

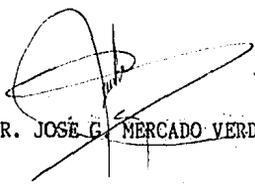
11241
1 ej 8

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

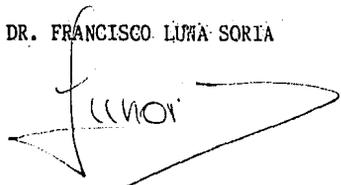
TESINA: DESERCIÓN DE PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL "FRAY BERNARDINO ALVAREZ", ABRIL-SEPTIEMBRE
1986.



TUTOR DE TESIS: DR. JOSÉ G. MERCADO VERDÍN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ALUMNO: DR. FRANCISCO LUNA SORIA



0111. 20-1-87



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

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	6
OBJETIVOS	7
METODOLOGIA	8
ANALISIS DE DATOS	10
RESULTADOS	11
COMENTARIOS Y CONCLUSIONES	14
CUADROS Y GRAFICAS	16
ANEXOS	35
BIBLIOGRAFIA	40

DESERCIÓN DE PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO " FRAY BERNARDINO ALVAREZ ", ABRIL-SEPTIEMBRE

1986.

INTRODUCCION.

El movimiento de la salud mental comunitaria ha sido llamado la Tercera Revolución Psiquiátrica; La primera revolución ocurrió después de la Edad Media cuando la enfermedad mental era considerada como consecuencia del pecado y brujería. La Segunda Revolución ocurrió después del desarrollo del psicoanálisis con su enfoque sobre el determinismo y las fuerzas inconcientes del comportamiento y la esperanza de una explicación causal de los trastornos mentales. La Tercera Revolución puede entenderse mejor al examinar las teorías somáticas, hereditarias y socioculturales de la enfermedad mental.

El final del siglo XIX fué una era de nuevos desarrollos y descubrimientos exitantes en el concepto de enfermedad. El conocimiento de la psicología humana y de la psicopatología se expandieron, la medicina científica inició su inexorable avance y dió promesas de entender las causas del comportamiento y esperanzas de tratamientos efectivos.

Freud introdujo conceptos psicodinámicos que tuvieron un gran impacto en la comprensión del comportamiento, sus descubrimientos del inconciente y su influencia sobre el comportamiento sugirieron que las fuerzas psicológicas eran el factor principal en la enfermedad mental.

Las ideas freudianas fueron ampliamente aceptadas en los Estados Unidos de América y el psicoanálisis se convirtió en una influencia decisiva en la psiquiatría americana. La psiquiatría dinámica se desplazó del laboratorio y el hospital al consultorio y la práctica comunitaria y por lo tanto, se convirtió en la base para el desarrollo de la psiquiatría comunitaria.

Adolf Meyer vió al paciente psiquiátrico en términos biopsicosociales enfatizando eventos específicos y traumas en el desarrollo. Tan temprano como en 1913 Meyer recomendaba el establecimiento de centros de tratamiento en la comunidad: Los médicos familiares tendrían que involucrarse en el manejo de los pacientes de forma tal que los pacientes egresados del hospital psiquiátrico deberían tratarse en dichos centros, Meyer también tenía un punto de vista preventivo, él creía que la promoción al público promovería las actitudes saludables y disminuiría el stress que propicia la enfermedad.

La Primera Guerra Mundial trajo preocupación general por el gran número de personal militar que presentaba enfermedad mental. En la segunda Guerra se puso atención especial a las respuestas psiquiátricas asociadas al stress en los campos de batalla. Grinker y Spiegel publicaron su trabajo sobre las neurosis de guerra o neurosis posttraumática y su rápida resolución, en el libro "Men under Stress".

Los principios de tratamiento oportuno tan cerca como fuera posible a la línea de batalla, técnicas de psicoterapia activa y apoyo social por los compañeros y la expectativa de rápido regreso a las labores, tuvieron una gran influencia en el desarrollo posterior de métodos civiles en el tratamiento de desórdenes agudos.

La Guerra de Vietnam y la de Corea vieron el desarrollo de principios de identificación temprana de casos, tratamiento oportuno y rehabilitación rápida para el inmediato regreso a la batalla.

Aunque nacidos de medio militar, estos principios tuvieron gran importancia para la psiquiatría civil, esta experiencia redujo el estigma a la enfermedad mental, expuso a muchas personas a la evidencia de que la enfermedad mental es un mal precipitado por el stress y que como otras enfermedades podría mejorarse al ser manejada con diagnóstico oportuno y tratamiento activo. El principio de tratamiento tan cercano como fuera posible de la línea de batalla como del hogar se convirtió en punto clave en la psiquiatría comunitaria. La experiencia militar demostró que su ejercicio evitaba la regresión y cronicidad de la enfermedad gracias a evitar que se alejara el paciente a tratamientos prolongados y lejanos de la ciudad.

Las clínicas de atención a niños tuvieron un impacto tanto en la atención de niños como en la psiquiatría en general, proporcionaron el enlace entre los ciudadanos y los profesionales de la salud mental

y un lugar para estudiar la enfermedad mental desde el punto de vista sociológico, psicológico, además de médico. Sin embargo su aplicación a la población general se limitó al tomar dichas clínicas un enfoque psicoanalítico con población seleccionada.

Algunos autores opinan que el desarrollo de medicamentos psicotrópicos ha tenido mas influencia que cualquier otro factor en el desarrollo de la atención comunitaria. El uso de éstos agentes permite también una mejor atención en los hospitales psiquiátricos mismos así como el tratamiento fuera del hospital de trastornos muy serios.

El descubrimiento de formas de tratamiento extra o parahospitalario resultan en alternativas de manejo. El tratamiento no hospitalario para aquellos que en otro tiempo hubieran necesitado de hospitalización se desarrolló en Gran Bretaña y en Europa. En Amsterdán la carencia de camas de hospital llevó al tratamiento del enfermo mental en su casa. En Inglaterra los pacientes que egresaron de hospitales cerrados fueron llevados a hospitales de día y seguidos en clínicas comunitarias.

En nuestro país la atención psiquiátrica nace en instituciones religiosas dedicadas al alienamiento del enfermo mental, función que retoma el Estado al hacerse cargo de las instituciones de salud. En

este siglo, en la década de los setentas empiezan a hacerse intentos para enfocar la atención psiquiátrica hacia el nivel primario de atención y en lo posible hacia la prevención, intentos valiosos pero pobremente respaldados que han llevado a la casi desaparición de los mismos.

En países donde se han establecido servicios de salud mental comunitaria, se ha visto que ha mejor atención brindada, menor abandono de los servicios y mejor cumplimiento del paciente en programas establecidos.

JUSTIFICACION.

Es común en la práctica médica y en particular en la psiquiátrica que acudan pacientes con la mas diversa patología a los servicios de consulta externa y es inquietante la proporción de pacientes que abandonan el tratamiento, principalmente en el ámbito psiquiátrico. Se describe alrededor del 60% de deserción de la consulta psiquiátrica, lo que definitivamente influye de manera negativa sobre el pronóstico de la enfermedad mental del paciente.

Es nuestra intención investigar que características tiene la población que deserta de un servicio de consulta externa psiquiátrica, conocer en forma inicial si se cumple con su expectativa manifiesta de atención, todo ésto como paso inicial de una futura investigación que nos permita conocer las probables causas que motivan ésta deserción.

OBJETIVO GENERAL.

Establecer la frecuencia y las características de la población que deserta de un servicio de consulta externa psiquiátrico, los diagnósticos mas frecuentes en ésta y determinar si se cumple con la expectativa manifiesta de servicio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Establecer el número de deserciones según diagnóstico inicial.
- 2.- Conocer él número de pacientes que abandona la consulta y el tiempo de permanencia en el servicio.
- 3.- Describir algunas características demográficas y sociales de la población que deserta.
- 4.- De los pacientes que desertan conocer si se cumple con la expectativa manifiesta de servicio.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal en el que la población de estudio son todos los pacientes que acudieron durante el mes comprendido entre el 16 de abril al 15 de mayo de 1986, a servicio de consulta externa del hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", por primera vez, de ambos sexos. Considerando que la demanda de servicio de consulta externa por primera vez en este hospital es en promedio de 10 pacientes por día, se calculó tener una población de estudio de 300 pacientes, obteniendo finalmente una población total de estudio de 287 pacientes.

TIEMPO DE ESTUDIO

Los pacientes captados durante el mes de estudio (16 de abril al 15 de mayo de 1986) fueron observados durante seis meses, es decir, hasta el 16 de noviembre de 1986, en cuanto a su cumplimiento con las citas subsecuentes para determinar el número de personas que desertaron durante ese período, así como el tiempo transcurrido entre la primera consulta y la deserción o bien la permanencia en el servicio.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Se llevó a cabo a través del llenado de una cédula con rubros sobre nombre, edad, sexo, domicilio, teléfono, ocupación, escolaridad, número de folio y fecha de primera consulta y diagnóstico inicial,

que fue llenada por los médicos que atienden la consulta de primera vez en el Hospital psiquiátrico FRay Bernardino A. (Anexo 1). El seguimiento se llevó a cabo siguiendo el número de folio y expediente asignado en cada caso verificando asistencia cada semana y al final del estudio para cadauno de los pacientes.

MUESTRA

Al término del seguimiento y después de determinar al número de deserciones, se realizó el calculo para determinar una muestra representativa del grupo de abandono a través de la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{Z^2 S^2}{d^2}$$

dado que la muestra es alta en relación al total de la población se utilizó la siguiente corrección:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

donde N es el total de la población (194)

n_0 es el tamaño de la muestra

Z es el nivel de confianza (2)

s es la varianza (5)

d es la precisión (1).

Se obtuvo de lo anterior una muestra de 66 de los que unicamente fue posible localizar a 43 pacientes por vía telefónica, a los que se

aplicó el cuestionario del Anexo No 5, con el fin de determinar si se cumplió con la expectativa manifiesta de servicio.

ANALISIS DE DATOS

La información captada se revisó diariamente para el llenado correcto de las cédulas, fué clasificada de acuerdo a las categorías de las variables. El cómputo de datos se realizó por medio de tarjetas simples (Anexo 3).

Se realizó análisis estadístico de datos a través de cálculo de frecuencias simples y frecuencias relativas, elaboración de tablas descriptivas y gráficos de las mismas. Las variables manejadas en este estudio y sus categorías estan definidos enel Anexo 2.

RESULTADOS

(11)

De un total de 287 pacientes estudiados, que acudieron por primera vez al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, durante el período comprendido del 16 de abril al 15 de mayo de 1986 y que fueron seguidos durante seis meses, para observar el comportamiento respecto a la continuidad de su asistencia a las citas programadas, se obtuvieron los siguientes resultados.

En relación al total de la población estudiada, se observó que el 67.5% abandonaron la consulta, de los cuales aproximadamente el 60% son hombres y el 40% mujeres; el grupo de edad comprendido entre 18 y 44 años representó al 79% de los que desertaron (Cuadro No. 1).

De acuerdo al estado civil el 44% eran casados, el 43% eran solteros en el grupo de deserciones, cifras semejantes a las del grupo que siguió la consulta, en relación al sexo, llama la atención el mayor porcentaje (54% y 62%) en hombres soltero en relación a las mujeres, en ambos grupos de comparación (Cuadro No. 2).

De acuerdo al grado de escolaridad, el 62% de los pacientes que abandonaron tenían la primaria o menos, parecido al 67% observado en los pacientes que continuaron; escasas diferencias se encontraron en relación al sexo (Cuadro No. 3).

En el 90% de los casos, los pacientes tienen como lugar de residencia el Distrito Federal y el Area Metropolitanan del Estado de México, apenas un 10% acudieron de otros estados (Morelos, Guerrero,

Michoacan, Veracruz y Oaxaca), no observando diferencias entre los grupos de deserciones y permanencia según el lugar de residencia (Cuadro No. 4).

En relación al diagnóstico emitido en la valoración inicial, las Neurosis ocuparon el 40% aproximadamente, en ambos grupos, observando mayor frecuencia del padecimiento en casi tres veces, en mujeres en relación a los hombres. (Cuadro No. 5)

El segundo diagnóstico mas frecuente, tanto en el grupo de desercion como en el de permanencia, fué el Síndrome Orgánico Cerebral, con un 19% y un 29% respectivamente. (Cuadro No. 5)

Llama la atención los pacientes diagnosticados de Farmacodependencia y Alcoholismo, en el que casi la totalidad de casos se encuentran en hombres que desertan (95%).

Destaca el alto porcentaje de los pacientes sin empleo que acuden a la consulta (33% promedio), las amas de casa (25% promedio) y los no asalariados (12% promedio) (Cuadro No. 6).

De un total de 226 pacientes que abandonaron la consulta durante algún momento del seguimiento de 25 semanas, se observa que el 71% acudieron únicamente a la primera valoración, comportandose en forma semejante entre hombres y mujeres (74 y 68% respectivamente); el 86% no acudió a más de dos consultas, entre el segundo y tercer mes abandonaron el 5%, y en las semanas subsecuentes el 2%. (Cuadro No. 7).

El total de pacientes considerados en el cuadro No. 7, es superior al considerado en los demás cuadros, ya que se incluyen pacientes que abandonaron después de haber acudido a varias consultas y es observación frecuente que dichos pacientes, suelen regresar.

A partir de los resultados obtenidos al aplicar el cuestionario de expectativas manifiestas en los pacientes que desertaron de la consulta, resalta: que el 72% acudió por referencias de un familiar o amigo (Cuadro No. 8); que el 53% tenía una expectativa de buen servicio en el hospital y solo el 35% afirma que su atención fué buena después de haber recibido el servicio y el 60% afirma que su atención fué regular (Cuadro No. 9 y Cuadro No. 10).

De las sugerencias recibidas de los pacientes que desertaron para mejorar el servicio resalta que el 49% no emitió ninguna, el 23% solicitó consulta por la tarde y 14% facilidad para internamiento; solo el 9% de la muestra solicitó citas más proxima y únicamente 2% observó el deseo de un servicio más proximo a su hogar.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Como puede observarse fácilmente de los gráficos, la población que acude a la consulta externa del hospital es predominantemente joven, hecho esperado, ya que las enfermedades psiquiátricas es al grupo que mas afecta.

La deserción global encontrada es del 68% para el total de la patología encontrada, cifra no muy diferente de la reportada en diversas publicaciones.

Es notable la baja escolaridad de nuestros pacientes, pero entendible dado el tipo de hospital donde se obtuvo la muestra; llama la atención el pequeño porcentaje de profesionistas que acuden así como su rápido abandono, hecho tal vez debido a que en ellos es mas probable que no se cumpla la expectativa de servicio.

Es interesante hacer notar que la deserción por lugar de residencia es similar (alrededor del 65%) para cada uno de los rubros establecidos, lo que nos puede indicar que no es la lejanía un factor particularmente importante.

Vemos de acuerdo al diagnóstico, que la mayoría de los pacientes que acuden tiene algún cuadro sintomático de neurosis y tambien

en éstos se encuentra una deserción alrededor del 60% (675), siendo los farmacodependientes y alcohólicos desertores en más del 90%, hecho observado en casi todos los centros de atención para este tipo de patología y los que equilibran nuevamente el porcentaje son los Síndromes Cerebrales Orgánicos que permanecen en el servicio en un porcentaje mayor al promedio.

Desafortunadamente no se pudo alcanzar la muestra representativa para evaluar la expectativa manifiesta de servicio para los que abandonaron la consulta y únicamente tenemos algunas cifras que aunque pueden ser útiles no tienen valor estadístico, sin embargo creo que bien pueden tomarse en cuenta para mejorar la atención brindada.

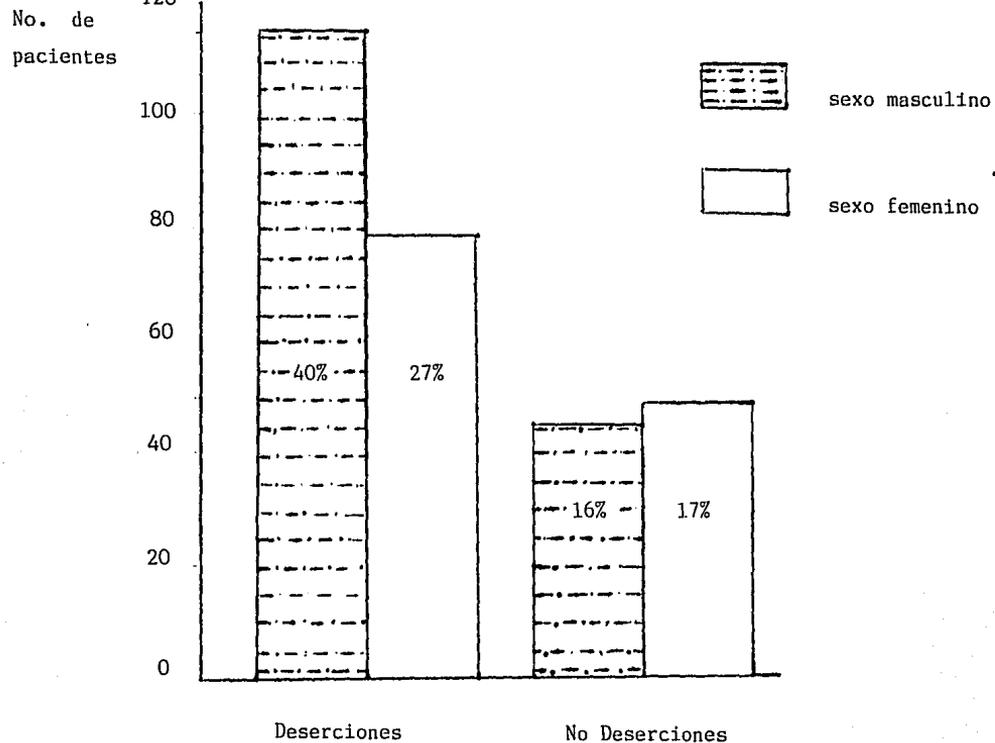
CUADRO No 1.

NUMERO DE DESERCIONES SEGUN EDAD Y SEXO DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril- noviembre de 1986.

GRUPO DE EDAD	DESERCIONES						NO DESERCIONES					
	Hombres	%	Mujeres	%	TOTAL	%	Hombres	%	Mujeres	%	TOTAL	%
18 a 44 a.	95	83	58	73	153	79	40	89	34	71	74	80
45 a 59 a.	15	13	15	19	30	15	4	9	8	17	12	13
60 y + a.	5	4	6	8	11	6	1	2	6	12	7	7
TOTAL	115	100	79	100	194	100	45	100	48	100	93	100

GRAFICA No 1.

NUMERO DE DESERCIONES SEGUN EDAD Y SEXO DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril- noviembre 1986



(17)

FUENTE: CUADRO No 1.

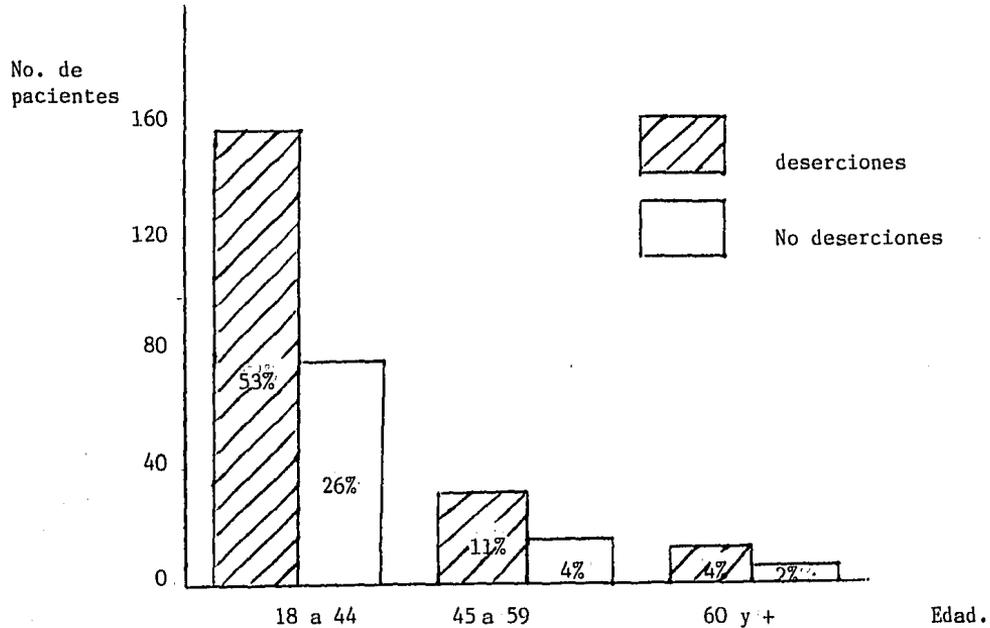
CUADRO No 1 A.

NUMERO DE DESERCIONES SEGUN EDAD DE LA CONSULTA PSIQUIATRICA
 DEL HOSPITAL F.B.A. abril-noviembre de 1986.

GRUPO DE EDAD	DESERCIONES		NO DESERCIONES		TOTAL	%
	Número	%	Número	%		
18 a 44	153	53	74	26	227	79
45 a 49	30	11	12	4	42	15
60 y más	11	4	7	2	18	6
TOTAL	194	68%	93	32%	287	100%

GRAFICA No 1 A.

NUMERO DE DESERCIONES SEGUN EDAD DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril- noviembre 1986.



FUENTE: Cuadro 1 A.

CUADRO NO 2.

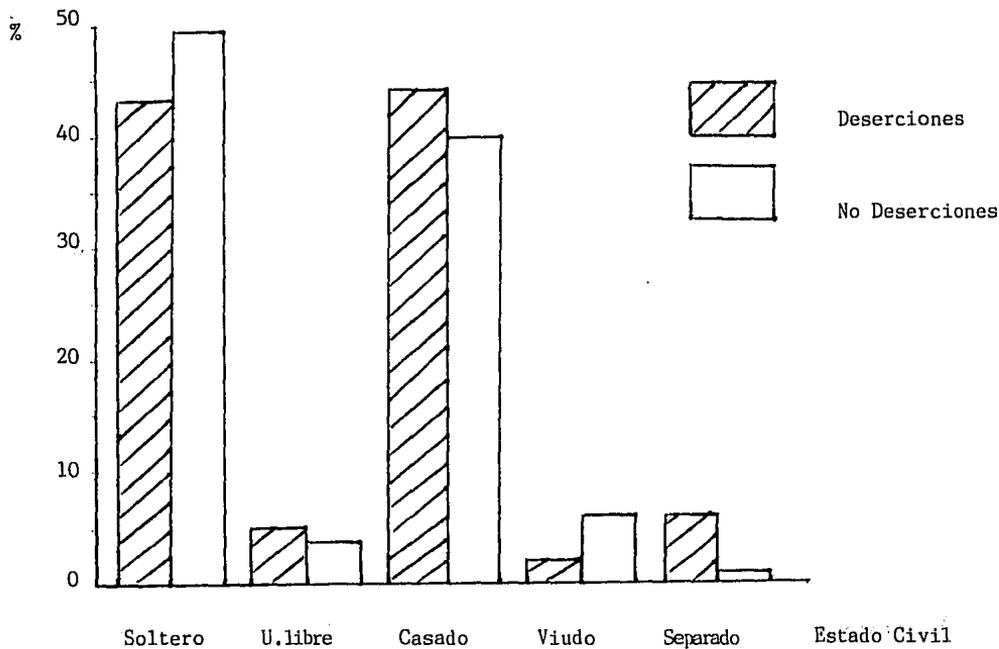
NUMERO DE DESERCIONES SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril-noviembre 1986.

ESTADO CIVIL	DESERCIONES						NO DESERCIONES					
	Hombres	%	Mujeres	%	TOTAL	%	Hombres	%	Mujeres	%	TOTAL	%
Soltero	61	54	23	29	84	43	28	62	18	38	46	49
U. Libre	4	3	5	6	9	5	0		4	8	4	4
Casado	46	40	40	51	86	44	16	36	21	44	37	40
Viudo	0		4	5	4	2	0		5	10	5	6
Separado ó divorciado	4	3	7	9	11	6	1	2	0		1	1
TOTAL	115	100%	79	100%	194	100%	45	100%	48	100%	93	100%

(20)

GRAFICA No 2.

NUMERO DE DESERCIONES SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril -noviembre 1986.

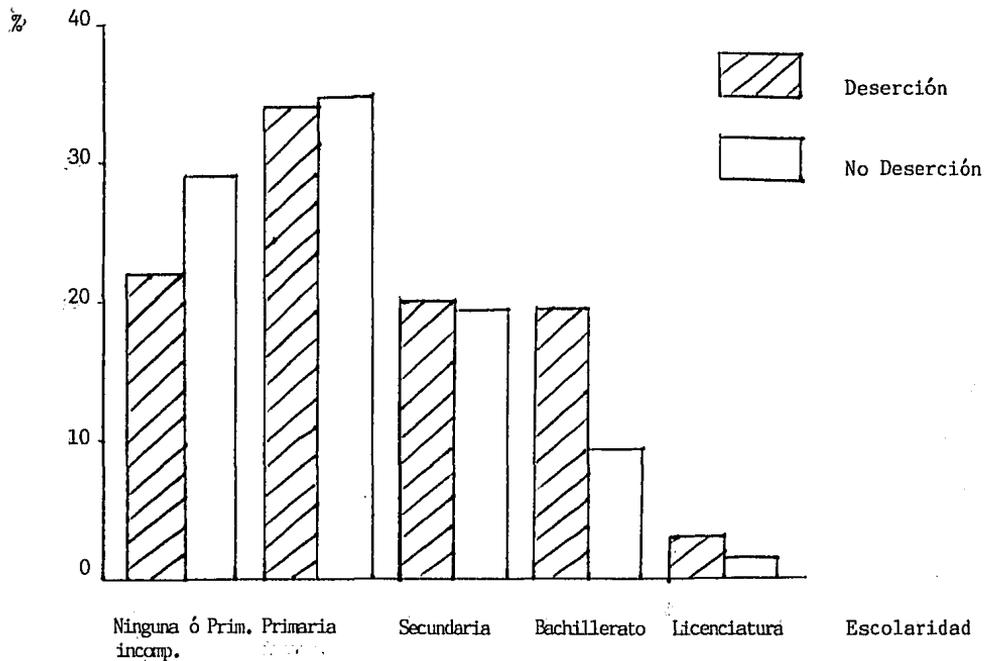


CUADRO No 3.

NUMERO DE DESERCIONES SEGUN ESCOLARIDAD Y SEXO DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril-noviembre de 1986.

ESCOLARIDAD	DESERCIONES						NO DESERCIONES					
	Hombres	%	Mujeres	%	total	%	Hombres	%	Mujeres	%	total	%
Ninguna	8	7	12	15	20	10	6	13	6	13	12	13
Primaria incompleta	17	15	10	13	27	14	5	11	9	19	14	15
Primaria	48	42	26	33	74	38	16	36	20	42	36	39
Secundaria	23	20	15	19	38	20	9	20	9	19	18	19
Bachillerato	13	11	4	4	17	19	7	16	1	2	8	9
Licenciatura	6	5	6	8	12	6	2	4	1	2	3	3
OTROS	0		6	8	6	3	0		2	3	2	2
TOTAL	115	100	79	100	194	100	45	100	48	100	93	100

GRAFICA No 3
 NUMERO DE DESERCIONES SEGUN ESCOLARIDAD Y SEXO DE LA CONSULTA
 PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril-noviembre 1986.



Fuente: cuadro No 3.

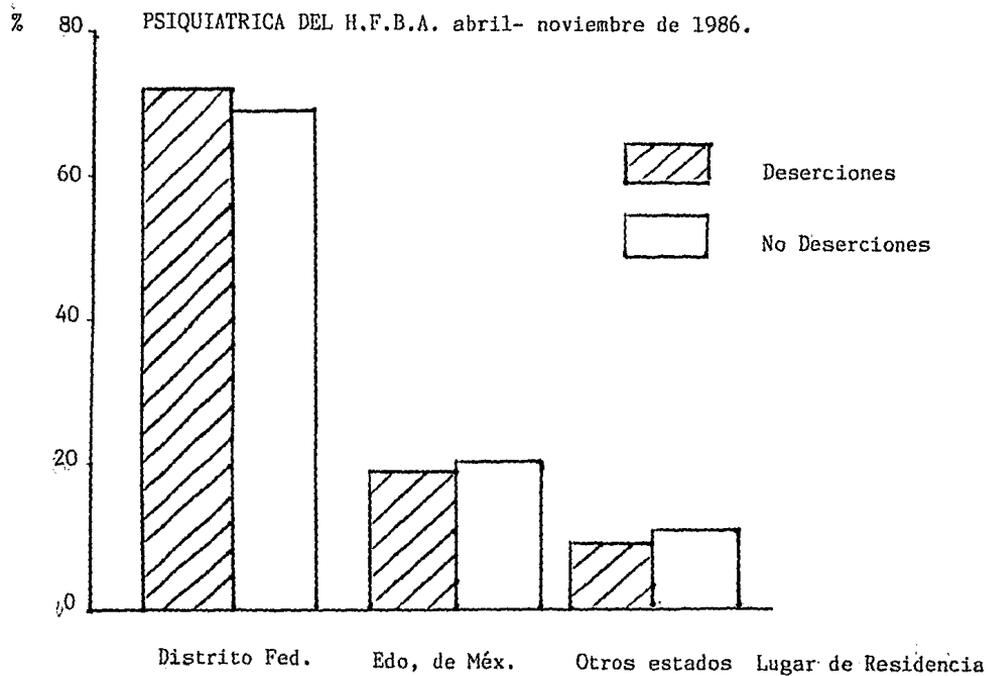
CUADRO NO 4.

NUMERO DE DESERCIONES SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril-noviembre de 1986.

LUGAR DE RESIDENCIA	DESERCIONES		NO DESERCIONES		TOTAL %	
	Número	%	Número	%		%
DISTRITO FEDERAL	140	72	64	69	204	71
EDO DE MEXICO	36	19	19	20	55	19
OTROS ESTADOS (Morelos, Guerrero, Michoacán, Veracruz y Oaxaca)	18	9	10	11	28	10
TOTAL	194	100	93	100	287	100

GRAFICA No 4.

NUMERO DE DESERCIONES SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril- noviembre de 1986.



FUENTE: CUADRO No 4.

CUADRO No 5.

NUMERO DE DESERCIONES SEGUN DIAGNOSTICO Y SEXO DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril-noviembre de 1986

DIAGNOSTICO	DESERCIONES						NO DESERCIONES					
	Hombres	%	Mujeres	%	TOTAL	%	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
NEUROSIS	27	23	49	62	76	39	11	24	26	54	37	40
PSICOSIS	4	3	2	3	6	3	3	7	3	6	6	6
FARMACODEPENDENCIA	26	23	1	1	27	14	6	14	0		6	6
ALCOHOLISMO	20	18	1	1	21	11	4	9	0		4	4
SINDROME ORGANICO CEREBRAL	24	21	13	17	37	19	10	22	16	34	26	29
RETRASO MENTAL	6	6	4	5	10	5	9	20	3	6	12	13
PSICOSIS REACTIVA	4	3	9	11	13	7	1	2	0		1	1
PARAFILIAS	4	3	0		4	2	1	2	0		1	1
TOTAL	115	100	79	100	194	100	45	100	48	100	93	100

(26)

CUADRO No 5 A.

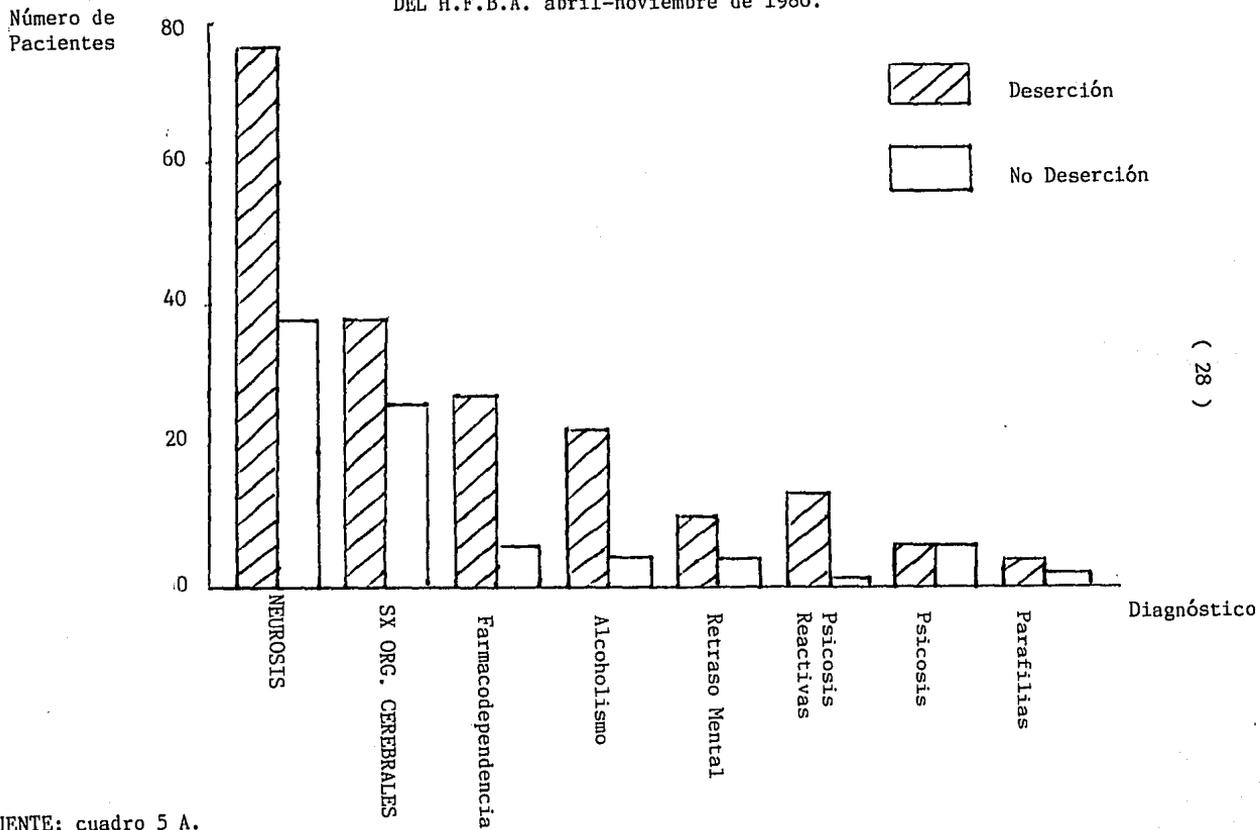
NUMERO DE DESERCIONES SEGUN DIAGNOSTICO DE LA CONSULTA

PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A abril-noviembre de 1986.

DIAGNOSTICO	DESERCIONES		NO DESERCIONES		TOTAL	%
	Número	%	Número	%		
NEUROSIS	76	27	37	13	113	40
SINDROME ORGANICO CEREBRAL	37	13	26	9	63	22
FARMACODEPENDENCIA	27	9	6	2	33	11
ALCOHOLISMO	21	7	4	1	25	8
RETRASO MENTAL	10	4	12	4	22	8
PSICOSIS REACTIVA	13	5	1	.5	14	5.5
PSICOSIS	6	2	6	2	12	4
PARAFILIAS	4	1	1	.5	5	1.5
TOTAL	194	68%	93	32%	287	100%

GRAFICA No 5 A.

NUMERO DE DESERCCIONES SEGUN DIAGNOSTICO DE LA CONSULTA PSIQUIATRICA
DEL H.F.B.A. abril-noviembre de 1986.



(28)

FUENTE: cuadro 5 A.

CUADRO No 6

NUMERO DE DESERCCIONES SEGUN OCUPACION Y SEXO DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril-noviembre 1986.

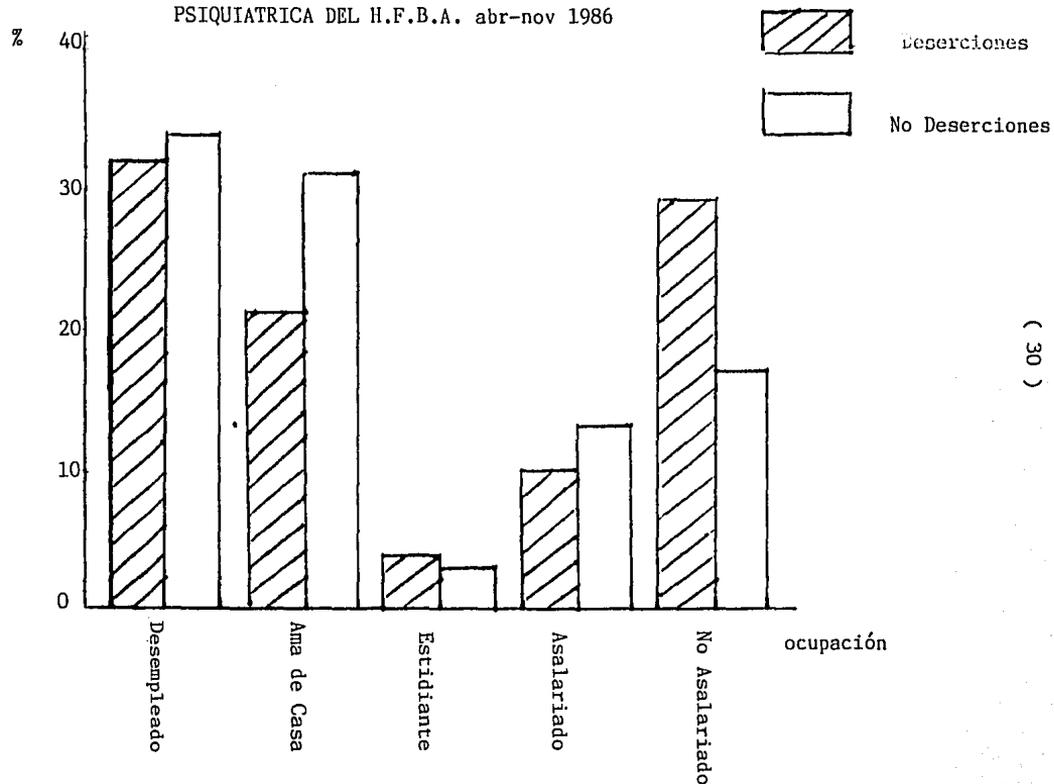
OCUPACION	DESERCCIONES						NO DESERCCIONES					
	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Desempleado	43	38	19	24	62	32	22	49	10	21	32	34
Ama de Casa	0		41	51	41	21	0		28	59	28	31
Estudiante	6	5	2	3	8	4	1	2	2	4	3	3
Asalariado	13	11	6	8	19	10	8	18	4	8	12	13
No Asalariado	48	42	8	10	56	29	12	27	4	8	16	17
Otros	5	4	3	4	8	4	2	4	0		2	2
TOTAL	115	100	79	100	194	100	45	100	48	100	93	100

(29)

GRAFICA NO 6

NUMERO DE PACIENTES QUE DESERTAN SEGUN OCUPACION Y SEXO DE LA CONSULTA

PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abr-nov 1986



(30)

FUENTE: Cuadro No 6.

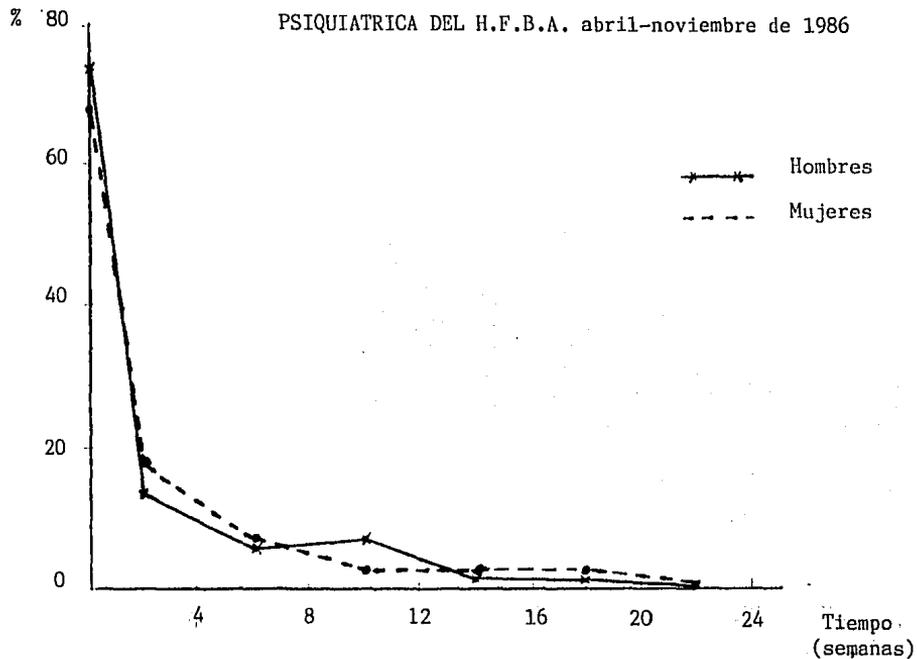
CUADRO No 7.

NUMERO DE PACIENTES SEGUN SEXO Y TIEMPO DE DESERCIÓN DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril-noviembre 1986.

TIEMPO DE DESERCIÓN (semanas)	NUMERO DE PACIENTES				TOTAL	%
	Hombres	%	Mujeres	%		
CERO	98	74	63	68	161	71
1 a 4	17	13	17	18	34	15
5 a 8	5	4	7	7	12	5
9 a 12	9	7	3	3	12	5
13 a 16	2	1	2	2	4	2
17 a 20	1	1	2	2	3	2
21 a 25	0		0		0	
TOTAL	132	100	94	100	226	100

GRAFICA No 7.

No.de PACIENTES SEGUN SEXO Y TIEMPO DE DESERCIÓN DE LA CONSULTA
PSIQUIATRICA DEL H.F.B.A. abril-noviembre de 1986



FUENTE: CUADRO no 7.

CUADRO No 8.

FUENTE DE REFERENCIA AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL H.F.B.A.

FUENTE DE INFORMACION	NUMERO	PORCENTAJE
Familiares o amigos	31	72%
Referencia médica	4	9%
Medios masivos de comunicación	4	9%

CUADRO No 9.

REFERENCIA RESPECTO A LA ATENCION BRINDADA EN EL SERVICIO

CALIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Buena	23	53%
Regular	10	23%
Mala	0	0
No Contestó o no la tenía	10	23%

CUADRO No 10.

OPINION RESPECTO A LA CALIDAD DE LA ATENCION RECIBIDA

CALIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Buena	15	35%
Regular	26	60%
Mala	2	5%

CUADRO No 11.

SUGERENCIAS DE PACIENTES PARA MEJORAR LA ATENCION RECIBIDA

SUGERENCIA	No	%
SIN SUGERENCIA	21	49
Mayor facilidad de internamiento	6	14
Consulta en la tarde	10	23
Citas mas próximas	4	9
Servicios mas accesibles	2	5
TOTAL	43	100%

ANEXO 1.

CEDULA PARA RECOLECCION DE DATOS.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".
PRECONSULTA

FECHA:

FOLIO:

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

OCUPACION:

DOMICILIO:

TELEFONO:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

I.DX.:

ANEXO No 2.

DEFINICION DE VARIABLES

I) VARIABLES NOMINALES.

- a) Diagnóstico: Juicio emitido por el médico que atiende al paciente en la consulta de primera vez.
- b) Sexo: Categorías en masculino y femenino
- c) Estado Civil. Categorías: Soltero, unión libre, casado, divorciado o separado y viudo.
- d) Ocupación. Principal actividad desempeñada por el paciente. Categorías: Desempleado, ama de casa, estudiante, asalariado, no asalariado ó profesionista por su cuenta.
- e) Lugar de Residencia: Categorías: Distrito Federal, Estado de México y otros estados

II) VARIABLES DE INTERVALO

- a) Deserción: inasistencia a las citas subsecuentes en forma definitiva durante el estudio, se medirá en semanas desde la fecha de la primera consulta hasta la fecha de abandono. Categorías: intervalos de 4 semanas.
- b) Edad: Años cumplidos después de los 18 años Categorías: de 18 a 44. de 45 a 59 y 60 y más.

III) VARIABLES ORDINALES

a) Escolaridad: Ciclos escolares. Categorías: Ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria bachillerato, licenciatura, otros.

(88)

ANEXO No 3.

TARJETA SIMPLE PARA COMPUTO DE DATOS.

No Folio	Edad	Sexo
Ocupación	Escolaridad	Lug. de residencia
Estado Civ.	Diagnóstico	Permanencia en servicio.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 5.

(39)

Cuestionario aplicado a pacientes que desertaron de la consulta externa para conocer si se cumplieron las expectativas manifestadas de consulta.

1.- ¿ Como se enteró de los servicios que presta el Hospital FBA ?

Por un familiar o amigo ____ Por otro médico ____ Por TV, periódico o radio ____.

2.- ¿ Que noticias tenía usted respecto a la atención de este centro hospitalario ?

Buenas ____ Regular ____ Mala ____

3.- ¿ Que opinión tiene de la atención que recibió ?

Buena ____ Regular ____ Mala ____

4.- Que sugerencia haría usted para mejorar la atención.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Herbert C Schulberg
Am J Psychiatry Vol 138 No 7 Jul 1981
Estrategias para evaluar el pronóstico de los servicios comunitarios en los pacientes crónicamente enfermos
- 2.- L I Stein; B A Wesbrod
Arch Gen Psychiatry Vol 137 No 4 abr 1980
Alternativas al tratamiento en el hospital mental
- 3.- H.R. Lamb
Arch Gen Psychiatry Vol 37 No 11 nov 1980
Estructura, el ingrediente olvidado en el tratamiento comunitario.
- 4.- Catherine F Ryan
Hosp Community Psychiatry Vol 32 No 8 Aug 1981
Evaluando el impacto de programas de cuidado continuo en pacientes de alta hospitalaria
- 5.- Carol Caton
Hosp Community Psychiatry Vol 32 No 7 Jul 1981
En nuevo paciente crónico y el sistema de cuidado comunitario.
- 6.- Edward Schendan
Am J Psychiatry Vol 138 No 5 May 1981
Recidiva en pacientes difíciles, diferencias entre un centro de salud mental comunitaria y admisión a Hospital Estatal.
- 7.- Malcolm Sills
Arch Gen Psychiatry Vol 38 No 5 May 1981
Costo y beneficio del paciente psiquiátrico.
- 8.- Beauchamps
Journal of Medicine and Philosophy Vol 4 No 2 Jun 1979
El derecho a la salud y el derecho al cuidado de la salud.
- 9.- Bachrach L.L.
Hosp Community Psychiatry Vol 30 No 6 Jun 1979
Planeando los servicios de salud mental para pacientes crónicos.
- 10.- Fiester A R
Am J Community Psychology Vol 6 No 3 1978.
UN método para evaluar el impacto de servicios en un centro de salud mental comunitario

- 11.- Castañón Romo
Salud Pública de México Sep Oct 1980
La investigación de servicios de salud en México
- 12.- Velazco Fernadez
Acta Psiquiat Psicológica de América Latina Vol 22 No 2 1979
La salud mental, estrategia para el futuro
- 13.- Calderón Narvaes
Acta Psiq. Psicológica de América Latina Vol 16 No 2 1970
La salud mental en México, antecedentes históricos y enfoque actual.
- 14.- Duran L I Reisman
Bol Of Panam Vol 96 No 5 1984
Pronóstico de necesidades de recursos humanos en el campo de la salud mental en México.
- 15.- Alfred H Schainblatt
Community Mental Health J Vol 16 No 4 Winter 1980
Que les pasa a los clientes?
- 16.- Heather Kappler
Community Mental Health J. Vol 16 No 3 Fall 1980
Medición de logros de los programas de salud mental: algo mejor, algo peor ó mas de lo mismo.
- 17.- Steve Szukula
Community Mental Health J Vol 16 No 3 Fall 1980
Generando referencia de pacientes a programas recientemente establecidos.
- 18.- Victoria Jane Willis
Hosp Community Psychiatry Vol 31 no 7 Jul 1980
Consideraciones de diseño para las facilidades de servicio en salud mental.
- 19.- William Smith
Hosp Community Psychiatry Vol 31 No 7 jul 1980
Evaluación clínica de los establecimientos clínicos. ¿ Que los hace trabajar ?
- 20.- Shay Baty
Hosp Community Psychiatry Vol 31 No 6 Jun 1980
Usando un grupo de apoyo para coordinar los servicios de salud al planear un alta.

- 21.- Allan Bigel
Hosp Community Psychiatry Vol 35 No 11 Nov 1984
Remedicalización de la salud mental comunitaria
- 22.- Maxina Harris
Hosp Community Psychiatry Vol 35 No 12 Dec 1984
Midiendo el pronóstico.
- 23.- Nancy Atwood
Hosp Community Psychiatry Vol 36 No 8 Aug 1985
Predictores de pacientes y continuación en servicio en un tratamiento basado en clínicas.