocupaban de las labores del hogar.

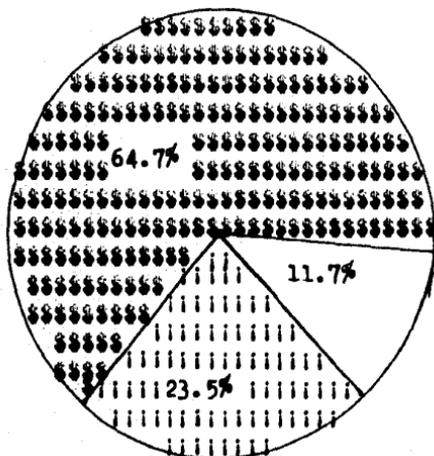
TABLA VIII

OCUPACION ACTUAL.

forma de H.	sexo	emplea do.	desocu- pado.	estu- diante	l.hogar	acude a HD	Se des- conoce	total
HD	M	6	0	&	&	19	2	27
	F	2	0	&	&	3	2	7
HT	M	6	7	0	0	0	4	17
	F	4	8	0	2	0	3	17
TOTAL		18	15		2	21	11	68

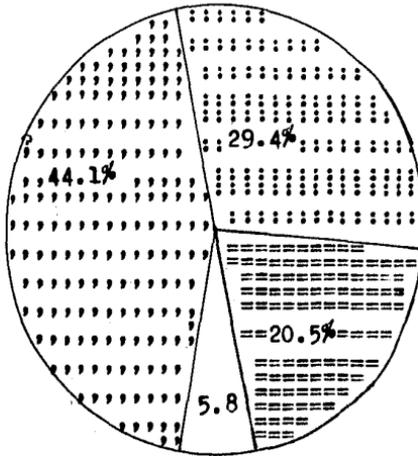
En esta tabla sobre la ocupacion actual se encontré que 11 pacientes no se pudieron localizar, y por tanto se desconoce el tratamiento. 18 de ellos son emplados de los cuales 8 son de HD y 10 de HT; No hay ningun paciente desocupado en los que asisten a HD ya que ellos llevan el programa establecido en ese servicio y por otro lado (&) tambien por la tarde se ocupan del aseo de su casa y otras labores encomendadas -- por la familia, algunos otros se dedican a estudiar, como es el caso de una persona que tiene una beca para su preparaci3n. y otros mas realizan algun trabajo eventualmente ya sea en su hogar o remunerado.

GRAFICA SOBRE OCUPACION ACTUAL DE HD.



El 64.7% de los pacientes que aún acuden a HD están representados aquí; en 23.7 % de los pacientes de HD están trabajando, y el 11.7% de los pacientes se ignora su ocupación.

GRAFICA SOBRE OCUPACION ACTUAL DE PACIENTES DE HT.



La Gráfica nos describe la distribución de la ocupación de los pacientes que acudieron a HT, el 29.4% están empleados; el 44.1% se encuentran desocupados; el 5.8% se ocupan de labores del hogar y un 20.5% de los pacientes no fue posible localizarlos.

GRAFICA VIII.

FORMA DE Hospital	SEXO	REHABILITACION				TOTAL.	
		No	0-5	6-10	11-15		+ 15
HD	M	4	0	2	11	10	27
	F	2	0	0	3	2	7
HT	M	6	4	0	3	2 ^{&}	15
	F	9	3	0	2	3	17
TOTAL		21	7	2	19	17	66

& dos pacientes de los que se ignora el dato

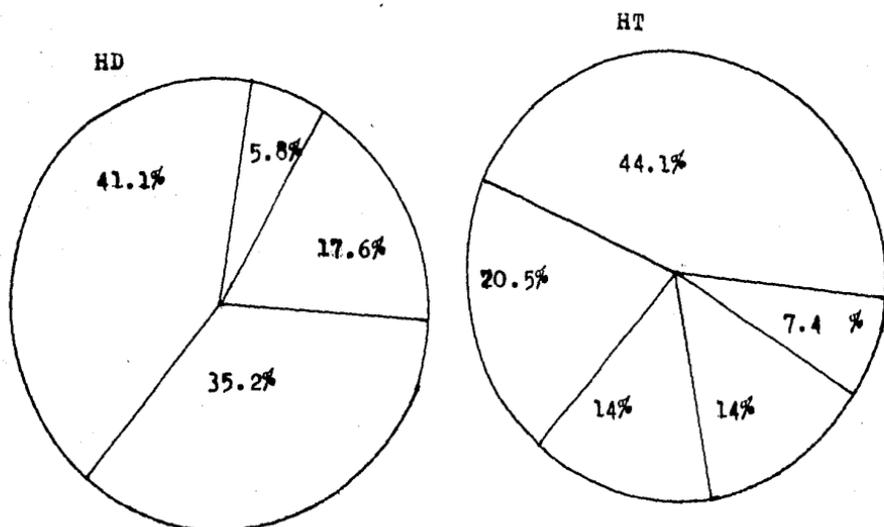
21 pacientes aparecen en la lista de los no rehabilitados, - algunos abandonaron el tratamiento, y dos de ellos han sido llevados a otra institucion. 7 pacientes alcanzaron una puntuacion muy baja (de 0 a 5), lo que indica que no se han rehabilitado, solo 2 alcanzaron menos de 10, y entre 11 a 15 - encontramos a la gran mayoria que son 19 pacientes, siendo - el mayor volumen de HD y masculinos; entre los que alcanzaron mas de 15 puntos por supuesto estan incluidos aquellos - pacientes que estan en HD pero en seguimiento, como es el -- caso de un herrero, una estudiante, una maestra de inglés, para citar algunos; Entre los de mas de 15 de HT se encuentra a dos pacientes empleados, dos mujeres ocupadas de labores del comercio o subempleos.

GRAFICA IX.

Forma de Hospital	Sexo	SEGUIMIENTO		
		si	no	total.
HD	M	23	4	27
	F	5	2	7
HT	M	10	7	17
	F	8	9	17
TOTAL		46	22	68.

En esta última gráfica encontramos que 46 de los 68 pacientes estudiados están siguiendo su tratamiento en el hospital, y - solo 22 de ellos han abandonado el tratamiento.

GRAFICA SOBRE REHABILITACION.



La gráfica de HD nos muestra que 17.6% de los pacientes no se han rehabilitado; el 5.8% alcanzó una calificación baja (6-10 puntos); el 41.1% de ellos alcanzaron una puntuación -- entre 11-15; y, el 35.2% alcanzó una calificación superior a los 15 puntos.

La gráfica de HT muestra que 44.1% de los pacientes no se han rehabilitado; 20.5% alcanzaron puntuación muy baja (0-5); un 14% alcanzó puntuación entre 11-15 puntos y otro 14% de más de 15 puntos. en el 7.4% de los casos se ignora su --- situación actual.

ANEXO I.

HOSPITAL TRADICIONAL. (HT).

No.	SEXO	EDAD	Edo.C.	ESCOLARIDAD	E.DE INICIO	No.INGRESOS	DIAS/ESTANCIA
1	F	22	Soltera	Primaria	18	1	113
2	M	34	casado	3er.a. primaria	30	1	63
3	F	30	soltera	5e. a. primaria	23	1	63
4	F	26	casada	2o.a. primaria	20	1	62
5	F	25	soltera	Primaria	22	1	60
6	F	46	viuda	1o. primaria	46	1	28
7	M	27	soltero	4o.ing.electric.	25	1	8
8	M	30	soltero	2o.año preparat.	22	4	232
9	F	31	viuda	preparatoria	16	2	86
10	M	42	soltero	1o. secundaria	10	2	582
11	M	25	soltero	7o.semestre ing.	22	1	22
12	M	29	soltero	1o.primaria	24	1	54
13	F	22	soltera	Analfabeta	18	2	203
14	M	18	soltero	primaria	15	2	69
15	F	33	Soltera	2o.a.medicina	30	1	29
16	M	27	soltero	Normal p/maestro	26	2	92
17	F	34	soltera	primaria	14	3	127
18	F	28	soltera	2o. primaria	26	1	25
19	M	23	soltero	3o. secundaria	22	2	69
20	M	19	soltero	2o. Normal p/m.	18	1	80
21	M	41	soltero	3o. primaria	22	2	112
22	F	24	soltera	2o.sem.QFB	20	3	210
23	M	24	soltero	1o. primaria	23	1	47
24	M	19	soltero	1o.secundaria	16	1	91
25	M	40	soltero	analfabeta	22	1	66
26	F	36	soltera	2o. primaria	15	2	190
27	F	27	casada	secundaria	20	1	49
28	F	25	soltera	primaria	20	2	121
29	M	41	casado	parante ingen.	28	3	477
30	F	39	soltera	analfabeta	19	2	77
31	M	22	soltero	2o. primaria	18	2	62
32	F	28	soltera	2o. primaria	21	2	121
33	M	41	casado	Parante ing.textil	27	4	166
34	F	22	soltera	3o. preparatoria	20	2	320

HT.

No.	Activ. anterior	Act. Actual	Rehabilitación	seguimiento
1	desocupado	Desocupado	no	abandono el trat&
2	obrero	Vendedor ambulante	15	si
3	subempleado	Subempleada	16	si
4	Lab. Hogar	desocupada	no	abandonó Trat&
5	Lab. Hogar	desocupada	5	si
6	desocupada	desocupada	no	abandonó trat&
7	estudiante	Técnico en Tv	16	si
8	desocupado	desocupado	se ignora	tratamiento en otra CD.
9	Aux. Contador	Aux. de contador	16	si
10	desocupado	desocupado	4	si
11	estudiante	desocupado	15	si
12	desocupado	desocupado	01	reingresado a Hosp.
13	desocupado	desocupado	04	si
14	Chefer	empleado	12	si
15	lab. hogar	lab. hogar	11	si
16	maestro primaria	maestro primaria	si	(iesete)
17	Lab. hogar	lab. hogar	03	si
18	comerciante	desocupado	no	abandonó trat&
19	vigilante	vigilante	15	si
20	maestro primaria	se ignora	no	abandonó trat!
21	mecánico	se ignora	no	" "
22	estudiante	se ignora	no	" "
23	desocupado	se ignora	no	" "
24	desocupado	desocupado	05 v	si
25	desocupado	desocupado	no	abandonó trat. *
26	desocupado	desocupado	no	abandonó trat&
27	desocupada	se ignora	no	abandonó trat&
28	desocupado	subempleada	13	si
29	desocupado	se ignora	no	abandonó trat&
30	lab. hogar	se ignora	no	abandonó trat&
31	desocupado	empleado	17	si (control con me- dico particular)
32	desocupada	empleada	15	si
33	desocupada	desocupada	no	abandonó trat.
34	estudiante	desocupado	no	abandonó trat&

NOTA:

* = abandonó tratamiento y no se pudo entrevistar por radicar fuera del D.F.

' = No se localizaron por cambio de domicilio en el D.F.

ANEXO II.

HOSPITAL DE DIA (HD).

No.	Sexo.	Edad.	Edo. C.	Escolaridad	E.de Inicio	No. de ingresos
1	F	31	Soltera	3o. preparatoria	15	3 HT 1 HD
2	F	18	soltera	5o. primaria	14	1 HD
3	M	33	soltero	primaria	20	1 HD
4	F	18	soltera	primaria	14	1 HT 1 HD
5	M	22	soltero	3o. secundaria	17	1 HD
6	M	44	soltero	1o. secundaria	22	1 HC 1 HD
7	M	42	soltero	2o. preparatoria	10	1 HD
8	M	27	soltero	primaria	20	1 HT 1 HD
9	M	33	soltero	primaria	30	1 HD
10	M	25	soltero	1o. Derecho	15	1 HT 1 HD
11	M	20	soltero	Secundaria	16	1 HT 1 HD
12	M	27	soltero	20. Admon.	23	1 HD
13	M	27	soltero	1o. Ingeniería	17	9 HT 1 HD
14	M	25	soltero	preparatoria	18	4 HT 1 HD
15	M	20	soltero	secundaria	13	1 HT 1 HD
16	M	26	soltero	primaria, comercio	12	1 HT 1 HD
17	M	30	soltero	2o. secundaria	20	10 HT 1 HD
18	M	26	soltero	primaria	19	3 HT 1 HD
19	M	35	soltero	2o. psicología	16	2 HT 1 HD
20	M	36	Casado	4o. psicología	23	1 HT 1 HD
21	M	22	soltero	2o. preparatoria	11	2 HT 1 HD
22	M	28	soltero	2o. psic. y Arquít.	24	1 HD
23	M	21	soltero	primaria	17	2 HT 1 HD
24	M	32	soltero	secundaria	18	1 HT 1 HD
25	F	24	soltera	primaria, inglés	18	2 HT 1 HD
26	M	29	soltero	secundaria	17	1 HT 1 HD
27	M	35	soltero	primaria	20	1 HT 1 HD
28	M	23	soltero	vocacional	13	1 HT 1 HD
29	M	27	soltero	3o. Economía	10	1 HT 1 HD
30	F	24	soltera	secundaria	20	1 HT 1 HD
31	F	27	soltera	mecanografía	20	1 HT 1 HD
32	M	28	soltero	Normal de maestro	18	1 HT 1 HD
33	F	..	soltera	se ignora	..	1 HD
34	M	31	soltero	secundaria	19	4 HT 1 HD

HD

No. Diagnost. Estudios realizados Motivo de alta dias estancia

1	295.3	EEG	continua tratamiento	212.25
2	295.1	Pruebas psicologicas	" "	146.50
3	295.3	EEG, Ex.laboratorio	" "	146.50
4	295.7	EEG, P.Psicol.,ex.lab.	" "	146.50
5	295.9	EEG, TAC,Ex. lab. P.Psic."	" "	113.25
6	295.3	P. Psicologicas	" "	30.00
7	295.3	P.Psic.,ex.lab.	" "	582.00
8	295.3	EEG, Rx craneo, oftalm.	" "	65.25
9	295.8	ninguna	" "	76.25
10	295.1	LCR, P.Psic. EEG	" "	70.25
11	295.1	Oftalmologia EEG	" "	70.25
12	295.0	Oftalmologia	" "	27.50
13	295.1	EEG,P.Psic. LCB	" "	155.50
14	295.3	EEG, Rx craneo, p.Psic-	" "	60.50
15	295.3	EEG,Rx craneo	" "	76.25
16	295.8	EEG, Rx craneo	" "	120.25
17	295.8	EEG, Rx de craneo, ex.lab"	" "	27.25
18	295.8	EEG,	" "	73.25
19	295.1	EEG, Rx craneo	" "	65.25
20	295.8	EEG, Rx de craneo	" "	38.50
21	295.3	EEG, ex.lab.	" "	113.25
22	295.3	EEG, Rx de craneo	" "	73.25
23	295.1	EEG, Rx craneo	Mejoria "	112.00
24	295.8	EEG, ex.lab.	Mejoria	23.70
25	295.1	EEG, Rx craneo, p.psic.	mejoria	53.50
26	295.1	EEG, Rx craneo	abandono de trat.	48.25
27	295.8	EEG, ex. lab.	mejoria	31.75
28	295.3	EEG, Rx craneo	mejoria	247.75
29	295.3	EEG	mejoria	55.00
30	295.8	EEG	mejoria	50.00
31	295.8	ninguno	abandonó trat.	---
32	295.8	ninguno	abandonó el trat.	---
33	---	ninguno	abandonó trat.	---
34	295.8	ninguno	abandonó trat.	---

HD

No.	ACTividad ant.	Actividad actual	Rehabilitación	seguimiento
1	Desocupada	Asiste a H.D.	12	si
2	Desocupada	" "	15	si
3	Empleado	" "	19	si
4	desocupado	" "	14	si
5	desocupado	" "	13	si
6	desocupado	" "	16	si
7	Desocupado	" "	14	si
8	Desocupado	" "	18	si
9	Desocupado	" "	12	si
10	Desocupado	" "	11	si
11	Desocupado	" "	18	si
12	Desocupado	" "	14	si
13	Desocupado	" "	12	si
14	Desocupado	" "	12	si
15	Desocupado	" "	16	si
16	Subempleado	" "	12	si
17	desocupado	" "	15	si
18	Desocupado	" "	10	si
19	Desocupado	" "	6	si
20	Empleado	" "	12	si
21	desocupado	" "	12	si
22	desocupado	" "	--	abandonó el trat.
23	Est. Carpintería	Carpintero	óptima	si
24	Carpintero	Coeturero	optima	si
25	Desocupada	Asesora de Inglés	optima	si
26	desocupado	se ignora	--	abandonó trat.
27	desocupado	Herrero	optimo	si
28	desocupado	Carpintero	óptimo	si
29	desocupado	Agente de publicidad	óptimo	si
30	desocupada	Cocinera, estudia.	óptimo	si
31	desocupado	-----	--	abandonó el trat.
32	desocupado	prob. lab. del campo	--	abandonó el trat.
33	desocupada	-----	--	abandonó el trat.
34	desocupado	-----	--	abandonó el trat.

En cuanto a las variables que seleccioné, encontré que en HD existen mayoría de pacientes varones, y en HT aún en pacientes seleccionados al azar se estudiaron mismo número entre varones y mujeres.

El 54% de los pacientes estudiados en HD se encuentran entre 18 a 28 años de edad, en el HT el 53% de los pacientes caen dentro de ese mismo rango de edad, el resto se encuentra distribuido pero sin rebasar los 44 años.

Por lo que respecta al Estado Civil se observó que el 97% son solteros y 3% casados en HD; en tanto que en HT hay un 79% solteros y el resto casados y viudos.

Se encontró que el 50% de los pacientes de HD habían cursado secundaria o preparatoria, 26.5% con nivel de preparación universitaria, aunque sin concluir ninguna carrera; y el 23% solo contaba con enseñanza primaria. En tanto que en HT hubo un 8.8% analfabetas; un 47% con educación primaria y que en el 20.6% de los casos habían cursado secundaria o preparatoria, el 22.6% habían estudiado algún nivel de enseñanza Universitaria.

En cuanto a la edad de inicio se encontró que 82.3% de pacientes ingresados a HD habían iniciado entre los 10 y 20 años de edad, y el 44% de los pacientes de HT también caían en este rango de edad de inicio. El resto se distribuye a mayor edad sin rebasar más de los 30 años.

El promedio de días estancia fue superior para HT siendo de 119.8 días de estancia reales por 103.09 como promedio para HD.

El 23% de los pacientes de HD solo había ingresado una sola vez al hospital, el 47.3% habían ingresado dos veces,

contando un ingreso a HT. y el 29.1% habían ingresado tres veces. Siendo la máxima para dos pacientes que ingresaron uno diez y otro once veces, siendo solo la última vez su estancia en el HD.

Para el HT se encontró que 47% de los pacientes habían ingresado solo una vez, el 35% dos veces y el 17.7% tres o más ingresos.

En el HD el Diagnóstico de Esquizofrenia paranoide ocupó el 32%; para el HT el mismo diagnóstico ocupó el 58.8% del total de pacientes. El resto de los pacientes en ambas modalidades se distribuyó entre los diagnósticos de E. Hebefrénica, simple e indiferenciada.

El motivo del alta para los pacientes de HD en el 23.6% de ellos fue por mejoría y tenían un lugar para trabajar; en el 8.8% fue por abandono del tratamiento, en el 3% por solicitud y en el 64.6% continúan en el programa de tratamiento. En el HT 94% fueron externados por mejoría, el 3% por fuga y el 3% por abandono.

En cuanto a la ocupación anterior entre los pacientes de HD 82.4% de los pacientes estaban desocupados antes de ingresar, el 8.8% eran empleados y el 7.8% eran estudiantes. -- Para el HT se encontró que el 26.5% de los pacientes tenían ocupación antes de ingresar; el 47% eran desocupados; el 11.7% eran estudiantes y el 14.7% se ocupaban de labores del hogar.

Actualmente se observa que los pacientes de HD el 64.7% están llevando el programa en ese servicio, el 23.7% están -- trabajando y reciben remuneración, siendo prácticamente autosuficientes y solo el 11.7% de pacientes que abandonaron el -- tratamiento se ignora su ocupación.

En HT solo el 29.4% están desempeñándose en alguna la--

bor; el 44.1% se encuentran desocupados, el 5.8% se ocupan de las labores del hogar y en el 20.5 % de los pacientes no fue posible localizarlos y por tanto se ignoran estos datos.

En el ;área de la rehabilitación en HD se puede observar en la gráfica que el 17.6 % de los pacientes no se han rehabilitado, el 5.8% alcanzo calificación entre 6 a 10 puntos; el 41% de estos pacientes alcanzaron puntuacion entre 11 a 15; y, el 35.2% calificaron con mas de 15 puntos.

En el HT se ve que el 44.1 % no se han rehabilitado; en el 7.4 % se ignora su situación actual. En el 20.5 % de los casos alcanzaron puntuacion baja (0 a 5 puntos); un 14 % alcanzó puntuacion entre 11 a 15 puntos y otro 14% alcanzó --- puntuación de mas de 15.

Por último, el 91.2% de los pacientes de HD sigue el tratamiento, el 8.8 lo abandonó; en el HT el 47% sigue el -- tratamiento y el 53 % no lo sigue y no acude a su consulta -

COMENTARIOS.

No voy a establecer cuantitativamente que el Hospital de día es mejor o igual que el Hospital Tradicional porque los datos son insuficientes, pero recapitulando lo dicho anteriormente, podemos observar que el Hospital psiquiátrico surge en México por motivos de pensar de la época, con metas y objetivos diferentes a lo que hoy se concibe como apropiado para la salud mental.

Con el paso del tiempo surgen ideas y se realizan esfuerzos que hacen progresar al área, y es así como se da el Hospital de Día.

De manera que el HD es una alternativa entre el Hospital Tradicional y la comunidad, en la que con diferente enfoque muestra la interacción entre el equipo multidisciplinario, la familia y el paciente.

Hay diferencias cualitativas en cuanto a la selección de los pacientes, en HD se seleccionan bajo criterios ya establecidos, uniformando el grupo para su estudio y manejo; ocupándose de pacientes crónicos. En cambio en HT los pacientes son agudos, subagudos o crónicos con un nuevo brote psicótico.

El tratamiento en la modalidad de HD no aísla al paciente de su familia, lo que permite que continúe interactuando con la comunidad y la familia evitando de este modo el deterioro temprano. Se hace mención de la puerta abierta en contraste con lo establecido para HT con aislamiento, puerta cerrada y no permite la interacción con la comunidad.

El tratamiento para enfermos crónicos en HD está organizado de acuerdo a un plan de rehabilitación entre lo que queda

COMENTARIOS.

No voy a establecer cuantitativamente que el Hospital de día se mejor o igual que el Hospital Tradicional porque los datos son insuficientes, pero recapitulando lo dicho anteriormente, podemos observar que el Hospital psiquiátrico surge en México por motivos de pensar de la época, con metas y objetivos diferentes a lo que hoy se concibe como apropiado para la salud mental.

Con el paso del tiempo surgen ideas y se realizan esfuerzos que hacen progresar al área, y es así como se da el Hospital de Día.

De manera que el HD es una alternativa entre el Hospital Tradicional y la comunidad, en la que con diferente enfoque - muestra la interacción entre el equipo multidisciplinario, la familia y el paciente.

Hay diferencias cualitativas en cuanto a la selección de los pacientes, en HD se seleccionan bajo criterios ya establecidos, uniformando el grupo para su estudio y manejo; ocupándose de pacientes crónicos. En cambio en HT los pacientes son agudos, subagudos o crónicos con un nuevo brote psicótico.

El tratamiento en la modalidad de HD no aísla al paciente de su familia, lo que permite que continúe interactuando - con la comunidad y la familia evitando de este modo el deterioro temprano. Se hace mención de la puerta abierta en contraste con lo establecido para HT con aislamiento, puerta cerrada y no permite la interacción con la comunidad.

El tratamiento para enfermos crónicos en HD está organizado de acuerdo a un plan de rehabilitación entre lo que queda

comprendida la socialización, establecer o volver a implantar capacidades sobre autosuficiencia, reinstalarle en un trabajo, y el que el paciente entienda su problemática como parte de su enfermedad mental.

También hay diferencias en cuanto a como se realiza el trabajo en cada modalidad. En HT se trabaja practicamente en forma aislada sin que exista un entendimiento o coordinación en equipo y sin programas o metas definidas, solo se pretende que el paciente salga de su cuadro agudo. Aunque la práctica que tuvo durante la realización de esta tesis no queda muy establecido esto, porque en HD también se atienden pacientes en etapas subagudas.

Es difícil el seguimiento de pacientes para HT ya que la cita que se les da es con mucho por largo tiempo después de haber egresado, o bien porque no están sensibilizados, por ignorancia, o porque vivan fuera de la ciudad capital o porque no cuentan con familiar responsable debidamente sensibilizado. En cuanto al seguimiento de HD es más fácil por la sensibilización del paciente, radican en el DF, el familiar está sensibilizado y además el mismo paciente reconoce al equipo Terapéutico como el apoyo que necesita y regresa a plantear su problemática actual.

Cuando el paciente de HT ha salido del cuadro agudo es egresado, va a su domicilio y no se tiene contacto con la comunidad para poder ubicar al paciente en ocupaciones que les permitan poder ser autosuficientes, sino más bien al salir si bien dependiendo de su familia. Esto se evita en HD con la instalación de contactos y relaciones sociales que ubican al paciente que egresará.

A pesar del empeño no se ha tenido aún la unificación de criterios entre los equipos terapéuticos de HD, HT y los maestros de los Talleres de Terapia Ocupacional, lo que repercutirá de algún modo en el trabajo terapéutico para mejor comprensión del enfermo.

No pude dejar de mencionar la dificultad que se encuentra para recabar datos y realizar estudios retrospectivos, ya que los expedientes únicos, no son informativos por ser insuficientes, incompletos o llevados inadecuadamente.

A los 18 años de distancia de haberse planeado y a 5 años y medio de haber iniciado sus funciones, el HD, no ha sido posible establecer un estudio completo comparativo entre las dos modalidades. Sin embargo, esta puede constituir el inicio para aquellos que desean participar activamente dentro del área de la Salud Mental.

Lo que si se puede establecer es que el mejor manejo del Hospital de Día, (y talvé del manejo de cualquier Hospital psiquiátrico), es aquel que surge de los conceptos de la Psiquiatría Administrativa (15), de aquí viene el nombre de Comunidad Terapéutica que en época de Pinel se llamaba Tratamiento Moral.

Sobre la base de la Comunidad Terapéutica es que funciona el Hospital de Día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Pero en esa Comunidad Terapéutica se dan acercamientos Terapéuticos distintos y particularidades metodológicas para dar servicio a las necesidades de cada individuo; y, entonces tenemos "al paciente como centro" según Rogers; llevamos "el encuentro" según Moreno (16), entendemos el "Roll Play" según Starr (17); vemos los mecanismos de defensa según Virchow y Freud (18); "rehabilitamos ----

según Frieda Fromm R. (19); "retroalimentamos, condicionamos y damos cuidado maternalista" según Shechenov, Pavlov y Skinner (20); "diagnosticamos con el existencialismo" según Sussman (21); y formulamos un eclecticismo integrado según Shalita. Y por último "somos observadores partícipes y al fin y al cabo simplemente humanos" según Sullivan (22).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- Pucheu A. Carlos Dr.
Panorama actual de la psiquiatría y Salud Mental en México.
Rev. Salud Mental. México. 1981 : 1 (3): 4-12.
- 2.- Mauricio Andion Gamboa, Walterio Beller Taboada, Heinz Vieterich.
Guía de investigación científica
U.A.M. XOCHIMILCO. 2a. edición, México . 1983.
- 3.- Lacayo A. Alvaro Dr.
Estudio Psiquiátrico social, el confinamiento prolongado
Depto. Salud Mental UNAM. México 1983.
- 4.- A.M. Freedman, Harold I. Kaplan, B.J. Sadock.
Tratado de Psiquiatría.
Tomo II Segunda edición. Salvat editores. Barcelona España
1982.
- 5.- Rodríguez Meza Reyna Dra.
Criterios de ingreso y egreso de Hospitalización Parcial
en neuróticos.
Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, Cuba
Octubre-Dic. 1981 No. 4. 625-635.
- 6.- Sánchez Sánchez J. Dr.
Algunos aspectos de la hospitalización fraccionada.
Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana Cuba.
Enero-Marzo 1981. 116-126.
- 7.- B. H. Bennett.
Cuidado de día a pacientes psiquiátricos
Brit. J. Psychiatry in Reps and Hanes.
Charles C. Tomas Springfield ill 1974. 116-126.
- 8.- Douglas Bennett MD
Servicios de comunidad de Salud Mental en Inglaterra
Am Psychiatry 130:10-october. 1973.
- 9.- A.M. Fredman, H.I. Kaplan, y B.J. Sadock
op. cit.

- 10.- Garcia Diego M.
Estructura y funcionamiento del Hospital Psiquiátrico
Fray Bernardino Alvarez.
Revista de Salud Pública de México. Epoca V, Vol.9 (4)
559-562.
- 11.- Manual de procedimientos de Hospital Parcial
Secretaria de Salubridad y Asistencia, direccion Gene-
ral de Salud Mental. México D.F. abril 1980.
- 12.- Normas para la referencia de enfermos de los servicios
de Psiquiatría y Salud Mental a los Hospitales Psiquiá-
tricos de la direccion de Salud Mental.
Archivo de la Consulta Externa, Hospital Psiquiatrico
F.B.A. México 1980.
- 13.- A.M. Freedman, H.I.Kaplan y B.J. Sadock
op. cit.
- 14.- Watz Lawick, P.Beavin, J.H.Jackson MD
TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA.
Tiempo contemporaneo México 1974. 49-114 y 173-210.
- 15.- David H. Clark.
Psiquiatría Administrativa
Ediciones Nueva visión, Buenos Aires Argentina. 1973.
- 16.- J.L. MORENO.
Psicoterapia de Grupo y Psicodrama.
F.C.E. 2a. impresion. México D.F. 1979
- 17.- Adaline Starr
Psicodrama rehearsal for living.
2a. reimpression, ed. Nelson- hall. Chicago. 1979.
- 18.- Sigmund Freud
Analisis terminable e interminable
Obras completas III tomo. Biblioteca nueva, Madrid
3339-3364.
- 19.- Frieda Fromm Reichmann.
Principios de Psicoterapia Intensiva.
Ed. Horme S.A.E. Buenos Aires Argentina. 1981.
- 20.- Skinner B.F.
Ciencia y Conducta Humana.
Mc Millan N.Y. 1959.

- 21.- Mayer Sim
Guite to psychiatry
Ed. Churchill living etone edimburg, London. 1974.
930-940.
- 22.- Sullivan H.S.
La entrevista psiquiátrica
N.Y. 1954.