

01962

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

10
207



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

FACTORES INSTITUCIONALES QUE CARACTERIZAN AL PACIENTE
DEPRIMIDO QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO EN LA CONSULTA
ESPECIALIZADA

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA
CLINICA

PRESENTA:

MARTHA PATRICIA RAMIREZ DEL CORRAL

DIRECTORA DE TESIS
DRA. MARIA ELENA MEDINA - MORA

ASESORES

DRA. BERTHA BLUM
MTO. FRANCISCO MORALES
DRA. MARCIA MORALES
DRA. LILIAN KLEIN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

OCTUBRE, 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Luchar equivale a vivir ; no debe importarte nunca cuál sea el motivo humilde o cuál sea la inspiración muy sencilla que venga a llenar las horas de tu vida con el entusiasmo del que construye una obra duradera ; no importa que, en apariencia, tus esfuerzos se enfoquen hacia un trabajo que, desde tu opinión, carece de valor, porque lo auténtico, lo positivamente humano y maravilloso es hacer algo y hacerlo constantemente, desde el principio y terminarlo. **Lograr**, he ahí también el secreto de la felicidad. **Lograr** aquello que te propongas para el mejor encauzamiento de tu voluntad, para la superación de tu espíritu, para el más copioso rendimiento de tu acción, equivale a triunfar por el propio merecimiento, o lo que es lo mismo : **equivale a vivir**.

AGRADECIMIENTOS

A través de estas líneas, quiero expresar mi más amplio agradecimiento a la **Dra. Ma. Elena Medina-Mora**, por su invaluable apoyo para la realización de esta investigación. **Gracias** por todas tus atenciones, por tu disposición, pero sobre todo por tu sencillez.

Asimismo mi agradecimiento a las **Dras. Bertha Blum, Marcia Morales, Lillian Klein** y al **Mto. Francisco Morales**, por sus valiosas aportaciones que permitieron enriquecer aún más este trabajo.

A mi madre, por su gran apoyo moral, que siempre ha estado presente en mi vida.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, en especial a la **Facultad de Psicología**, por haberse cruzado en mi camino.

A los pacientes, pues sin su valiosa colaboración, este trabajo, sencillamente... no hubiera sido posible.

Elige un amigo :
que se interese en tu bien,
que censure tus errores,
y en tus dichas y dolores
se alegre o sufra también.

J. de D. P.

Este trabajo hubiera sido más difícil de realizar y llegar a su fin, sino hubiera contado con el apoyo de mis **compañeros y amigos**, a todos y cada uno de ellos, les agradezco sus palabras de aliento, que me mantuvieron motivada para no desistir de llegar a la meta trazada.

En especial, deseo manifestar mi agradecimiento a las **Psicólogas Magdalena Galván Corona y Ma. Teresa Cortés Padilla**, por haber compartido conmigo este arduo camino. **Gracias, gracias por todo su apoyo.**

Asimismo, agradezco al **Dr. Carlos Rosete Alvarez**, su invaluable apoyo emocional y académico, los cuales nunca dejaron de estar presentes.

Aún con lo reiterativo de los términos, quiero agradecer a la **Actuaría Margarita Canseco Flores**, su apoyo incondicional y su gran disposición para la realización de esta investigación. **Gracias mil** por tu paciencia y por compartir conmigo tu tiempo y tus conocimientos.

No podría dejar pasar por alto mi **agradecimiento** a la **Psic. Ma. Cristina Meza Sánchez**, quien hizo posible que el trabajo de campo fuera menos pesado.

INDICE

Resumen.....	7
Introducción.....	8
I.- Antecedentes	10
I.1.- Depresión.....	10
I.2.- Caminos a tratamiento.....	13
I.3.- Adherencia/Abandono del tratamiento.....	27
II.-Investigación.....	31
II.1.- Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos.....	31
II.2.- Metodología.....	34
II.3.- Resultados.....	42
II.3.1.- Datos generales (indicadores).....	42
II.3.2.- Acceso: medio de transporte, costo y tiempo que..... utiliza el paciente para solicitar atención médica.	50
II.3.3.- Caminos a tratamiento.....	55
II.3.4.- Percepción del paciente del servicio de psiquiatría....	65
II.3.5.- Citas subsecuentes en los servicios de psiquiatría,... psicología y trabajo social.	68
II.3.6.- Atención de los integrantes del equipo interdiscipli-... nario de salud mental (psiquiatra, psicólogo y tra- bajadora social).	77
II.3.7.- Otros motivos de abandono al tratamiento.....	95
III.- Discusión.....	106
III.1.- Factores personales.....	106
III.2.- Factores institucionales.....	108
III.3.- Factores laborales.....	110
III.4.- Datos generales (indicadores).....	111
III.5.- Acceso: medio de transporte, costo y tiempo que utiliza el... paciente para solicitar atención médica.	114
III.6.- Caminos a tratamiento.....	115

III.7.- Percepción del paciente del servicio de psiquiatría.....	118
III.8.- Citas subsecuentes en los servicios de psiquiatría, psicología y trabajo social.	119
III.9.- Atención del equipo interdisciplinario de salud mental..... (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social).	121
III.10.- Otros motivos de abandono al tratamiento.....	124
IV.- Conclusiones.....	126
V.- Anexos.....	131
V.1.- Anexo 1 Forma 4-30/8.....	131
V.2.- Anexo 2 Cuestionario.....	133
V.3.- Anexo 3 Motivos de inasistencia a consulta.....	162
V.4.- Anexo 4 Motivos para no solicitar otra cita.....	165
V.5.- Anexo 5 Molestias por el abandono.....	168
VI.- Bibliografía.....	172

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo, conocer los factores personales, institucionales y laborales que intervienen, para que el paciente deprimido (diagnosticado por el equipo de salud mental, en base al ICD-9) abandone el tratamiento en la consulta especializada

El estudio se realizó, con los pacientes que dejaron de asistir al servicio de psiquiatría, de la consulta externa del turno matutino, del Hospital Regional de Psiquiatría de la Unidad Morelos, dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se entrevistaron un total de 61 ex-pacientes (16 hombres y 45 mujeres); la recopilación de la información se hizo a través de un cuestionario de tipo cerrado, el cual permitió investigar las siguientes variables: 1) datos generales; 2) acceso: medio de transporte, costo y tiempo que utiliza el paciente para solicitar atención médica; 3) caminos a tratamiento; 4) percepción del paciente del servicio de psiquiatría; 5) citas subsecuentes en los diferentes servicios; 6) intervención del equipo de salud mental y 7) otros motivos de abandono al tratamiento.

Los resultados indicaron que fueron los factores de tipo personal los que tuvieron un mayor peso para dejar de asistir al servicio, seguidos de los factores institucionales y en tercer término los de tipo laboral.

Este trabajo también permitió observar como el Plan de Psiquiatría y Salud Mental ha sido implementado en esta área y como ha contribuido a una mejor atención al derechohabiente, tomando en cuenta el trabajo en equipo.

Reportó datos que permitirán mejorar el servicio, para tratar de disminuir el número de pacientes que abandonan el tratamiento, es decir, para tratar de lograr una mayor adherencia terapéutica, que repercuta en beneficio del paciente. Es importante no perder de vista las características de personalidad, las cuales no fueron tomadas en cuenta en este estudio, y que intervienen, posiblemente, en mayor medida en el abandono del tratamiento.

INTRODUCCION

El interés para la realización de esta investigación surge a raíz del trabajo continuo (siete años) de estar colaborando en uno de los equipos interdisciplinarios de salud mental del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta labor constante nos ha permitido observar que la mayoría de los pacientes adultos entre 22 y 65 años de edad son enviados por el médico familiar con un diagnóstico presuncional de neurosis depresiva, estado depresivo o síndrome depresivo. Los pacientes reportan acudir al primer nivel de atención, con el objeto de recibir atención por la sintomatología que presentan, sin saber, en la mayoría de los casos, que su padecimiento es de tipo emocional.

Incluso llegan a preguntarse el porque de su envío al servicio de psiquiatría, si su problema es sentirse decaídos, llorar "sin motivo alguno" o presentar molestias físicas, y esperan un medicamento que haga remitir esta sintomatología. En algunos casos el médico familiar les informa que están deprimidos, y en otros casos, que son sus "nervios" y por eso es que son enviados al servicio.

Es a través de la entrevista que realizamos para formar la historia clínica del paciente que se ha podido observar que el inicio de este estado depresivo varía, ya que algunos pacientes lo presentan desde edad muy temprana sin "percatarse" de ello (su queja sólo es en base a síntomas físicos) y reportan que así han podido salir adelante (no hay consciencia de enfermedad).

Otros manifiestan presentar síntomas de tristeza, llanto fácil, no tener deseos de hacer nada, pero que sin embargo tienen que realizar sus actividades diarias y han recurrido en varias ocasiones a solicitar atención médica a este padecimiento y sólo reciben, por lo general, diazepam.

Pero este medicamento no les ayuda, ya que sólo les provoca sueño y entonces menos pueden realizar sus actividades, prefiriendo recurrir a té para los nervios o algún otro remedio que llaman "casero", y dejan de tomar el medicamento prescrito ya que consideran estaban mejor antes de ingerirlo.

El envío al servicio de psiquiatría depende del médico familiar, y al parecer de su conocimiento con respecto a los padecimientos de la salud mental. Aunque no precisan el tiempo, algunos pacientes manifiestan ser enviados al servicio de psiquiatría, después de un período de tiempo de insistirle al médico familiar que se siguen sintiendo mal, pero a la vez se preguntan porque precisamente se les envía a este servicio si no están "locos".

Ahora bien, otros pacientes son canalizados en la primera o segunda consulta sin tener que pedir que se les envíe a este servicio y acuden porque los "mandaron" y les mencionaron que si no asistían al servicio no se les podría seguir atendiendo con respecto a su padecimiento depresivo o a los síntomas manifestados.

Son pocos los pacientes que reportan ser ellos mismos los que le solicitan al médico familiar que los canalice al servicio de psicología, ya que consideran necesitan ayuda especializada, y en su mayoría reportan no querer depender de un medicamento, y ante esta demanda a veces son canalizados.

Dado que el envío de un paciente al servicio de psiquiatría varía en tiempo, así como en las razones que el médico familiar tiene para canalizarlo, nos preguntamos: ¿ Porqué una vez que fueron atendidos los pacientes por el servicio de psiquiatría algunos de ellos abandonaron el tratamiento ? ¿ Qué factores de tipo personal, institucional y laboral intervinieron para que algunos pacientes abandonaran el tratamiento ?

Estas preguntas fueron susceptibles de investigación y es por ello que el objetivo de este trabajo fue conocer los factores que intervinieron para que el paciente deprimido (diagnosticado por el equipo de salud mental con base en el ICD-9) abandonara el tratamiento en la consulta especializada.

Cabe aclarar que en este trabajo no se tomaron en consideración los rasgos de personalidad (los cuales probablemente tengan un peso importante para la falta de adherencia terapéutica) de los pacientes que abandonaron el tratamiento, por no estar dentro del objetivo de estudio, y por considerar que la investigación hubiera tenido que tomar otro giro para poder realizarla.

I.- ANTECEDENTES

En los siguientes apartados, se hace una revisión de los estudios relacionados con este trabajo, los cuales nos permitieron apoyar la presente investigación.

I.1.- DEPRESION

Es importante destacar que desde los antiguos egipcios se ha reconocido a la depresión como uno de los trastornos médicos más frecuentes y desde entonces ya se le reconocía como entidad patológica definida, sin embargo, haciendo un poco de historia los términos melancolía y depresión, y los con ellos emparentados, se han venido refiriendo durante más de dos milenios a toda una serie de diferentes estados de aflicción.

Jackson, (1989), refiere que en el transcurso del tiempo, el término pudo denotar una enfermedad, un estado conflictivo suficientemente grave y duradero para que se pensara en él como en algo que tenía una entidad clínica. En otros se ha podido utilizar para indicar un estado emocional de cierta duración, probablemente molesto, sin duda no acostumbrado, pero que no podía ser considerado como algo patológico, que no era una enfermedad.

En otras ocasiones podía referirse a un temperamento o un tipo de carácter con un determinado tono y una determinada disposición emocional, tampoco patológicas; así tenemos que en otros países significaba tan sólo una forma de sentir de duración relativamente corta, de tono infeliz, pero difícilmente enfermiza.

Estaba claro que los diferentes estados así denominados no respondían a estados mentales corrientes, sino a un amplio espectro mayor que el recubierto por el término enfermedad. El autor antes referido, menciona que, es de tomar en consideración que el término depresión entró relativamente tarde en la terminología de los estados de aflicción.

Su origen proviene del latín de *premere* (apretar, oprimir), y *deprimere* (empujar hacia abajo), y con los significados que vienen de estos términos latinos, venido a menos, este término entró en uso en el inglés durante el siglo XVII; en ese mismo siglo se dan casos aislados en que se utiliza para significar "depresión del espíritu" o "aflicción".

Durante la última parte del siglo XIX los usos descriptivos de depresión para indicar estados de ánimo se hicieron crecientemente comunes, pero el término diagnóstico básico seguía siendo el de melancolía; quien hizo más común

el empleo del término depresión fue el psiquiatra Emil Kraepelin al crear una palabra que tuviera mayor especificidad diagnóstica que la palabra melancolía.

Goldman, (1989), refiere que durante la mayor parte de este siglo los clínicos han intentado subclasificar este síndrome basándose en los síntomas y las causas. Muchas de las subclasificaciones resultaron no válidas o poco dignas de confianza, como por ejemplo, la diferencia entre las depresiones que eran clasificadas como "reactivas" y las que no eran "reactivas", las cuales resultaron carecer de valor predictivo.

Todo esto hace ver que los criterios son muy subjetivos y dependen en gran medida de la manera en que se obtenga la historia clínica detallada y el valor que asignan al paciente, o el clínico a los cambios que ocurren de manera sistemática durante la vida.

También Calderón, (1987), menciona que la clasificación del síndrome depresivo ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas.

La historia de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios, entonces la depresión es llamada exógena y cuando no hay factores desencadenantes evidentes se le considera endógena, pero sigue siendo igual, muy subjetiva esta clasificación.

Dentro del aspecto emocional, los estados depresivos sobrevienen generalmente tras experiencias vividas como frustrantes: decepción, pérdida de aprecio, abandono, etc. En las depresiones neuróticas, el enfermo se hace reproches, pero lo que más desea es que se le escuche, que se le compadezca, que se le consuele.

Conjuntamente, el paciente acusa a los otros y a la suerte más que a sí mismo, se queja desesperadamente de su estado psíquico, de su astenia (falta o decaimiento considerable de fuerzas) y de su impotencia.

Este sentimiento de impotencia parece estar relacionado en el punto central de la conciencia del deprimido neurótico, quien la proyecta en su demanda de ayuda ambigua expresando la impotencia de los psicofármacos que se le prescribe.

Es de tomar en consideración, la necesidad que tienen estos pacientes de apoyarse en los otros, su avidez afectiva puede adquirir un carácter tiránico y agresivo respecto a los que le rodean. Son sensibles a las influencias del medio,

por lo que unas palabras de consuelo pueden mejorar durante unos instantes la reacción depresiva.

Como refiere Henry, (1980), se diría que en el fondo de la depresión hay una herida narcisista debido al abandono experimentado por la pérdida del objeto de su investimento o la desvalorización de este objeto (persona o ideal) y de ello resulta una necesidad de revalorización intensa.

Ahora bien, tomando en consideración la labor que realizamos en el hospital de psiquiatría, el número de pacientes enviados por el médico familiar con el diagnóstico de depresión neurótica o estado depresivo cada vez va en aumento, y por otro lado, nos hace ver a través de la historia clínica, como la depresión causa grandes sufrimientos a los enfermos.

Se han realizado varias investigaciones (no se refieren en este apartado, ya que no es el objetivo de la investigación), en donde se ha podido comprobar que la depresión es el padecimiento que más aqueja al ser humano y por ende el que mayor demanda de atención tiene en los diferentes centros de salud y consultorios médicos, dentro de las enfermedades de tipo mental.

La esperanza de vida esta incrementándose en la mayoría de los países y por esto los seres humanos, están corriendo mayor riesgo de sufrir depresión. Además, el incremento en la morbilidad de enfermedades crónicas, trae como consecuencia un aumento en la depresión.

Pero, ¿qué pasa con los pacientes que desertan y no continúan asistiendo, dejando inconcluso el tratamiento, y que al paso del tiempo repercute en sus actividades cotidianas? lo mismo cabría preguntarse con respecto a los servicios de salud mental, en donde el incremento de la demanda de atención cada día es mayor, dificultándose el mejoramiento de la sintomatología del paciente en corto tiempo, y que ante el abandono del tratamiento se traduce en pérdida por ambos lados.

Se han hecho estudios para conocer los caminos a tratamiento que siguen los pacientes para solicitar atención médica dentro de los servicios de salud mental, y los cuales vuelven a indicar que el mayor número de pacientes atendidos son aquellos que presentan sintomatología depresiva; de éstas investigaciones se habla en el apartado siguiente.

I.2.- CAMINOS A TRATAMIENTO

Tomando en consideración la creciente demanda de atención en lo que a este padecimiento (depresión) se refiere, se hace necesario un mayor apoyo que facilite un diagnóstico más oportuno y por lo tanto un tratamiento que evite al paciente años de sufrimiento y de inestabilidad económica y social.

Pero es en el primer nivel de atención, desde el punto de vista institucional, en donde surge la demanda ya sea explícita o implícita, dado que se ha podido detectar a través de la entrevista que realizamos (equipo interdisciplinario de salud mental) en el hospital de psiquiatría, que el inicio de este padecimiento es variable.

Así tenemos que, el comienzo del cuadro depresivo puede ser súbito y estar relacionado en apariencia con algún problema serio de tipo económico, familiar, laboral o sentimental, como por ejemplo la muerte de un ser querido, jubilación, despido laboral, una ruptura amorosa, etc.

En algunos casos el inicio del cuadro no puede precisarse ya que el enfermo no fija la atención en su estado emocional sino en sus molestias físicas, que con frecuencia le han venido originando problemas por años.

Es importante resaltar los trastornos somáticos como las cefaleas, sensaciones de ahogo, taquicardias, dolores vertebrales o articulares, trastornos digestivos, constipaciones, etc., pues es posible que estos trastornos adquieran tal importancia que el estado depresivo quede encubierto por estas quejas, por lo que un examen clínico minucioso permitirá establecer si estos trastornos son de etiología orgánica o si están expresando un estado depresivo.

Así vemos que en algunos casos, el curso del padecimiento puede evolucionar espontáneamente hacia la curación o mejoría, pero en su mayoría tienden a la cronicidad al no efectuarse un tratamiento adecuado, la magnitud de las molestias varía, pueden ser ligeras o perturbar seriamente al paciente.

Empero, ¿ que pasa con la ruta transitada por los pacientes que requieren atención en los servicios de psiquiatría y salud mental ?, esta claro que esto esta influido por las normas de prestación de servicios.

Caraveo y cols.,(1990), refieren que la prontitud o retraso en la atención de los desordenes mentales pueden estar condicionados por diversos factores, como: educación a la población para identificar la existencia de problemas, actitudes hacia los desordenes mentales, disponibilidad de servicios y accesibilidad tanto física como económica a los mismos, detección del trastorno por parte de los médicos generales, patrón sintomatológico de los pacientes, etc.

Caraveo-Anduaga y Mas-Conde, (1990), realizaron un estudio para conocer las necesidades de la población y el desarrollo de servicios de salud mental, esta investigación a su vez fue planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para conocer sobre "los caminos seguidos por los pacientes psiquiátricos en busca de atención".

El estudio lo realizaron con los pacientes que acudieron a solicitar atención durante un mes y los puntos que se abordaron fueron los siguientes:

- a) Inicio del episodio actual de la enfermedad.
- b) Primera búsqueda de ayuda y subsecuentes, hasta arribar al servicio
- c) Manifestaciones clínicas presentadas en cada búsqueda de atención.
- d) Tratamientos recibidos.
- e) Tiempo comprendido desde el inicio del padecimiento hasta la primera decisión para buscar ayuda.
- f) Tiempo transcurrido desde ésta hasta que es atendido por el servicio de psiquiatría y
- g) Diagnóstico psiquiátrico.

Esta investigación se realizó en un Centro de Salud (CS) dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaria de Salud (SSA)) que contaba con un servicio de salud mental y en el servicio de psiquiatría de un Hospital General de Zona (HGZ) dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Tuvo como objetivo investigar, en una serie de pacientes referidos a los servicios de psiquiatría, el camino desde el inicio de su padecimiento hasta ser atendidos por el servicio, con la finalidad de identificar puntos críticos, susceptibles de ser abordados estratégicamente en la ruta hacia la atención.

Utilizaron una cédula, diseñada por la OMS, para entrevistar a todos los pacientes que por primera vez acudieron a los servicios de psiquiatría comprendidos durante cinco semanas (un mes), incluyeron a todos los pacientes que no hubieran estado bajo tratamiento en el servicio durante el año previo al estudio; encuestaron un total de 142 pacientes, 66 del CS y 76 del HGZ.

Los resultados obtenidos reportaron que un mayor porcentaje de hombres fueron atendidos en el HGZ, aunque esta diferencia no fue significativa con respecto al CS. En cuanto al área de residencia, una proporción mayor del CS pertenecía al área de estudio, en comparación con los del HGZ, que provenían de colonias alejadas.

También hubo una marcada pobreza entre los pacientes del CS y los que acudieron al HGZ. En lo referente a la primera búsqueda de atención, la mayor parte de los pacientes acudieron previamente al médico general o a otro servicio.

Como en el caso del Centro de Salud, la población podía acudir directamente al servicio de psiquiatría y salud mental, un porcentaje importante (42.4% en comparación con el HGZ que fue de 7.9%) en su primera búsqueda de ayuda se presentó al mismo.

La sintomatología presentada fue diversa, pero la ansiedad mostró un porcentaje similar en ambas instituciones, mientras que la depresión, otros síntomas neuróticos y crisis epilépticas resultaron más frecuentes en los pacientes del Hospital General de Zona.

Las quejas somáticas fueron más frecuentes en el Centro de Salud, incluyendo las cefaleas, dolores abdominales, síntomas genitourinarios y otras molestias poco específicas.

En cuanto a los tratamientos administrados en la primera búsqueda de atención en pacientes con síntomas de depresión, ansiedad y otras quejas neuróticas, el hallazgo relevante fue que 13 pacientes atendidos en el HGZ recibieron sedantes, mientras que en el CS no se registró medicación con psicofármacos en ningún caso.

La frecuencia de sujetos por diagnóstico en ambas instituciones, resaltan las diferencias en los desórdenes de la infancia y adolescencia atendidos en el Centro de Salud y los casos de abuso de sustancias psicoactivas, incluyendo al alcohol, en el Hospital General de Zona.

Los antecedentes psiquiátricos en familiares en primero y segundo grado fueron similares para ambos grupos de pacientes; aunque reportan una frecuencia mayor de problemas de salud mental en la población que acude al CS resultando la patología en el cónyuge y familiares de éste.

En lo referente a las semanas transcurridas entre el inicio del padecimiento y la primera búsqueda de ayuda, resalta una gran diferencia entre una y otra población atendida, siendo el mayor retraso en los sujetos que acudieron al Centro de Salud.

Sin embargo, la mediana de retraso desde la primera búsqueda de atención hasta el arribo al servicio de psiquiatría fue más alta en el HGZ donde la mayor parte de los pacientes reportaron entre 12 y 16 semanas de retraso para ser atendidos por el especialista. Con base en estos datos las diferentes

condiciones presentadas por los pacientes se asemejan al considerarlas desde el inicio del padecimiento hasta que es recibido en el servicio de psiquiatría.

Pero tomando en cuenta el obstáculo organizativo, la diferencia en el retraso se hace evidente; mientras que en el CS la dilación para ser visto el paciente por el servicio de psiquiatría fue mínima, independientemente del tipo de problema, en el HGZ la mediana fue de 12 semanas. Solamente los problemas de sustancias psicoactivas y en los trastornos orgánicos los pacientes fueron recibidos por el servicio de psiquiatría en breve tiempo.

Surge entonces la problemática de la identificación de la naturaleza del objeto de demanda presentada por los pacientes ante el médico familiar, ya que este es el filtro que, en gran medida determina su pase al servicio de la especialidad.

Es factible que no sólo se presente la problemática de la identificación de la demanda, sino también el que el médico familiar conozca más a fondo las repercusiones de las enfermedades mentales para referir a los pacientes al servicio de psiquiatría para una atención más oportuna, ya que algunos de ellos reportan ser enviados después de haber acudido a diferentes servicios de especialidad y al no encontrarles nada, los mandan a éste servicio como último recurso pero no por considerarlo un servicio que pueda brindar ayuda sino para no continuar atendiéndolos.

Retomando lo dicho por Caraveo y cols., (1990), con respecto a la identificación de la naturaleza del objeto de demanda, es de tomar en consideración la investigación realizada por Pucheu, y Padilla, en 1986, estos autores recabaron datos de estudios epidemiológicos realizados en México con el objeto de conocer la magnitud del problema de los trastornos mentales en la práctica general.

Para obtener los datos analizaron el compendio de estadísticas vitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) (SSA) y los datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) sobre causas de consulta en el Distrito Federal y 27 estados de la República Mexicana.

Establecieron una lista de 135 grupos de enfermedades o problemas médicos; descartaron a los de menor puntaje y elaboraron una lista reducida a 45 problemas de salud, en la que las neurosis y los trastornos de personalidad no psicóticos obtuvieron un porcentaje de frecuencia de 2.0 a 3.9% en un sistema calificado de 0 a 10 puntos para medir desde distintas escalas cuanto pesa cada problema y compararlo con el conjunto.

La suma de los distintos puntajes alcanzó la cifra de 30 puntos por lo que las neurosis y los trastornos de personalidad no psicóticos ocuparon un tercer

lugar entre las enfermedades prioritarias desde el punto de vista de la metodología utilizada para analizar los motivos de consulta.

Estos documentos sirvieron de base a los autores (Pucheu y Padilla, 1986) para realizar un estudio sobre la frecuencia de los desordenes mentales en la práctica médica general/familiar. Este estudio lo realizaron en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS; y los objetivos de la investigación fueron:

1.- Estimar la prevalencia y tipo de trastornos psiquiátricos en una muestra poblacional mayor de 18 años, que asistió a solicitar atención médica por cualquier motivo durante el período de un mes.

2.- Determinar en que grado el médico familiar detecta los trastornos mentales.

Para recabar la información emplearon tres instrumentos:

1.- Cuestionario General de Salud (CGS), el cual se refería al estado de salud que el mismo paciente reportaba de lo acontecido durante los últimos quince días.

2.- Escala de Valoración del Paciente por el Médico Familiar (EVFAM), este instrumento diferenciaba casos de no casos y además sugería para éstos primeros, diferentes grados de medidas terapéuticas que debían seguirse.

3.- Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE), se utilizó para la valoración de síntomas, signos y el grado de severidad en que éstos se encontraban presentes. Este instrumento se aplicó a una submuestra de pacientes derivados de la muestra original.

De esta manera la muestra quedó conformada de 1,104 personas para el CGS, de 1,088 para la EVFAM y la submuestra de 798 para la EPE. El 61% de los pacientes fueron del sexo femenino y el 39% del sexo masculino.

El estudio reportó que los médicos familiares detectaron un 11.9% de casos moderados y definitivos, que de acuerdo a los criterios por ellos manejados, corresponden a pacientes que dada su patología mental quedan fuera de su alcance en lo que respecta al manejo y tratamiento del padecimiento. Este porcentaje es comparable con el detectado por el equipo de salud mental en cuanto a casos definitivos (11%) que se refieren a pacientes con necesidad de atención especializada.

A través de el CGS pudieron observar que de cada 100 pacientes que solicitaron atención médica, 43 presentaron algún grado de desajuste emocional que pudo ser considerado leve, moderado, severo o definitivo.

Los resultados también reportaron que las principales causas de morbilidad obtenidos por el primer diagnóstico (emplearon la clasificación internacional de las enfermedades (ICD-9)) muestran que las neurosis de diversos tipos ocuparon el primer lugar con 19%; en segundo lugar, las reacciones de adaptación con 10.8% y en tercer lugar los trastornos de personalidad con 4.6%.

Asimismo encontraron que los síndromes depresivos ocuparon el primer lugar con una frecuencia de 47% del total de los casos, los síndromes ansiosos ocuparon el segundo lugar con un 24%. Estos datos, como es lógico, no pueden ser extrapolados a todo el sector salud, pero resaltan que los trastornos mentales en la práctica médica general/familiar representan un problema de magnitud considerable que debe seguir siendo estudiada a través de más investigaciones.

Estudios más recientes como el realizado por Galer, y cols., (1991), a solicitud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en once países, muestra como esta problemática (la atención a los pacientes psiquiátricos en los servicios especializados) no es privativa de un país y que los caminos a tratamiento varía según la cultura de cada uno de esos lugares.

Este estudio fue realizado por diferentes investigadores, dependiendo del país, y describe los caminos que tomaron 1554 pacientes que fueron referidos a los servicios de salud, como ya se mencionó, en once ciudades, y los factores asociados con el retraso en su atención.

Los países que intervinieron en esta investigación fueron: Cuba, Checoslovaquia, India, Indonesia, Kenya, México, Portugal, Pakistán, República Democrática de Yemen, España y la Unión Kingdom, lo cual nos indica una gran variedad de sistemas de salud, pues algunas ciudades contaban con un mínimo de clínicas locales para la comunidad.

En otros lugares los centros de atención tenían relación con curanderos, otros eran manejados por psiquiatras y en otros centros se contaba con poco personal especializado. En cada ciudad, los participantes de cada centro recibieron una preparación especial para esta investigación.

El estudio se realizó con los pacientes que asistieron en un mes a pedir los servicios de salud mental y que además no hubieran recibido atención psiquiátrica en un año.

Utilizaron una encuesta que tomaba entre cinco y diez minutos para contestarla, y fue llenada por los profesionales de la salud mental y después por los pacientes durante la intervención inicial. Tomaron como base el ICD-10 para hacer los diagnósticos y los datos demográficos básicos incluyeron: edad, sexo, estado civil, ocupación, estrato social y área de residencia.

Se realizó un mapeo para cada país y para cada centro, para conocer el camino que tomaba o recorrían los pacientes para ser atendidos con respecto a su problemática.

Los resultados reportaron que en algunos centros de Europa y en la Habana se presentó un mayor número de pacientes del sexo femenino y sólo en cuatro centros del mundo desarrollado fue mayor el número de pacientes del sexo masculino que presentaron una edad mayor a los 65 años.

Los resultados reportaron que los pacientes recurren por lo general a practicantes o médicos generales de los hospitales. Los autores encontraron que en Aden y Nairobi, los pacientes siguieron un camino médico; en Aden el servicio es manejado a través de practicantes (81%) y en Nairobi los pacientes prefieren recurrir directamente al hospital (72%).

En México es similar a lo establecido en centros de salud de Europa, donde los pacientes son referidos a los centros especializados, pero algo que es de considerar, es que se encontró que en nuestro país un número significativo de pacientes acuden con curanderos en primer término. En Ujung Pandang en Indonesia, el 3% de los pacientes reportaron acudir dos o más veces con diferentes curanderos como camino a tratamiento.

La mediana de retraso varió grandemente entre los centros de salud, desde 32 semanas en la ciudad de México a tan sólo una semana en Nairobi, Kenya. Por otro lado el retraso entre la primera atención y el arribo a los profesionales de la salud mental son muy similares en los centros con excepción de Ujung Pandang.

Los resultados reportan que la mayoría de los pacientes que fueron vistos por los especialistas fueron diagnosticados como depresivos con excepción del centro de la Habana, Cuba, en donde hubo el mayor número de personas que presentaron síntomas de ansiedad.

Una investigación más específica (en lo referente a un sólo país) de los factores implicados en las "rutas asistenciales" en salud mental fue el realizado por Vázquez-Barquero, y cols. en 1993, en la Comunidad Autónoma de Cantabria en España.

El estudio tuvo como objetivo, profundizar en el análisis de las "rutas asistenciales" seguidas por las personas que buscaron ayuda en esa comunidad de España. Analizaron, en primer lugar, la influencia del sexo sobre las rutas en función de diversas variables demográficas, clínicas y asistenciales.

En segundo término, analizaron el impacto de los antecedentes psiquiátricos sobre el establecimiento de contacto médico y la derivación hasta los servicios de salud mental; y finalmente, la configuración que las rutas adoptaron en función de los distintos diagnósticos psiquiátricos, así como la naturaleza de los tratamientos recibidos a lo largo de la trayectoria asistencial seguida por los pacientes.

La población objeto del estudio incluyó a todos los "nuevos enfermos" (son aquellos pacientes que fueron vistos por primera vez en un servicio de salud mental o que fueron vistos de nuevo tras un período de al menos un año) que, a lo largo de un mes, establecieron contacto con los servicios psiquiátricos comunitarios en dos áreas de salud de Cantabria.

Las áreas de salud incorporadas correspondieron a una área urbana y a una área rural, también incluyeron pacientes que establecieron contacto, generalmente a través del servicio de urgencias, del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" y satisfacían el criterio de inclusión. Estos pacientes fueron denominados como pertenecientes a "otras áreas".

Se diseñó un cuestionario específico para este estudio, el cual fue aplicado a todos los "nuevos enfermos" por un psiquiatra perteneciente a uno de los servicios de salud mental. Este cuestionario permitió obtener información sistematizada acerca de los tipos de atención que han recibido los pacientes antes de contactar con los servicios de salud mental.

También analizaron la manera en que determinadas variables inciden en las "rutas asistenciales" seguidas por los "nuevos pacientes psiquiátricos" y la utilización que hacen de los servicios de salud mental. Uno de los objetivos esenciales de este estudio fue analizar las "rutas asistenciales" seguidas por los pacientes desde que comenzaron con sus síntomas hasta que establecieron contacto con la red de servicios de salud mental.

La "ruta asistencial" la consideraron desde el momento en que una persona desarrollo un problema psiquiátrico, o un problema somático con importante componente psicológico, definido por los autores como un caso "nuevo", y que tomo la decisión de utilizar los servicios del módulo de salud mental.

A partir de ese momento iniciaron una serie de registros relativos a los sucesivos contactos médicos realizados por el paciente hasta que éste llegó a los servicios de salud mental especializada incluidos en el estudio; es en ese punto donde consideraron que la "ruta asistencial" finalizaba.

Los resultados obtenidos indicaron una preponderancia del sexo femenino en ambas áreas de estudio. En lo referente a las edades, también hay una preponderancia en el sexo femenino sobre todo en las edades comprendidas entre los 25 y los 44 años; en lo referente al sexo masculino el grupo de edad más representado fue el comprendido entre los 45 y los 64 años.

En lo referente al estado civil, las diferencias fueron más llamativas, dado que se dio un claro predominio de los solteros entre los hombres (54.8%) y de las casadas entre las mujeres (51.7). La clase social presentó también una distribución diferente en función del sexo, la mayoría de las mujeres quedaron incluidas dentro de la clase media, mientras que en los hombres se halló más repartida, pero también hubo un predominio del nivel medio.

Ahora bien, la presencia de antecedentes psiquiátricos y de la persona que sugirió el contacto con los servicios de salud mental, en ambos sexos, fue el médico quien más frecuentemente los envió, esto también resultó más evidente en el sexo femenino, en los hombres el contacto fue más a través de la familia del paciente, siendo bajo el porcentaje de contactos surgidos de la propia iniciativa del enfermo.

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico, sobresale la alta prevalencia, en los varones, de trastornos mentales orgánicos y por uso de sustancias psicoactivas; mientras que en el sexo femenino resulta significativo el predominio de trastornos del humor y cuadros neuróticos.

En la muestra global, la mayoría de los "pacientes nuevos" establecieron el primer contacto con el "médico general" (54.3%) y con el médico hospitalario/especialista (en urgencias o en consultas especializadas) (26.4%), siendo la mayoría de los pacientes que acuden a estos niveles referidos, sin etapas intermedias, a los servicios psiquiátricos.

De esta manera el 84.1% de los pacientes que accedieron a los servicios psiquiátricos procedieron del "médico general" o del "médico hospitalario/especialista", y tan sólo un 9.9% de los pacientes llegaron directamente al servicio.

A su vez un 9.3% de los pacientes que llegaron a los servicios procedían de "otras agencias" como servicios sociales (5 contactos), servicios de carácter religioso (3 contactos), servicios psiquiátricos privados (3 contactos) y otros (3 contactos).

Aclaran que las escasas diferencias existentes en las "rutas asistenciales" seguidas a nivel global por cada uno de los sexos justifica la ausencia de una descripción más detallada del efecto que dicho factor ejerce sobre ellas. Sólo

refieren que los varones presentaron una mayor tendencia a contactar directamente con los servicios de psiquiatría (9.6%), frente al 1.1% en las mujeres.

La ruta de los pacientes sin antecedentes psiquiátricos resultó más compleja observándose un mayor número de contactos con el médico "hospitalario/ especialista", quien resulta ser una importante fuente de pacientes para el psiquiatra (41.1%).

Por el contrario, en los pacientes con antecedentes psiquiátricos fue más frecuente su envío por parte del "médico general" (54.5%) y por "otras agencias" (12.1%), a las que por otra parte, un alto número de pacientes con antecedentes psiquiátricos acude inicialmente (22.7%).

Un dato importante que llama la atención, es constatar que el porcentaje de pacientes que acudieron directamente, y en primera instancia, a los servicios psiquiátricos no se vio influenciado por la presencia de antecedentes psicopatológicos.

En lo que a la demora en la atención médico-psiquiátrica en los distintos niveles de la "ruta asistencial" se refiere, la medida en semanas, es muy dispersa, oscilando desde 0.0 hasta un máximo de 24 semanas.

Tomando en cuenta la variable sociodemográfica (sexo), en primer lugar, las demoras fueron en ambos casos, significativamente más prolongadas en las mujeres; en segundo término existió la tendencia entre los más jóvenes a presentar un menor tiempo de demora, las diferencias no fueron significativas; y finalmente, que las demoras hasta llegar a los profesionales en salud mental tienden a ser menores que hasta el primer contacto.

Confirmaron que un gran número de pacientes manifestaron haber recibido algún tipo de tratamiento antes de contactar con los servicios de salud mental, siendo esto especialmente notable en las mujeres, quienes recibieron tratamientos en más ocasiones, especialmente de fármacos sedantes y antidepresivos.

Los hombres, por su parte, recibieron ayudas prácticas de sus médicos generales en mayor proporción (44.4%) que las mujeres. Su estudio lo compararon con el realizado por la OMS (anteriormente enunciado), y tomaron en cuenta a comunidades con iguales raíces culturales a las de Cantabria, como sucede con los centros de Granada, La Habana y México.

Encontraron que la relación mujer/varón (1.4) coincide, o resulta muy similar, con la obtenida en los países mencionados. Respecto al estado civil,

también el porcentaje de solteros se relacionó estrechamente con la edad media de los individuos seleccionados.

En México se encontró la menor edad media (28 años), pero esto debido a que los datos procedían de una clínica infantil psiquiátrica. También en Granada la representación de los solteros fue mayor que la encontrada en la Habana y en Cantabria, siendo más elevada en estos dos últimos centros la edad media. No se indica en el estudio, el intervalo de edad que es manejado en esta clínica infantil, por lo que no es posible saber de donde se tomó el dato de la edad media.

En lo concerniente a la demora para recibir la atención especializada, encontraron que en Cantabria es relativamente corta en comparación con otras comunidades europeas y las de La Habana, siendo mayor la demora encontrada en la ciudad de México.

Por lo anterior, vemos que el tiempo de envío de un paciente varía en gran medida, siendo nuestro país uno de los que más retraso tienen al respecto (en base a estos estudios) y tomando en cuenta el Hospital General de Zona investigado, esto pudiera deberse, por un lado, a que el propio paciente no recurre de inicio, ante su sintomatología, al médico familiar (en el caso de pacientes derechohabientes).

Por otro, al hacerlo se presenta, al parecer la dificultad en el médico familiar para atender los problemas de salud mental, ya sea a través de él o para enviar al paciente al servicio de psiquiatría, esto sin dejar de tomar en cuenta el manejo administrativo que debe seguir el paciente para su atención.

Ante esto, cabría preguntarse ¿qué pasa con la relación médico-paciente en este primer nivel de atención? Tal vez por un lado, la falta de tiempo por parte del médico familiar ante la gran demanda de derechohabientes no le permita dar una atención más adecuada.

Pero también es posible como refieren Rossi y cols.,(1993), que no exista, en muchos casos, funciones empáticas por parte del médico, y capacidad de continente frente al desbordamiento de las emociones por parte del paciente, pues éste último va en busca de un interlocutor que lo comprenda, una persona capaz de acoger y compartir angustias, emociones y sufrimientos.

Es de considerar como mencionen estos mismos autores, que la confrontación con el dolor mental ponga en movimiento en el médico estructuras defensivas, dada la dificultad para comprender los mecanismos psíquicos que están en la base del malestar y que por lo tanto genere resistencia a todo aquello que aún concierniéndole al enfermo, no es físico, objetivo, ni cuantificable, por lo que no parece ser digno de consideración por parte del clínico.

Como consecuencia de esto, al no tolerar el médico la incertidumbre y la falta de datos "seguros", que es una característica de la investigación psiquiátrica, el médico podría reaccionar con escepticismo frente a la problemática psíquica de los propios pacientes, sobre todo, frente a la exigencia de comunicarse con el especialista o de asumir él mismo una actitud psicoterapéutica de escucha, de comprensión y de apoyo frente al paciente, repercutiendo en la mejoría del mismo.

Caraveo y cols.,(1986), llevaron a cabo una revisión de los datos informados por diferentes investigaciones epidemiológicas en psiquiatría, de acuerdo a los diferentes niveles de atención y presentan en este artículo algunos resultados de un estudio a nivel de la práctica médica familiar de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, en relación a la forma en que los trastornos mentales son detectados por el médico familiar.

Revisaron las estadísticas de demanda de consulta en el IMSS; encontraron que los trastornos neuróticos, así diagnosticados por los médicos familiares, constituyeron el decimotercer motivo de demanda de consulta y representan el 1.1% del total de consultas de primera vez.

Los trastornos más frecuentes fueron las neurosis y las reacciones de adaptación. Valoraron el porcentaje de pacientes que a juicio del médico familiar requerían atención psiquiátrica, siendo del 12% en el Centro de Salud y en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS y del 25% en el Hospital General Privado.

En el Hospital General detectaron que en las mujeres hay una clara tendencia a manifestar estados displacenteros en forma de ánimo depresivo, en tanto que los hombres presentaban somatizaciones compatibles con la angustia así como ansiedad manifiesta

A la vez, la conducta de enfermo fue diferente: las mujeres con ánimo depresivo presentaron como factores asociados la presencia de un padecimiento agudo aunado a ser amas de casa sin otra ocupación. En cambio, la presencia de un padecimiento crónico se asoció en los hombres con ánimo depresivo. La investigación realizada en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS arrojó un patrón sintomatológico similar.

Otros resultados mostraron que la identificación de trastornos psiquiátricos en la práctica médica familiar de la unidad investigada, dependió tanto del patrón sintomatológico del paciente, así como de la cronicidad de sus molestias, e implícito en esto, el tiempo que ha tenido el médico para conocer al paciente.

Por lo anterior se preguntaron ¿ qué tipo de patrón sindromático no fue detectado por el médico familiar ?, encontraron que un rango de 36.4% correspondió a la categoría de histeria, hasta el 48.6% en la depresión simple. En

las categorías limítrofes más frecuentes, el rango de acuerdo fue de 36.8% para la ansiedad hasta 50% en la depresión simple.

Es de considerar la recopilación hecha por Caraveo y cols.,(1986), ya que aunque el artículo no sea tan reciente, si nos esta manifestando que es en el primer nivel donde se presenta la dificultad para detectar los padecimientos psiquiátricos.

Al parecer sólo toman en cuenta los más comunes como la depresión y la ansiedad, no así los trastornos más graves, que aunque no es motivo de estudio de esta investigación si debe tomarse en cuenta para posteriores investigaciones, para evitar un mayor sufrimiento al paciente y un menor costo en la atención a la institución.

Vázquez-Barquero, y cols.,(1991), realizaron una investigación en donde el objetivo de estudio fue una doble problemática: por un lado la interacción entre enfermedad mental y patología física y por otro lado, como esta interacción se modifica de manera significativa bajo el influjo de factores socio-culturales.

La comunidad estudiada estuvo formada por tres ayuntamientos, situados en el lado sur de la bahía de Santander. Las variables utilizadas fueron:

a) Variable dependiente: Patología psiquiátrica (diseñaron un cuestionario específico para esta variable)

b) Variable independiente: Variables socio-demográficas (sexo, edad, estado civil, situación laboral, clase social, nivel educacional y zona de residencia). aclaran que la situación laboral "desempleado" incorporó, en el caso de las mujeres a las amas de casa.

Enfermedad física: En este estudio consideraron que existía enfermedad física cuando el paciente pudo aportar evidencia de padecer enfermedad física de tipo no transitorio.

Reportan una prevalencia estimada de morbilidad psiquiátrica para los varones de 9.3%, y para las mujeres de 19.6%. En términos generales observaron que los distintos niveles sociales y lugares de residencia no se asocian con diferencias significativas de morbilidad.

La morbilidad de los hombres, no así la de las mujeres, se ve afectada por su estado civil y/o situación laboral; y que el nivel de educación alcanzado y, especialmente, la presencia de enfermedad física parecen ser, en ambos sexos,

las condiciones más relevantes en cuanto a su posible influencia sobre la presencia de morbilidad psiquiátrica.

En lo referente a el nivel educacional bajo y la edad superior a los 45 años, en ambos sexos, presentaron un marcado incremento de morbilidad psiquiátrica. También en ambos sexos, la presencia de enfermedad física emerge como un factor altamente significativo a la hora de condicionar la morbilidad psiquiátrica, asociándose a las cifras de prevalencia más altas encontradas en el estudio.

Concluyen refiriendo que el estudio demostró que el sexo femenino presenta una mayor morbilidad psiquiátrica no psicótica que el masculino; que las mujeres desarrollan más alteraciones somáticas y psiquiátricas de tipo menor, y que incluso en ausencia de patología, presentan una mayor tendencia a establecer contacto con los servicios médicos y a consumir medicamentos .

Una vez más confirman que la ansiedad y la depresión son más frecuentes en las mujeres, y psicopatologías como el alcoholismo o las alteraciones conductuales predominan en los hombres.

Los resultados demostraron, del total de las variables incorporadas, que sólo la enfermedad física, en ambos sexos, y la situación laboral, en los varones, pueden considerarse predictores de riesgo de padecer alteraciones psiquiátricas.

Aunque en este artículo no se habla del abandono del tratamiento, lo aquí reportado nos indica la necesidad que presenta la población de una atención especializada a nivel de salud mental (aún cuando los datos son de otro país, pero en referencias anteriores hemos hablado del nuestro) y que quizás muchos no son canalizados por criterios propios del médico familiar.

Pero ¿ qué pasa con los pacientes que si son enviados al servicio de psiquiatría ? ¿ porqué se presentan sólo a unas cuantas consultas, e incluso a veces sólo a una y no regresan ? , ¿ qué factores intervienen para que esta conducta se presente ? habría que tomar en consideración qué pasa con la adherencia al tratamiento o la falta de la misma para que el paciente lo abandone.

I.3.- ADHERENCIA/ABANDONO DE TRATAMIENTO

Como se menciono en líneas anteriores, es posible que el médico familiar no tenga, por un lado, una capacidad de continente, y por otro lado es de tomar en cuenta que no es el especialista encargado de los problemas de salud mental, por lo que el envío de un paciente va a depender de sus parámetros, pero lo que nos interesa en este estudio es conocer porque algunos pacientes no se adhieren al tratamiento y deciden abandonarlo

- a) ¿ Qué pasa con la atención que se le da al paciente una vez canalizado a la consulta especializada que lo hace adherirse al tratamiento, o por el contrario, a abandonarlo?
- b) ¿ Qué expectativas tiene de este servicio el paciente ?
- c) ¿ Qué apoyo o atención espera recibir del servicio de psiquiatría ?
- d) Una vez que acude al servicio, ¿ Cómo percibe la atención que se le brinda ?
- e) ¿ Intervienen los integrantes del equipo interdisciplinario de salud mental para que el paciente decida abandonar el tratamiento ? y/o
- f) Son otros motivos propios del paciente que provocan que abandone el tratamiento, tales como el acudir porque lo enviaron, pero no esta convencido de que el servicio le pueda brindar ayuda a su problema.

Lo que hemos podido observar, es que la gran demanda de derechohabientes no ha permitido darles a todos una atención oportuna, provocando el abandono o falta de adherencia a los diferentes tratamientos; en especial en los pacientes que se muestran demandantes para ser atendidos.

Pero, ¿ qué es la adherencia terapéutica ?, Puente-Silva, (1984), menciona que es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico, es decir, que cumple con las prescripciones recibidas.

Becker y Maiman,(1975), conciben la adherencia terapéutica como el resultado de la interacción entre las motivaciones para la salud del individuo, el valor percibido al reducir la amenaza de una enfermedad específica y la probabilidad de que el cumplimiento del esquema terapéutico reduzca esa amenaza.

Por el contrario, como lo especifica Domínguez, (1984), la falta de adherencia se refiere a la terminación, abandono, separación, distanciamiento prematuro por parte del paciente de la terapia, al igual que la implementación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas.

También hemos podido observar que el lapso de tiempo de una cita a otra provoca deserción en el paciente o una respuesta más tardía al tratamiento lo que afecta la mejoría de los síntomas.

Pero no sólo son los factores de tiempo, aunque "la conducta se puede regir más por las consecuencias inmediatas que por las diferidas", (Domínguez, 1984) sino que también tuvimos que considerar como interveníamos en nuestra función de equipo interdisciplinario de salud mental, desde una perspectiva general y a la vez a nivel individual, ya que cada uno tiene su propia forma de abordaje con los pacientes.

Asimismo, tomamos en cuenta algunas razones o motivos que tiene el propio paciente, pues la continuidad de cualquier tratamiento depende de la cooperación y cumplimiento del enfermo en todo lo indicado por el médico o psicoterapeuta.

Carrillo, (1987), realizó un estudio para establecer la magnitud y las características de la población que deserta de un Centro de Salud ya que dentro del campo de la medicina ha sido considerado un problema debido a la interrupción del tratamiento, control y/o rehabilitación ocasionando complicaciones y secuelas importantes que redundan en el individuo, su familia, la institución y la sociedad.

Otra situación importante que menciona es el considerar, que la asistencia del paciente constituye "el mecanismo más idóneo para evaluar la calidad de la atención" y el impacto de la misma sobre todo en las instituciones médicas asistenciales del sector salud, ya que esto permite llevar un control que retroalimente al sistema mismo.

La inasistencia puede significar que el paciente no sintió confianza en el tratamiento, o bien que sintió mejoría, o prefirió acudir a otro tipo de atención ya sea médica o de otro tipo, también pudo haber abandonado el tratamiento por no tener una buena relación médico-paciente, por el tiempo prolongado en las citas para seguir valorando su tratamiento, o el que el hospital no cuente con servicio de urgencia etc.

Esta misma autora, en su trabajo reporta investigaciones sobre deserción en el Hospital Fray Bernardino Alvarez, del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro y del Centro de Psiquiatría Social y Salud Mental, en donde se encontró que una de las posibles causas es la lejanía del centro de atención con respecto al domicilio del paciente o su lugar de trabajo.

Ahora bien, el objetivo de su trabajo fue estudiar la deserción de los pacientes en el área de salud mental, el cual, hasta el momento del estudio, lo

reporta como inconsistente e insuficiente, repercutiendo en empeorar o por lo menos en perpetuar esa ya deteriorada atención.

El estudio lo realizó en la consulta externa del Centro de Psiquiatría Social y Salud Mental de la Secretaría de Salud. Sus hipótesis de trabajo fueron:

a) La deserción general de los pacientes que acuden a la consulta del Centro de Salud es alta, alcanzando proporciones del 40%, dándose después de tres consultas en promedio.

b) El diagnóstico, el médico tratante y el domicilio son factores que influyen en la deserción.

Hizo una revisión de expedientes (tanto de desertores como de no desertores) y llenó una ficha por cada uno, recabando datos socio-demográficos, tales como edad, ocupación, domicilio, médico tratante, No. de consultas subsecuentes, etc.

Consideró desertor al paciente que no siguió acudiendo al Centro en los últimos seis meses y dejó de acudir sin motivo aparente.

Los resultados reportaron con respecto a la edad, que la mayoría de los pacientes cayeron en el grupo de escolares y adolescentes (91), seguidos del grupo de adultos de 18 a 45 años, sin que hubiera diferencia en los porcentajes de un grupo y otro.

El sexo más frecuente en los expedientes revisados fue en ambos (desertores y no desertores) el masculino (95 pacientes en total). En escolaridad la mayoría de los pacientes tenían primaria incompleta, siendo en el grupo de desertores el doble que en el de los no desertores, la diferencia fue de 0.5%.

En lo referente a ocupación, hay gran similitud entre ambos grupos, destacando 74 pacientes estudiantes, 20 dedicados al hogar y 31 preescolares. También hubo similitud en el domicilio y en el funcionamiento familiar. En lo que respecta al número de consultas, está claramente asociada la deserción; los expedientes que tienen 3 o más notas de evolución esta cargado al grupo de no desertores (46%) contra desertores (4%).

El diagnóstico fue otra de las variables que mostró diferencias entre los grupos, las reacciones de adaptación fueron casi tres veces mayor en el grupo desertor; en el grupo no desertor el porcentaje fue mayor (30%) en el diagnóstico de perturbación de las emociones de la niñez y la adolescencia.

Este estudio deja la posibilidad de llevar a cabo otras investigaciones que permitan saber los motivos por los cuales el paciente abandona el tratamiento (que fue el objetivo de la presente investigación), ya que la conclusión queda a un nivel especulativo dado que sólo se trabajó a nivel de revisión de expedientes.

La revisión anterior en los diferentes apartados nos permiten observar, que los trastornos depresivos son en la actualidad, los padecimientos mentales de mayor prevalencia, no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo. Esto nos conlleva a considerar este tipo de padecimiento y el abordaje, en cuanto a la atención del mismo en donde varía, dependiendo de la información del paciente, así como del conocimiento del médico y tomando en consideración la atención a nivel institucional.

Los caminos a tratamiento difieren en cada país y dentro de los mismos también es diferente el manejo que se da para la atención de este padecimiento, o de cualquier padecimiento de la salud mental, en cada institución como lo indican los estudios realizados en los Centros de la Secretaría de Salud y los llevados a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lo anterior llevo a cuestionarnos que pasaba con la adherencia al tratamiento por parte del paciente, pues después de llevar a cabo todo un proceso administrativo para recibir atención con respecto a su sintomatología, tienden algunos de ellos, a desertar y dejar de asistir al servicio de psiquiatría una vez que fueron canalizados.

Querer conocer en forma más objetiva, (tomando como base el diagnóstico de depresión, así como los caminos que toman los pacientes para recibir atención), como los factores personales, institucionales y laborales, inciden en el abandono, fue que se decidió realizar la presente investigación en el hospital de psiquiatría donde laboramos.

II.- INVESTIGACION

II.1.- HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA UNIDAD MORELOS

(Lugar de donde se extrajo la muestra)

Para la realización de esta investigación, se hizo una revisión de 531 expedientes, correspondientes al segundo semestre de 1994 y al primer trimestre de 1995 del número de pacientes que se presentaron a pre-consulta, en el servicio de psiquiatría de la consulta externa del turno matutino del Hospital.

Pero antes de hacer referencia a la forma en que se obtuvo la muestra, cabe mencionar que el Hospital esta ubicado en la zona noreste del Distrito Federal, y presta servicio a los derechohabientes que son enviados de las Unidades de Medicina Familiar No. 23 y No. 94; del Hospital General de Zona No. 29 y del Centro Médico "La Raza".

La población derechohabiente que es atendida en este hospital, corresponde a un nivel socioeconómico medio y bajo; incluye colonias pertenecientes al Distrito Federal como las colonias: Casas Alemán, San Felipe de Jesús, El Risco, San Juan de Aragón (secciones I a la VII), La Esmeralda, Nueva Atzacualco, Pradera, Constitución de la República, Campestre Aragón, El Coyol, Emilio Carranza, Providencia, Ampliación Providencia, El Olivo, San Pedro el Chico, Guadalupe Tepeyac, Narciso Basols, Altamira y Tablas de San Agustín.

También presta servicio a los derechohabientes que viven en la zona metropolitana (Estado de México), las colonias que abarca son: Bosques de Aragón, Plazas de Aragón, Prados de Aragón, Valle de Aragón 1a y 2a. sección, Impulsora, Jardines de Morelos y Campestre Guadalupana.

El hospital cuenta con los servicios de Consulta Externa, turnos matutino y vespertino; el Servicio de Hospitalización y el Servicio de Hospital de Día para los pacientes dados de alta de hospitalización y que requieran de apoyo a nivel ocupacional y psicofarmacológico.

Para tener derecho a recibir atención en el servicio de psiquiatría, en el área de consulta externa, el paciente, primeramente, debe ser enviado de su Unidad de Medicina Familiar con un pase forma 4-30/8 (ver anexo 1); seguidamente solicitará pre-consulta con la jefe del servicio, quien realiza una primera valoración para ver si el padecimiento del enfermo corresponde al servicio.

También pueden ser canalizados del área de hospital, una vez que son dados de alta y se requiera de seguir su tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.

En caso de que el padecimiento del enfermo corresponda, se le da cita con alguno de los cuatro equipos interdisciplinarios (dos del turno matutino y dos del turno vespertino) dependiendo del rol, ya sea el mismo día o a más tardar al día siguiente, lo que nos indica una pronta atención.

Una vez que es canalizado el paciente con alguno de los equipos de salud mental, se procede a realizar la historia clínica, la cual es elaborada por el psiquiatra (médico tratante), en colaboración con el psicólogo y la trabajadora social.

Al término de la elaboración de la historia clínica, el equipo de trabajo, procede a analizar la misma para determinar el tratamiento a seguir. Se le informa al paciente del mismo, y se le dan las citas que se consideren necesarias en las diferentes áreas de apoyo (psiquiatría, psicología y trabajo social).

Ahora bien, retomando lo expuesto al inicio de este apartado, de la revisión de 531 expedientes se obtuvo el siguiente registro:

483 pacientes fueron enviados por los médicos familiares de las diferentes Unidades de Medicina Familiar que corresponden a la zona.

28 fueron dados de alta del hospital de psiquiatría y se les envió al área de consulta externa para continuar con el tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.

40 pacientes fueron enviados al servicio para que se les realizará una valoración psicológica, con la finalidad de ver si eran candidatos a pensión y

154 pacientes no fueron incluidos en la muestra por no estar dentro de los límites marcados con respecto a la edad.

Así, sustrayendo los expedientes anteriores se contó con un total de 309, de los cuales 167 correspondieron a pacientes diagnosticados por los equipos interdisciplinarios de salud mental (del turno matutino) como neurosis depresivas (con base en el ICD-9), de los cuales 75 abandonaron el tratamiento, ya que dejaron de asistir a sus citas programadas sin previo aviso.

Con base a estos datos, se puede observar que la demanda de atención es muy extensa, lo que permite abarcar por un lado una serie de tratamientos que permitan a los pacientes sentir una mejoría en su sintomatología, pero por otro lado, esta demanda también puede provocar que no todos "sientan" que son atendidos como eran sus expectativas.

La obtención de información, nos ha permitido conocer más objetivamente, como percibe el paciente deprimido que abandona el tratamiento, la atención que le brindó el servicio de psiquiatría, pero ésta puede ser revisada en el apartado de resultados y discusión.

II.2.- METODOLOGIA

- Planteamiento del Problema:

¿ Qué factores institucionales intervienen para que el paciente deprimido abandone el tratamiento en la consulta especializada ?

- Objetivo General:

Conocer los factores que intervienen para que el paciente deprimido abandone el tratamiento en la consulta especializada.

- Variables Investigadas:

- a) Datos generales (indicadores).
- b) Acceso: medio de transporte, costo y tiempo que utiliza el paciente para solicitar atención médica.
- c) Caminos a tratamiento.
- d) Percepción del paciente del servicio de psiquiatría.
- e) Citas subsecuentes en los servicios de psiquiatría, psicología y trabajo social.
- f) Intervención de los integrantes del equipo interdisciplinario (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social).
- g) Otros motivos de abandono al tratamiento.

- Definiciones Operacionales:

Motivo de abandono.- El paciente deja de asistir a servicio de la consulta especializada probablemente por: la atención recibida por el equipo de salud mental, falta de medicamentos, no contar con el apoyo familiar, no sentir mejoría, tiempo para trasladarse, falta de dinero para los pasajes, etc.

Envío.- Paciente que acude con el médico familiar (primer nivel de atención) a solicitar atención médica y éste lo manda con un pase forma 4-30-8 (ver anexo 1) de consulta especializada al servicio de psiquiatría para ser atendido por este servicio.

Intervención.- Es la atención que presta al paciente cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinario de salud mental.

Tiempo.- Período en que se presenta por primera vez el paciente a solicitar consulta con el médico familiar.

Latencia 1.- Tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas en el paciente y la consulta recibida en psiquiatría.

Latencia 2.- Tiempo transcurrido entre la solicitud de atención médica por parte del paciente en el primer nivel de atención y la consulta recibida en psiquiatría.

Tiempo de tratamiento.- Período que transcurre entre la primera consulta especializada recibida por el paciente y el abandono del tratamiento.

Abandono.- Separación prematura por parte del paciente, del tratamiento asignado por el equipo interdisciplinario. Dejar de asistir a las citas programadas sin previo aviso.

- Muestra:

Este estudio descriptivo, se llevo a cabo con los pacientes del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos, que fueron diagnosticados por los equipos interdisciplinarios de salud mental (en el turno matutino se cuentan con dos equipos, formados cada uno por un psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social) como neurosis depresiva y reacción depresiva (basándose para el diagnóstico en el ICD-9).

El intervalo de edad que se tomo en cuenta fue de 22 años como mínimo y de 65 años como máximo, de ambos sexos, que hayan acudido al área de consulta externa del turno matutino, en el segundo semestre de 1994 (julio-diciembre) así como en el primer trimestre de 1995 (enero-marzo) y que hayan dejado de asistir a sus citas programadas sin previo aviso.

- Instrumento:

Se elaboró primeramente un cuestionario que constaba inicialmente de 96 preguntas, de tipo cerrado, con excepción de la última pregunta que fue de tipo abierto.

Con este primer instrumento se realizó un piloteo con diez pacientes, escogidos al azar (cinco de cada equipo), que cumplieran con la edad establecida, así como con el diagnóstico, y que en el momento de la aplicación del cuestionario estuvieran acudiendo al servicio de la consulta especializada dado que no fue posible aplicarlos a los pacientes que habían abandonado el tratamiento porque formaban parte de la muestra.

La recopilación de los datos se hizo "cara" a "cara" y tuvo un tiempo que varió de 20 a 40 minutos por paciente. Este primer instrumento permitió investigar las variables ya mencionadas en el apartado de variables a investigar, en éste mismo apartado.

Este piloteo sirvió para hacer cambios al instrumento, como el incluir preguntas relacionadas con la inversión del dinero que gasta el paciente para trasladarse al hospital, ampliar el número de opciones en varias preguntas, hacer cambio de palabras, las cuales algunas personas confundían como la palabra depresión.

También se incluyeron preguntas que tenían que ver con la respuesta que había dado la persona en la pregunta anterior, como por ejemplo las preguntas 39, 64, etc. (ver anexo 2). Una vez tomado en cuenta lo reportado por el piloteo se procedió a elaborar el instrumento que se aplicó finalmente a la muestra seleccionada.

El cuestionario final (ver anexo 2) constó de 134 preguntas de tipo cerrado y una de tipo abierta, (pregunta 135), aumentándose 39 preguntas y ampliando el número de opciones en varias de ellas. En este instrumento final se incluyó la pregunta 130, la cual permitió "dar cierto peso" a los posibles motivos por los cuales los pacientes dejaron de asistir.

- Procedimiento:

Para llevar a cabo la recopilación de la información, primero se hizo una revisión de 381 expedientes, correspondientes a los pacientes que se presentaron

a pre-consulta y que fueron canalizados a los dos equipos de salud mental del turno matutino en el área de consulta externa.

De esta revisión se eliminaron 2 pacientes, los cuales fueron dados de alta del área de hospitalización; 28 fueron enviados por los médicos familiares de las diferentes Unidades de Medicina Familiar para que se les realizara un estudio psicológico, con la finalidad de ver si éstas personas eran candidatas a pensión. Cabe aclarar, que esta decisión corresponde al área de Medicina del Trabajo y nosotros sólo apoyamos a través de esta valoración.

Ahora bien, no fueron tomados en cuenta 95 pacientes, dado que no entraban en los límites de la edad marcados para esta investigación (22 a 65 años); de los 236 restantes, 117 no tuvieron el diagnóstico de neurosis depresiva o reacción depresiva, por lo que tampoco fueron incluidos para hacer la selección de la muestra.

Haciendo la sustracción de los expedientes que no cumplían con alguno de los criterios de inclusión, quedaron 119 que si cumplían con los requisitos, de aquí se extrajo la muestra final, ya que se corroboró, por las notas asentadas en los expedientes que 54 pacientes habían abandonado el tratamiento sin previo aviso.

Una vez que se extrajo la muestra se recopiló la siguiente información de cada uno de los expedientes:

- a) Nombre del paciente
- b) Domicilio del paciente
- c) Teléfono particular y/o de la oficina (en el caso de los que trabajaban)
- d) No. de afiliación como derechohabiente
- e) Edad
- f) Sexo
- g) Estado civil
- h) Escolaridad
- i) Ocupación
- j) Lugar de trabajo (nombre y domicilio de la empresa)

- k) Horario de trabajo
- l) Médico tratante (psiquiatra)
- m) Psicólogo(a) tratante
- n) Trabajadora social tratante

Estos datos fueron confrontados una vez que se recopiló la información, observándose algunos cambios, como por ejemplo, hubo pacientes que habían dejado de laborar en el transcurso del abandono del tratamiento.

Con la información anterior se procedió a hacer un listado con los nombres de los pacientes, su dirección, teléfono particular y ocupación, con la finalidad de hacer el primer contacto a través de la vía telefónica.

Este primer contacto se llevó a cabo en la semana del 17 al 21 de julio, comunicándonos con 29 pacientes, a los cuales se les pidió se presentarán en el hospital a la brevedad posible para que nos contestaran el cuestionario.

Informaron que pasarían en el transcurso de la semana, sin embargo, esto no se dio, por lo que se les hizo un segundo llamado al igual que un primer llamado a 18 pacientes más, obteniendo respuesta sólo por parte de 4 pacientes que se presentaron en el transcurso del mes de julio.

Por lo anterior, se decidió hacer la visita domiciliaria, por un lado, a los pacientes que no tenían teléfono (7 personas) y por otro lado, a las personas que aún habiendo pedido su colaboración no se presentaron.

Se hizo nuevamente contacto telefónico, pero ahora para concertar una cita y aplicar el cuestionario en el domicilio o en el lugar de trabajo de los pacientes. Aquí la respuesta fue mayor, e incluso 7 personas se presentaron al hospital para que no tuviéramos que trasladarnos a su domicilio.

Visitamos 42 domicilios y sólo una visita fue en el lugar de trabajo; en algunas ocasiones nos encontramos con que la persona a entrevistar no se encontraba y nos pedían regresáramos a otra hora, a veces sí fue posible y otras veces no, por lo que se tuvo que hacer de 2 a 3 visitas en varios domicilios.

Hubo pacientes a los que no se les pudo localizar y se les dejó el cuestionario para que lo contestaran, se les dio el número telefónico del hospital y del domicilio particular de la entrevistadora para que se comunicarán con ella si había duda para contestarlo.

La persona que recopiló la información se comunicó a través de la vía telefónica, en el horario en que le informaron podía localizar a los pacientes para contestar el cuestionario, esto se dio en 4 pacientes.

No fue posible entrevistar a las 54 personas que formaban la muestra, sólo se hizo contacto con 44 de ellos. Los motivos por los que a los 10 restantes no se les aplicó el cuestionario fue:

1 paciente: Su familia reportó: "anda muy mal, no hace caso, ya le pegó a su mamá a mí y a mis hijos no nos da nada, no trabaja, parece loco y a nadie hace caso, ya nos da miedo y no sabemos que hacer, que bueno que vino, díganos que podemos hacer porque ya no lo queremos ver"

Posteriormente la esposa del paciente se presentó al hospital para ver la posibilidad de internarlo, pero el paciente ya no tenía derecho al servicio médico por haber sido dado de baja en su trabajo.

1 paciente: Nadie respondió a los llamados telefónicos. Se hicieron 3 visitas domiciliarias y se dejaron recados sin que hubiera una respuesta. Los vecinos no supieron informarnos si aún residía en ese domicilio.

1 paciente: No fue dada de baja, mostró su carnet y su hoja de alta (error en el expediente).

1 paciente: Se le llamó al teléfono que dio y se nos informó que ahí no vivía y que no la conocían.

1 paciente: Nos informó la familia que falleció en un accidente automovilístico.

1 paciente: La dirección que manifestó fue falsa, nos informaron las personas que viven en ese domicilio que no lo conocían. En el expediente no había número telefónico para comunicarnos.

1 paciente: Se hizo contacto con su familia (padres), dijeron le iban a avisar para que se comunicara, lo cual no sucedió, se hizo visita domiciliaria a la casa de los padres, fue la que dio la paciente, pero estaba equivocada y no nos quisieron proporcionar la dirección correcta de ellos, ni la de su hija, diciendo que la paciente ya no vivía ahí, pero le iban a avisar.

1 paciente: Se negó a contestar el cuestionario porque manifestó que no sabía porque la habían mandado a ese servicio, y como su esposo no estaba en México no podía responder nada. Se le aclaró el motivo de nuestra visita, pero se negó.

2 pacientes: Cambiaron de domicilio y los vecinos no supieron informarnos en donde podíamos localizarlos.

Aún cuando con estos 44 pacientes se cumplía con el 80% de la muestra a encuestar, (que era uno de los límites que se habían marcado) al hacer una revisión de los cuestionarios, se observó que había varias preguntas sin respuesta (las correspondientes al área de valoración psicológica y de trabajo social), por lo que se consideró necesario ampliar la muestra.

Se procedió así, a hacer una nueva revisión pero ahora del primer trimestre (enero-marzo) de 1995. En esta segunda búsqueda de pacientes que habían abandonado el tratamiento, se hizo una revisión de 150 expedientes correspondientes a los pacientes que fueron canalizados a los equipos de salud mental de la consulta externa del turno matutino.

De estos 150 pacientes, 12 fueron enviados a valoración psicológica para trámite de pensión; 59 se excluyeron por no cumplir con el criterio de inclusión de la edad y 6 tampoco se tomaron en cuenta por haber sido pacientes enviados de hospitalización para seguir su tratamiento psicofarmacológico en la consulta externa.

En esta segunda revisión, 48 pacientes fueron diagnosticados como neuróticos depresivos, y de éstos 21 ya habían abandonado el tratamiento, por lo

que se procedió a sacar los mismos datos de los expedientes como en la primera revisión.

El procedimiento que se siguió en esta segunda aplicación del cuestionario varió únicamente, en que no se pidió a los pacientes que acudieran al hospital, sino que se hizo, a través del teléfono, una cita para acudir a sus domicilios.

La respuesta, en esta segunda etapa, en general fue buena, se aplicó el cuestionario a 17 pacientes y sólo a 4 de ellos no fue posible hacerlo por los siguientes motivos:

3 pacientes: Cambiaron de domicilio y los vecinos no supieron informarnos donde podíamos localizarlos.

1 paciente: El domicilio y el teléfono que dio estaban equivocados.

La recopilación de la información, se realizó en un período de dos meses, dado que hubo que visitar a varios pacientes en dos o tres ocasiones, y también, consideramos, se perdió tiempo al esperar que los pacientes se presentaran en el hospital, esto en lo referente a los pacientes que se contactaron en la primera etapa. Así, se aplicó el instrumento a un total de 61 pacientes, obteniéndose los resultados que se exponen en la siguiente sección.

II.3.- RESULTADOS

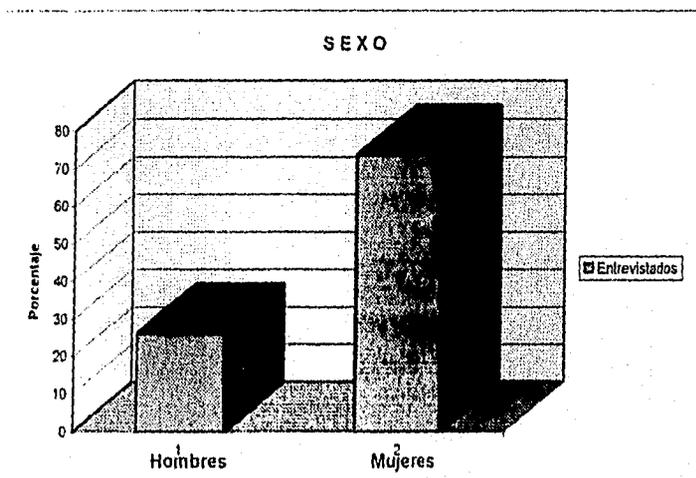
Se realizó el análisis descriptivo de los datos, tomando en cuenta cada una de las variables investigadas, y para una mejor descripción de los mismos, se realizaron las tablas y gráficas que a continuación se exponen:

II.3.1.- DATOS GENERALES (indicadores)

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Entrevistado	16	26.2	45	73.7	61	100
	(100%)		(100%)			

Tabla 1:

Indica el número de pacientes entrevistados (61 en total), observándose una marcada preponderancia del sexo femenino (45 pacientes) con respecto al sexo masculino (16 pacientes), por lo que se hizo necesario analizar los datos por sexo y no solamente en forma global.

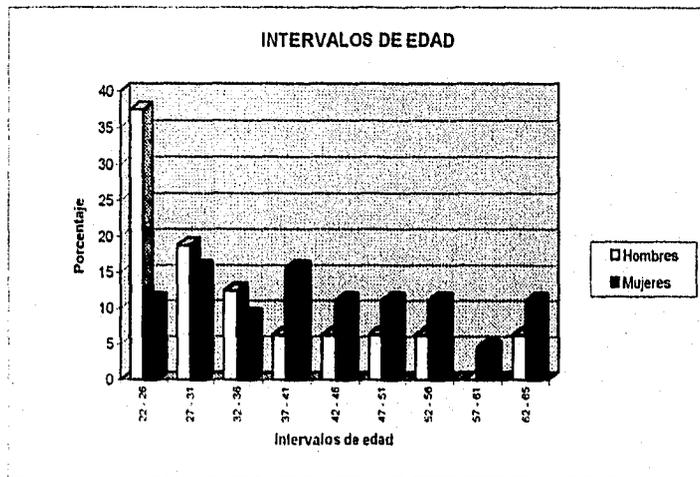


INTERVALOS DE EDAD

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
22 - 26	6	37.50	5	11.11	11	18.0
27 - 31	3	18.75	7	15.55	10	16.3
32 - 36	2	12.50	4	8.88	6	9.8
37 - 41	1	6.25	7	15.55	8	13.1
42 - 46	1	6.25	5	11.11	6	9.8
47 - 51	1	6.25	5	11.11	6	9.8
52 - 56	1	6.25	5	11.11	6	9.8
57 - 61	0	0.00	2	4.44	2	3.1
62 - 65	1	6.25	5	11.11	6	9.8
	(100%)		(100%)			

Tabla 2:

La deserción mayor, en los hombres, se dio entre los 22 y 26 años; en las mujeres fue entre los 27 y 31 años, lo que indica una población joven. La media global nos reportó una edad de 40 años 3 meses.

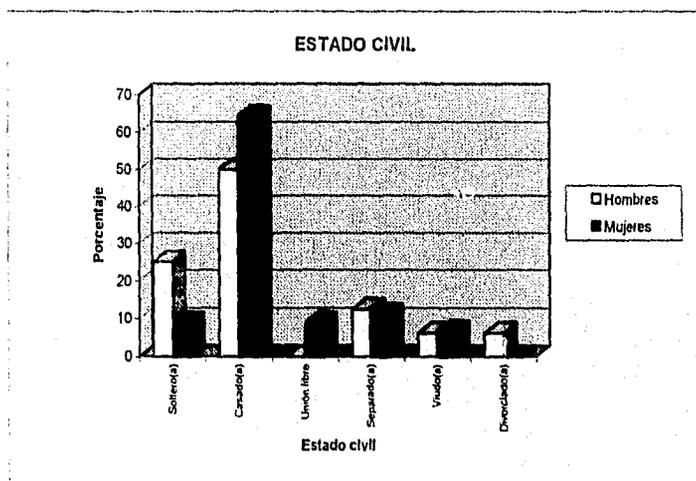


ESTADO CIVIL

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Soltero(a)	4	25	4	8,8	8	13,1
Casado(a)	8	50	29	64,4	37	60,6
Unión libre	0	0	4	8,8	4	6,5
Separado(a)	2	12,5	5	11,1	7	11,4
Viudo(a)	1	6,2	3	6,6	4	6,5
Divorciado(a)	1	6,2	0	0	1	1,6
	(100%)		(100%)			

Tabla 3:

Se observa que en ambos sexos, la mayoría de los que abandonaron el tratamiento eran casados, seguidos de los solteros y de los que vivían separados.

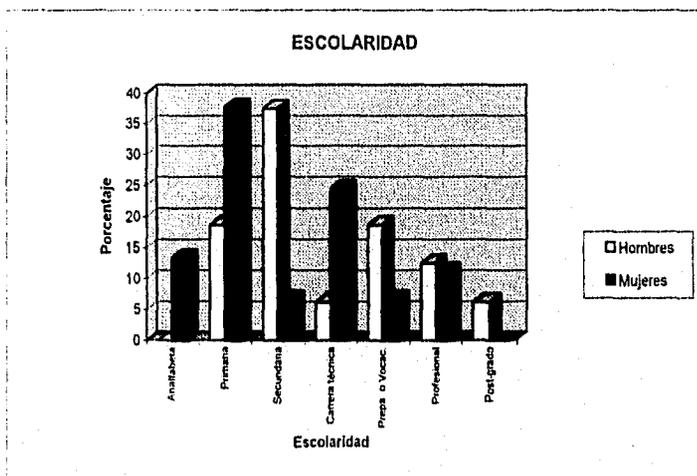


ESCOLARIDAD

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Analfabeta	0	0	6	13.3	6	9.8
Primaria	3	18.7	17	37.7	20	32.7
Secundaria	6	37.5	3	6.6	9	14.7
Carrera técnica	1	6.2	11	24.4	12	19.6
Prepa. o Voc	3	18.7	3	6.6	6	9.8
Profesional	2	12.5	5	11.1	7	11.4
Post-grado	1	6.2	0	0	1	1.6
	(100%)		(100%)			

Tabla 4:

Observamos que el mayor número de varones que dejaron el tratamiento, estaban a un nivel de secundaria, es decir, por arriba de las mujeres, las cuales en su mayoría solo cursaron el nivel primaria.

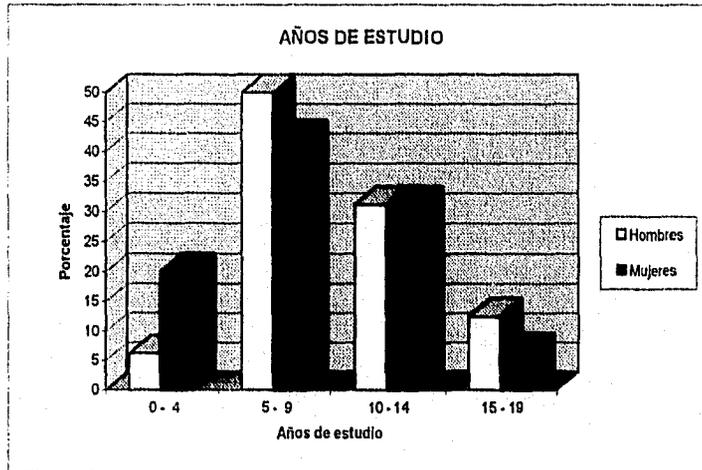


AÑOS DE ESTUDIO

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0 - 4	1	6.2	9	20	10	16.3
5 - 9	8	50	19	42.2	27	44.3
10 - 14	5	31.2	14	31.1	19	31.1
15 - 19	2	12.5	3	6.6	5	8.1
	(100%)		(100%)			

Tabla 5:

Podemos ver que ambos sexos están a un nivel de 5 a 9 años de estudio. En los hombres se obtuvo una media de 10 años 3 meses y en las mujeres de 7 años 7 meses, por debajo de los varones. Globalmente la media fue de 8 años 4 meses.

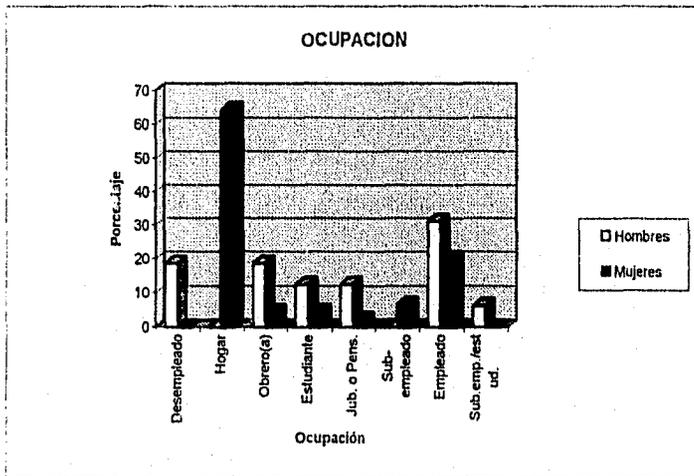


OCUPACION

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Desempleado	3	18.7	0	0	3	4.9
Hogar	0	0	29	64.4	29	47.5
Obrero(a)	3	18.7	1	4.4	4	6.5
Estudiante	2	12.5	2	4.4	4	6.5
Jub. o Pens.	2	12.5	1	2.2	3	4.9
Sub-emplead	0	0	3	6.6	3	4.9
Empleado	5	31.2	9	20	14	22.9
Sub.emp./est	1	6.2	0	0	1	1.6
	(100%)		(100%)			

Tabla 6:

Nos indica que la ocupación de los hombres era empleados y en el caso de las mujeres, su actividad estaba dirigida a las labores del hogar.

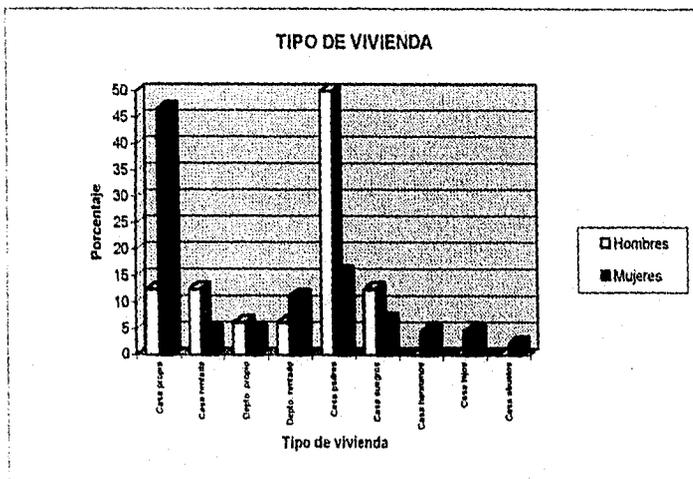


TIPO DE VIVIENDA

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Casa propia	2	12.5	21	48.6	23	37.7
Casa rentada	2	12.5	2	4.4	4	6.5
Depto. propio	1	6.2	2	4.4	3	4.9
Depto. rentad	1	6.2	5	11.1	6	9.8
Casa padres	8	50	7	15.5	15	24.5
Casa suegro	2	12.5	3	6.6	5	8.1
Casa herman	0	0	2	4.4	2	3.1
Casa hijos	0	0	2	4.4	2	3.1
Casa abuelos	0	0	1	2.2	1	1.6
	(100%)		(100%)			

Tabla 7:

Como lo indican los datos, la mayoría de los hombres vivían en casa de sus padres y las mujeres habitaban casa propia, esto pudiera tener relación con la edad de los pacientes.

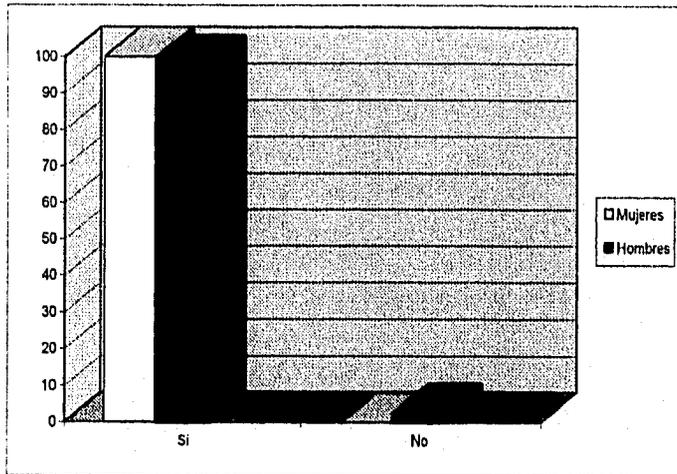


SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	16	100	44	97.7	60	98.3
No	0	0	1	2.2	1	1.6
	(100%)		(100%)			

Tabla 8:

Con excepción de un paciente del sexo femenino, los demás pacientes reportaron contar con los servicios de agua, luz y drenaje.



II.3.2.- ACCESO: MEDIO DE TRANSPORTE, COSTO Y TIEMPO QUE UTILIZA EL PACIENTE PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA

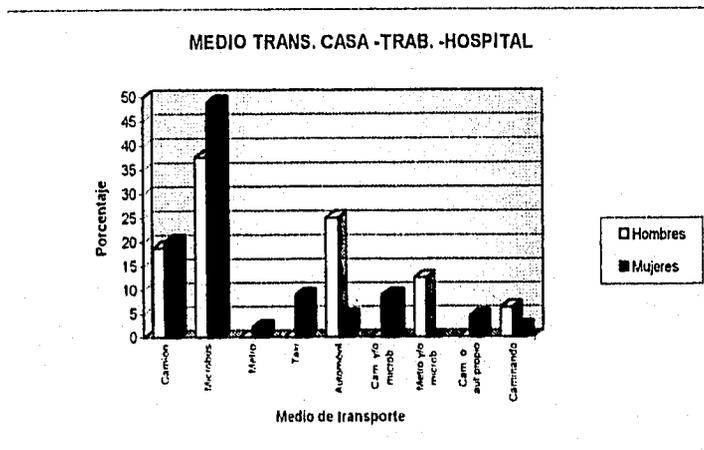
Se consideró tomar en cuenta en esta variable el tiempo que tarda el paciente en trasladarse de su domicilio o de su trabajo para llegar al hospital, así como el dinero que invierte en este trayecto. Los resultados reportaron que para algunos pacientes si fue motivo de abandono.

ACCESO: MEDIO DE TRANSPORTE CASA - TRABAJO - HOSPITAL

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Camión	3	18.7	9	20	12	19.6
Microbús	6	37.5	22	48.8	28	45.9
Metro	0	0	1	2.2	1	1.6
Taxi	0	0	4	8.8	4	6.5
Automóvil	4	25	2	4.4	6	9.8
Cam. y/o mlc	0	0	4	8.8	4	6.5
Metro y/o mi	2	12.5	0	0	2	3.1
Cam. o aut.p	0	0	2	4.4	2	3.1
Caminando	1	6.2	1	2.2	2	3.1
	(100%)		(100%)			

Tabla 9:

El medio de transporte más utilizado por los pacientes, en ambos sexos, fue el microbús, siendo el camión, el segundo medio de transporte más utilizado, dado que no presenta la misma red de comunicación, aún cuando es más barato.

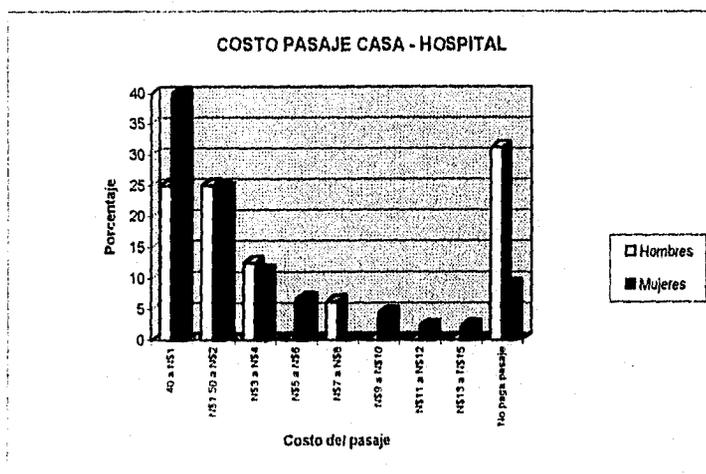


ACCESO: COSTO DEL PASAJE

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
.40 a N\$1	4	25	18	40	22	36.0
N\$1.50 a N\$2	4	25	11	24.4	15	24.5
N\$3 a N\$4	2	12.5	5	11.1	7	11.4
N\$5 a N\$6	0	0	3	6.6	3	4.9
N\$7 a N\$8	1	6.2	0	0	1	1.6
N\$9 a N\$1	0	0	2	4.4	2	3.1
N\$11 a N\$1	0	0	1	2.2	1	1.6
N\$13 a N\$1	0	0	1	2.2	1	1.6
No paga pas	5	31.2	4	8.8	9	14.7
	(100%)		(100%)			

Tabla 10:

Tomando en cuenta la tabla anterior, vemos que el costo del pasaje varió entre .40 clvs. y un N\$1, los cuales eran los costos mínimos vigentes, en el momento del estudio.

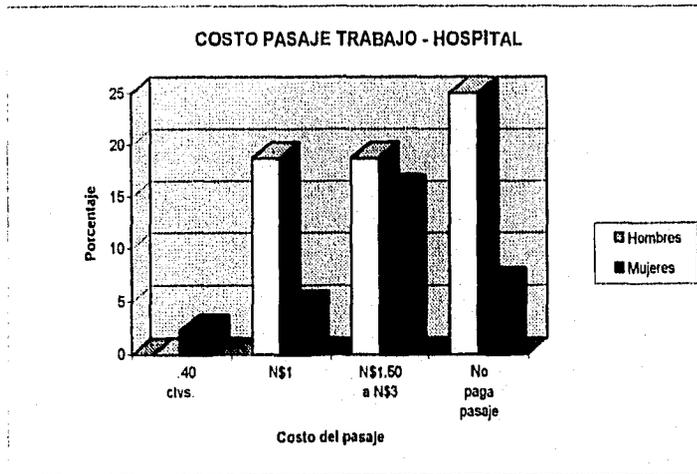


ACCESO: COSTO DEL PASAJE TRABAJO - HOSPITAL

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
.40 ctvs.	0	0	1	2.2	1	1.6
NS\$1	3	18.7	2	4.4	5	8.1
NS\$1.50 a NS\$	3	18.7	7	15.5	10	16.3
No paga pas	4	25	3	6.6	7	11.4
	(100%)		(100%)			

Tabla 11:

En el caso de los pacientes que tenían que trasladarse de su centro de trabajo al hospital, el costo del pasaje varió de NS\$1.50 a NS\$3.00 pesos.

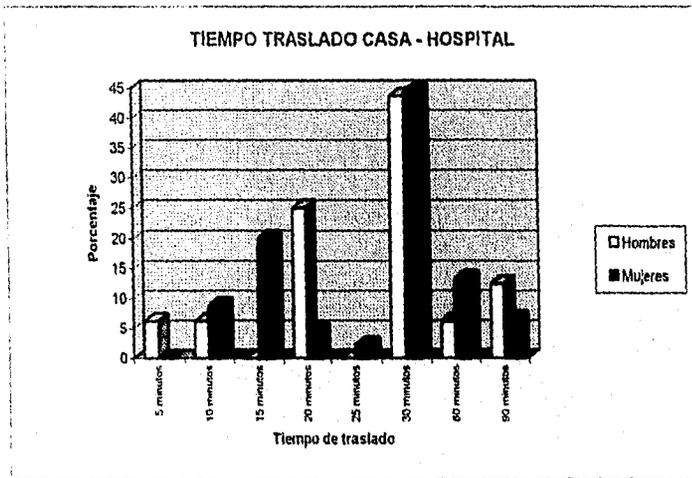


ACCESO: TIEMPO DE TRASLADO CASA - HOSPITAL

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
5 minutos	1	6.2	0	0	1	1.6
10 minutos	1	6.2	4	8.8	5	8.1
15 minutos	0	0	9	20	9	14.7
20 minutos	4	25	2	4.4	6	9.8
25 minutos	0	0	1	2.2	1	1.6
30 minutos	7	43.7	20	44.4	27	44.4
60 minutos	1	6.2	6	13.3	7	11.4
90 minutos	2	12.5	3	6.6	5	8.1
	(100%)		(100%)			

Tabla 12:

Se observa que en ambos sexos, la mayoría, reportaron que se trasladaban en un promedio de media hora, de su casa al hospital.

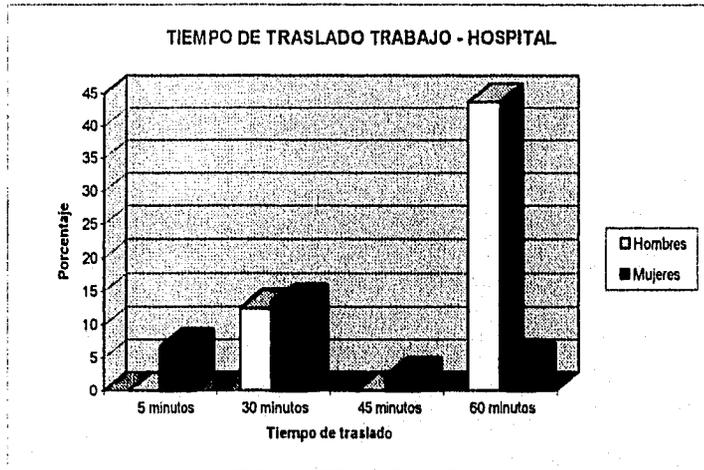


ACCESO: TIEMPO DE TRASLADO TRABAJO - HOSPITAL

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
5 minutos	0	0	3	6.6	3	4.9
30 minutos	2	12.5	6	13.3	8	13.1
45 minutos	0	0	1	2.2	1	1.6
60 minutos	7	43.7	2	4.4	9	14.7
	(100%)		(100%)			

Tabla 13:

Ambos sexos reportaron tardar hasta una hora para trasladarse de su trabajo al hospital, y en un menor porcentaje tardaban media hora, siendo relativamente corto el tiempo del mismo.



II.3.3.- CAMINOS A TRATAMIENTO

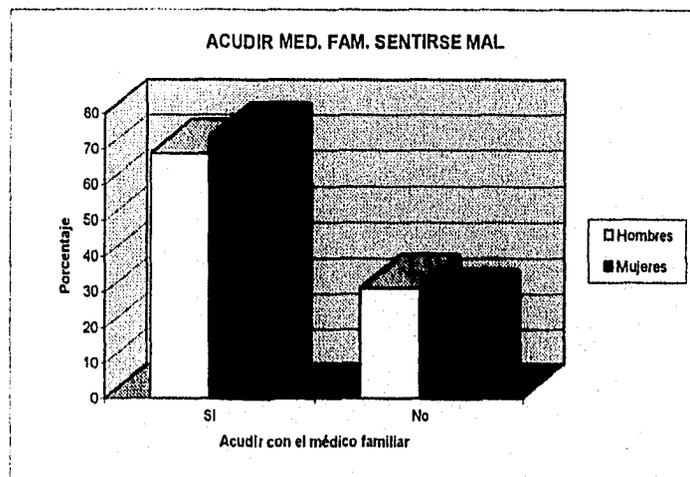
Los resultados nos indican las rutas que siguieron los pacientes para recibir atención médica con respecto a su padecimiento psiquiátrico.

ACUDIR AL MEDICO FAMILIAR AL SENTIRSE MAL

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	11	68.7	33	73.3	44	72.1
No	5	31.2	12	26.6	17	27.8
	(100%)		(100%)			

Tabla 14:

Estos datos nos indican, que la mayoría de los pacientes acudieron a solicitar atención al médico familiar cuando empezaron a sentirse mal.

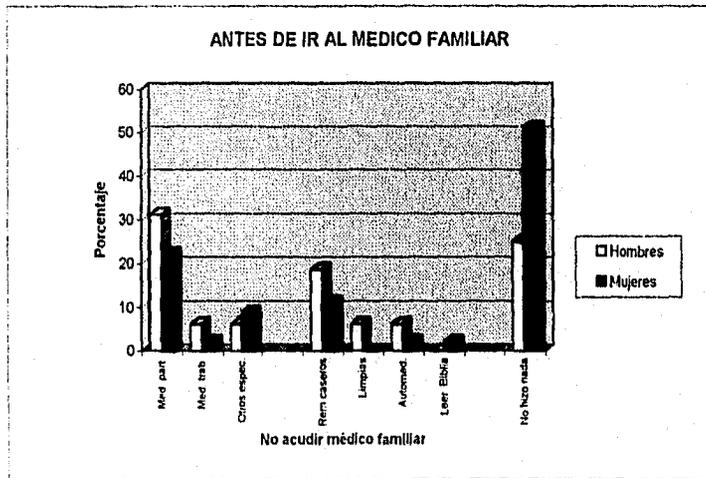


ANTES DE ACUDIR CON EL MED. FAM. EL PACIENTE RECURRIO A:

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Med. part.	5	31.2	10	22.2	15	24.5
Med. trab.	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Otros espec.	1	6.2	4	8.8	5	8.1
Rem. caseros	3	18.7	5	11.1	8	13.1
Limpías	1	6.2	0	0	1	1.6
Automed.	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Leer Biblia	0	0	1	2.2	1	1.6
No hizo nada	4	25	23	51.1	27	44.4
	(100%)		(100%)			

Tabla 15:

Vemos que antes de recurrir al médico familiar, los pacientes recurrieron a otro tipo de atención, ya sea profesional o no, siendo las mujeres las que obtuvieron un porcentaje mayor, al no acudir a solicitar atención médica.



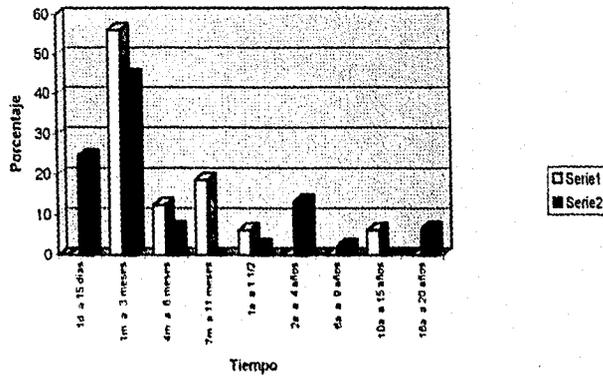
TIEMPO ENTRE PRIMERAS MOLESTIAS Y SOLICITAR ATENCION

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
1d. a 15 día	0	0	11	24.4	11	18.0
1m. a 3 me	9	56.2	20	44.4	29	47.5
4m. a 6 me	2	12.5	3	6.6	5	8.1
7m. a 11 m	3	18.7	0	0	3	4.9
1a. a 1 1/2	1	6.2	1	2.2	2	3.1
2a. a 4 año	0	0	6	13.3	6	9.8
6a. a 9 año	0	0	1	2.2	1	1.6
10a. a 15 añ	1	6.2	0	0	1	1.6
16a. a 20 añ	0	0	3	6.6	3	4.9
	(100%)		(100%)			

Tabla 16:

El 56.2% de los hombres y el 44.4% de las mujeres tardaron entre uno y tres meses para recibir atención médica y sólo en el caso de las mujeres, un 6.6% tardó entre 16 y 20 años.

TIEMPO PRIMERAS MOLESTIAS Y SOLICITAR ATENCION

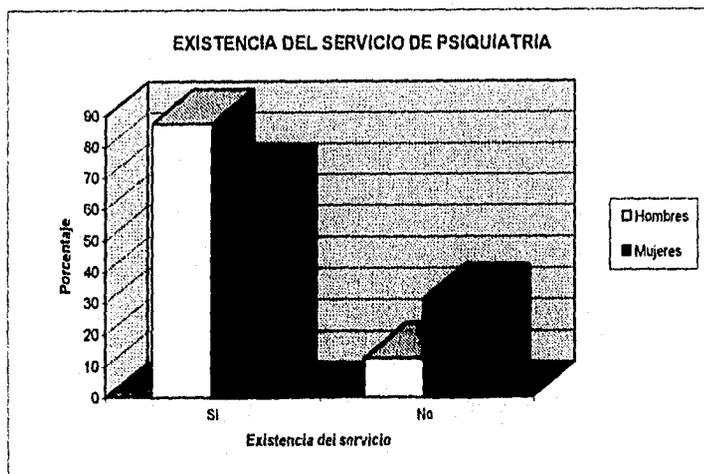


EXISTENCIA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	14	87.5	31	68.8	45	73.7
No	2	12.5	14	31.1	16	26.2
	(100%)		(100%)			

Tabla 17:

Un porcentaje alto, en ambos sexos, reportó saber de la existencia de éste servicio, pero esto no implicó que consideraran que su padecimiento debía ser atendido en el mismo.

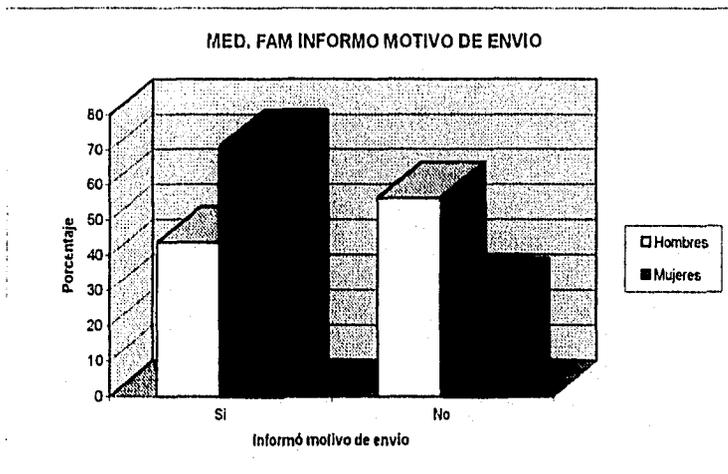


MEDICO FAMILIAR INFORMO MOTIVO DE ENVIO

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	7	43.7	32	71.1	39	63.9
No	9	56.2	13	28.8	22	36.0
	(100%)		(100%)			

Tabla 18:

Se observa que hubo mayor información en el caso de las mujeres, que en los hombres, para conocer el motivo de envío por parte del médico familiar.

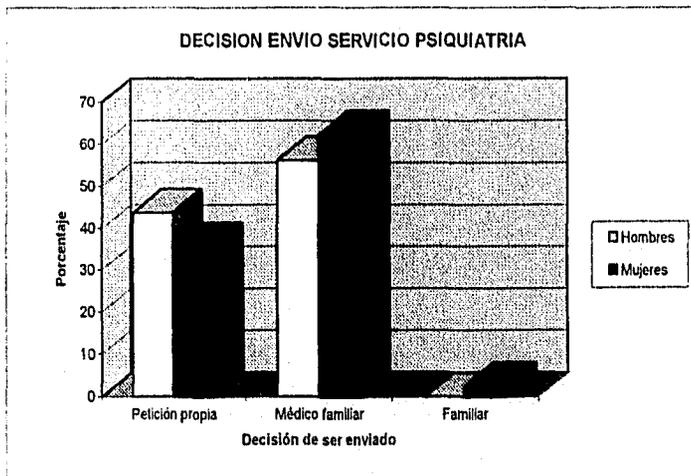


DECISION DE SER ENVIADO AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Petición prop	7	43.7	16	35.5	23	37.7
Médico famili	9	56.2	28	62.2	37	60.6
Familiar	0	0	1	2.2	1	1.6
	(100%)		(100%)			

Tabla 19:

Nos indica que en ambos sexos, la mayoría, fueron enviados por el médico familiar, y en un menor porcentaje, fue el propio paciente quien lo solicitó.

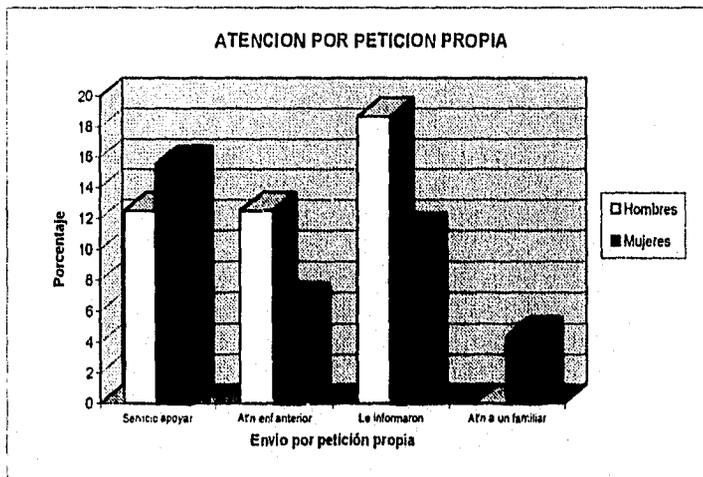


PACIENTES QUE SOLICITARON ATENCION POR PETICION PROPIA

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Servicio apo	2	12.5	7	15.5	9	14.7
At'n enf. anter	2	12.5	3	6.6	5	8.1
Le informaro	3	18.7	5	11.1	8	13.1
At'n a un fam	0	0	2	4.4	2	3.1
	(100%)		(100%)			

Tabla 20:

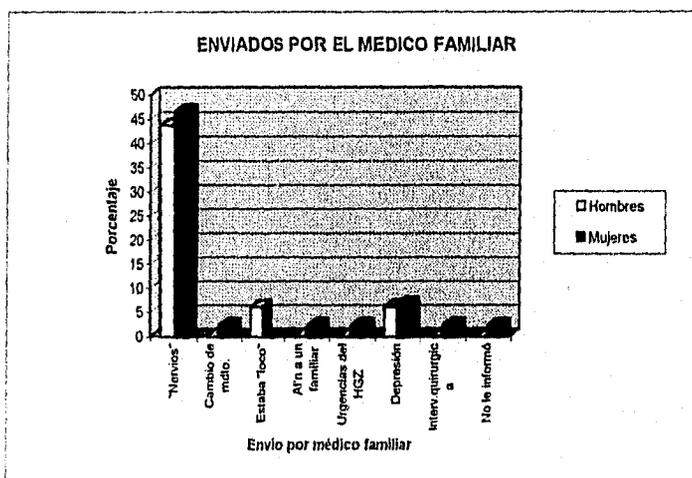
En el caso de los hombres, el 18.7% reportó que algún familiar o conocido, les informó que su padecimiento podía ser tratado por un psicólogo; en el caso de las mujeres el 15.5%, consideró que el servicio podía apoyarlas en su enfermedad.



PACIENTES ENVIADOS POR EL MEDICO FAMILIAR

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
"Nervios"	7	43.7	21	46.6	28	45.9
Cambio de m	0	0	1	2.2	1	1.6
Estaba "loco"	1	6.2	0	0	1	1.6
A/n a un fam	0	0	1	2.2	1	1.6
Urgencias de	0	0	1	2.2	1	1.6
Depresión	1	6.2	3	6.6	4	6.5
Interv.quirurg	0	0	1	2.2	1	1.6
No le informó	0	0	1	2.2	1	1.6
	(100%)		(100%)			

Tabla 21: Observamos que en ambos sexos, la explicación dada por el médico familiar, fue que eran enviados por problemas de los "nervios", sin dar otra explicación.

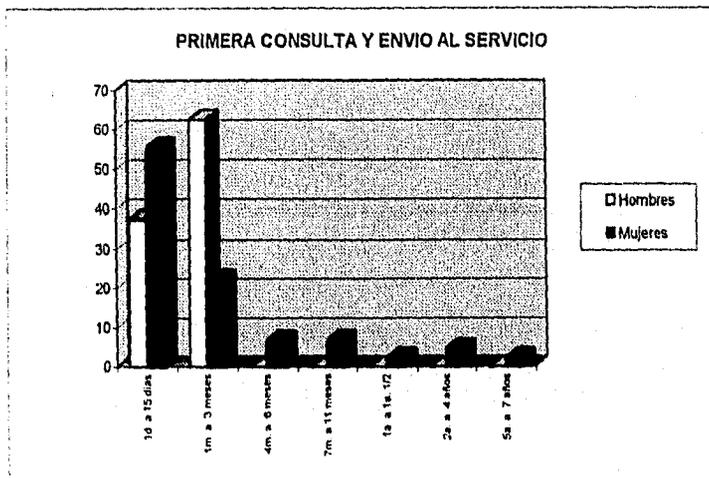


TIEMPO ENTRE PRIMERA CONSULTA Y ENVIO AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
1d. a 15 días	6	37.5	25	55.5	31	50.8
1m. a 3 me	10	62.5	10	22.2	20	32.7
4m. a 6 me	0	0	3	6.6	3	4.9
7m. a 11 me	0	0	3	6.6	3	4.9
1a. a 1a. 1/2	0	0	1	2.2	1	1.6
2a. a 4 años	0	0	2	4.4	2	3.1
5a. a 7 años	0	0	1	2.2	1	1.6
	(100%)		(100%)			

Tabla 22:

Fue más rápido el envío de las mujeres, de 1 a 15 días, que en el caso de los hombres, en que oscilo entre 1 mes y 3 meses.

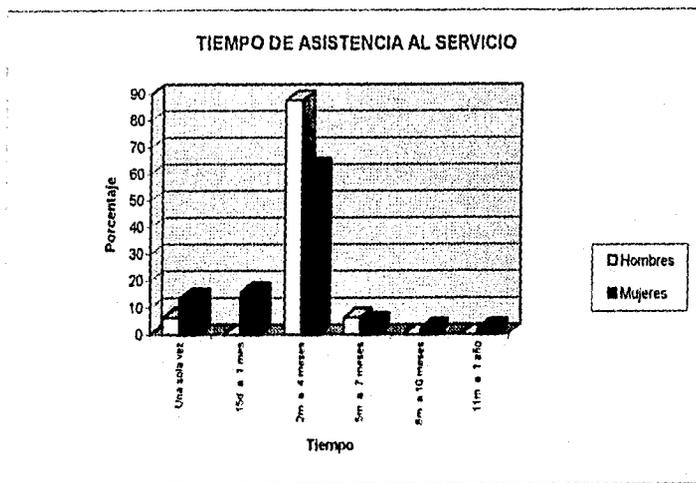


TIEMPO QUE ACUDIO EL PACIENTE AL SERVICIO

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Una sola vez	1	6.2	6	13.3	7	11.4
15d. a 1 me	0	0	7	15.5	7	11.4
2m. a 4 me	14	87.5	28	62.2	42	68.8
5m. a 7 me	1	6.2	2	4.4	3	4.9
8m. a 10 m	0	0	1	2.2	1	1.6
11m. a 1 añ	0	0	1	2.2	1	1.6
	(100%)		(100%)			

Tabla 23:

La mayoría de los pacientes (hombres y mujeres), acudieron de dos a cuatro meses. Globalmente sólo el 11.4% acudió a la consulta de primera vez.



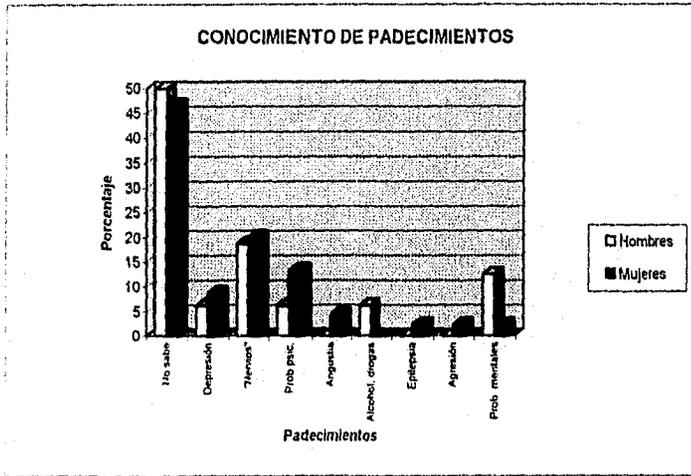
II.3.4.- PERCEPCION DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON RESPECTO A PADECIMIENTOS QUE SE ATIENDEN EN EL SERVICIO

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
No sabe	8	50	21	46,6	29	47,5
Depresión	1	6,2	4	8,8	5	8,1
"Nervios"	3	18,7	9	20	12	19,6
Prob.psic.	1	6,2	6	13,3	7	11,4
Angustia	0	0	2	4,4	2	3,1
Alcohol, drog	1	6,2	0	0	1	1,6
Epilepsia	0	0	1	2,2	1	1,6
Agresión	0	0	1	2,2	1	1,6
Prob. mental	2	12,5	1	2,2	3	4,9
	(100%)		(100%)			

Tabla 24:

En general, los pacientes reportaron no saber que padecimientos se atienden en el servicio; el porcentaje mayor (47.5%) correspondió precisamente a este rubro.

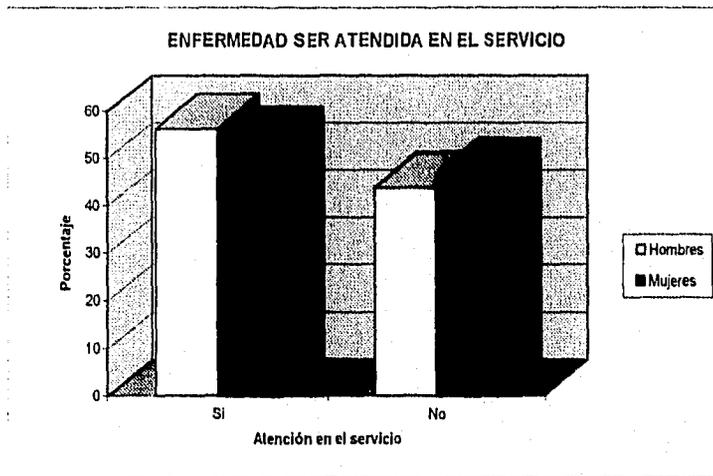


**PACIENTE SABIA QUE SU ENFERMEDAD DEBIA SER ATENDIDA EN EL
SERVICIO**

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	9	56.2	24	53.3	33	54.0
No	7	43.7	21	46.6	28	45.9
	(100%)		(100%)			

Tabla 25:

El 56.2% de los hombres y el 53.3% de las mujeres, consideraron que su padecimiento si podía ser atendido en el servicio, por el hecho de ser enviados por el médico familiar.

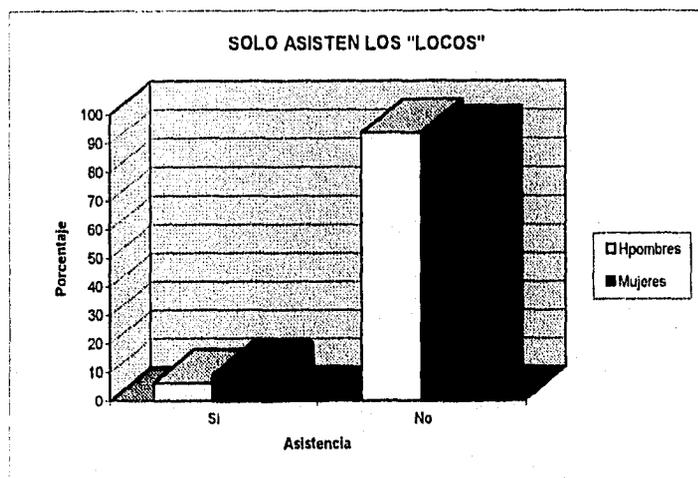


AL SERVICIO SOLO ASISTEN LOS "LOCOS"

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	1	6.2	4	8.8	5	8.1
No	15	93.7	41	91.1	56	91.8
	(100%)		(100%)			

Tabla 26:

Tanto en las mujeres, como en los hombres, observamos que (en un menor porcentaje, 8.8% y 6.2% respectivamente), existe la idea de que sólo los "locos" asisten a este tipo de servicio.



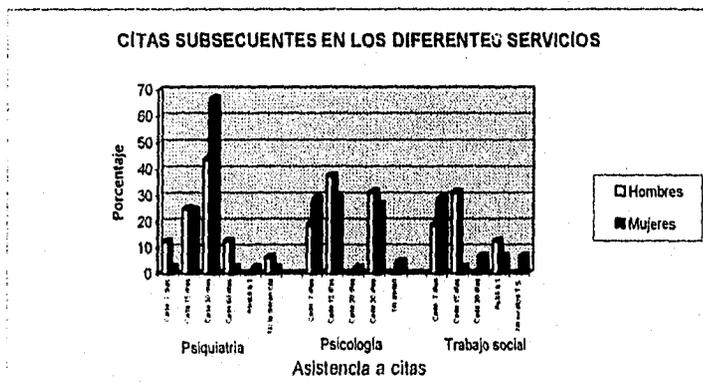
**II.3.5.- CITAS SUBSECUENTES EN LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA,
PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL**

CITAS SUBSECUENTES EN LOS SERVICIOS DE:

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatría:						
Cada 7 días	2	12.5	1	2.2	3	4.9
Cada 15 días	4	25	11	24.4	15	24.5
Cada 30 días	7	43.7	30	66.6	37	60.6
Cada 60 días	2	12.5	1	2.2	3	4.9
Asistió a 1	0	0	1	2.2	1	1.6
No le dieron	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Psicología:						
Cada 7 días	3	18.7	13	28.8	16	26.2
Cada 15 días	6	37.5	13	28.8	19	31.1
Cada 20 días	0	0	1	2.2	1	1.6
Cada 30 días	5	31.2	12	26.6	17	27.8
No asistió	0	0	2	4.4	2	3.1
Trabajo social:						
Cada 7 días	3	18.7	13	28.8	16	26.2
Cada 15 días	5	31.2	1	2.2	6	9.8
Cada 30 días	0	0	3	6.6	3	4.9
Asistió a 1	2	12.5	3	6.6	5	8.1
No focalizó T	0	0	3	6.6	3	4.9
	(100%)		(100%)			

Tabla 27:

Indica el tiempo en que fueron programadas las citas en los diferentes servicios, y vemos que para ambos sexos, en psiquiatría se programaron con un lapso de un mes; en psicología fue de 15 días al igual que en trabajo social.

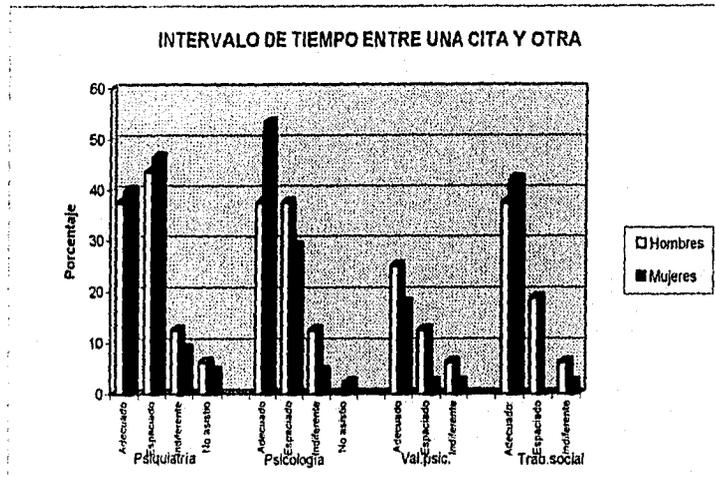


INTERVALO DE TIEMPO ENTRE UNA CITA Y OTRA EN LOS DIFERENTES SERVICIOS

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatría:						
Adecuado	6	37.5	18	40	24	39.3
Espaciado	7	43.7	21	46.6	28	45.9
Indiferente	2	12.5	4	8.8	6	9.8
No asistió	1	6.2	2	4.4	3	4.9
Psicología:						
Adecuado	6	37.5	24	53.3	30	49.1
Espaciado	6	37.5	13	28.8	19	31.1
Indiferente	2	12.5	2	4.4	4	6.5
No asistió	0	0	1	2.2	1	1.6
Val. psicológica:						
Adecuado	4	25	8	17.7	12	19.6
Espaciado	2	12.5	1	2.2	3	4.9
Indiferente	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Trabajo social:						
Adecuado	6	37.5	19	42.2	25	40.9
Espaciado	3	18.7	0	0	3	4.9
Indiferente	1	6.2	1	2.2	2	3.1
	(100%)		(100%)			

Tabla 28.

Vemos como consideró el paciente, el tiempo en que le fueron programadas las citas, siendo espaciado para el 43.7% de los hombres y para el 46.6% de las mujeres en psiquiatría; en psicología el porcentaje fue mayor, en ambos sexos, al considerarlo adecuado, al igual que en las otras dos áreas. Cabe aclarar que nadie lo consideró continuo.

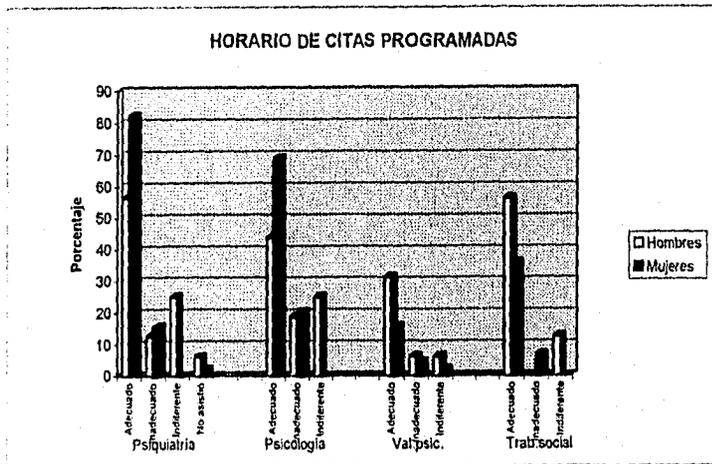


HORARIO DE CITAS PROGRAMADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatría:						
Adecuado	9	56.2	37	82.2	46	75.4
Inadecuado	2	12.5	7	15.5	9	14.7
Indiferente	4	25	0	0	4	6.5
No asistió	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Psicología:						
Adecuado	7	43.7	31	68.8	38	62.2
Inadecuado	3	18.7	9	20	12	19.6
Indiferente	4	25	0	0	4	6.5
Valor psicológica:						
Adecuado	5	31.2	7	15.5	12	19.6
Inadecuado	1	6.2	2	4.4	3	4.9
Indiferente	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Trabajo social:						
Adecuado	9	56.2	16	35.5	25	40.9
Inadecuado	0	0	3	6.6	3	4.9
Indiferente	2	12.5	0	0	2	3.1
	100%		100%			

Tabla 29:

El horario en que les fueron programadas sus citas en los diferentes servicios, tanto a los hombres como a las mujeres, lo consideraron adecuado.

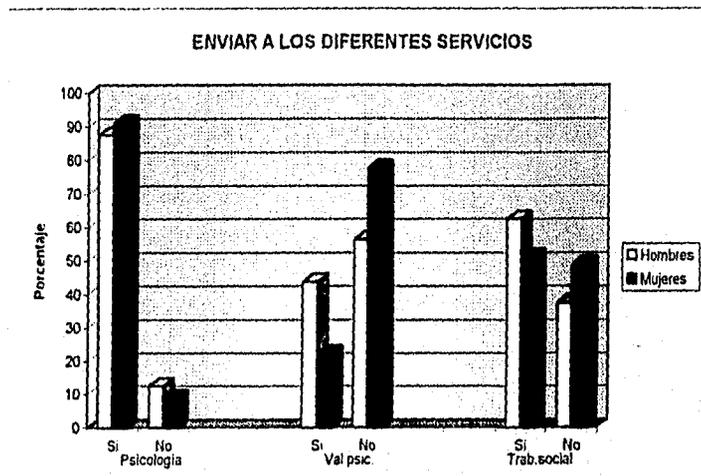


SER ENVIADO A LOS DIFERENTES SERVICIOS

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psicología:						
Si	14	87.5	41	91.1	55	90.1
No	2	12.5	4	8.8	6	9.8
Valor psicológica:						
Si	7	43.7	10	22.2	17	27.8
No	9	56.2	35	77.7	44	72.1
Trabajo social:						
Si	10	62.5	23	51.1	33	54.0
No	6	37.5	22	48.8	28	45.9
	100%		100%			

Tabla 30:

Se puede observar en este cuadro, que el mayor número de pacientes que acudieron a psiquiatría, fueron canalizados al área de psicología y en menor porcentaje, a las otras dos áreas.

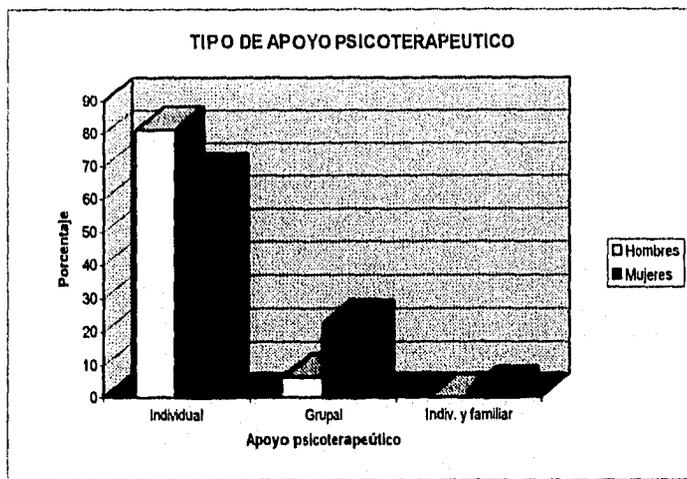


TIPO DE APOYO PSICOTERAPEUTICO BRINDADO EN PSICOLOGIA

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Individual	13	81.2	30	66.6	43	70.4
Grupal	1	6.2	10	22.2	11	18.0
Indiv. y familli	0	0	1	2.2	1	1.6
	100%		100%			

Tabla 31:

El tipo de apoyo psicoterapéutico que más se brindó a los pacientes, fue de tipo individual, seguido del grupal y familiar. La modalidad de pareja no se presentó en los pacientes que abandonaron el tratamiento.

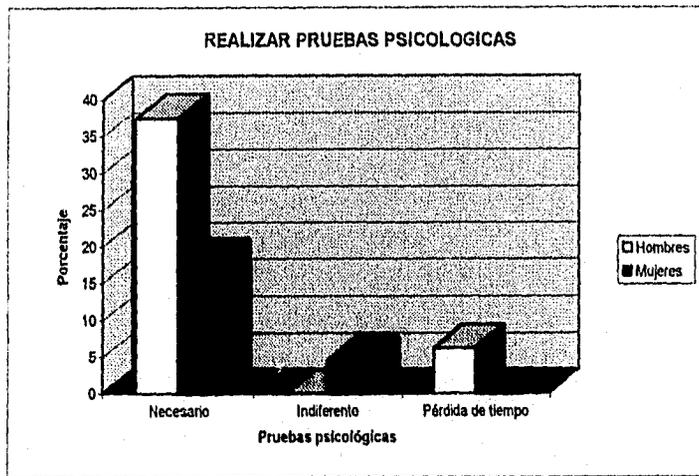


EL REALIZAR PRUEBAS PSICOLOGICAS EL PACIENTE LO CONSIDERO:

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Necesario	6	37.5	8	17.7	14	22.9
Indiferente	0	0	2	4.4	2	3.1
Pérdida de ti	1	6.2	0	0	1	1.6
	100%		100%			

Tabla 32:

Los pacientes enviados a realizar pruebas psicológicas lo consideraron necesario. En su mayoría reportaron que si formaba parte del tratamiento estaban de acuerdo en realizarlas. Nadie contesto que fuera innecesario.

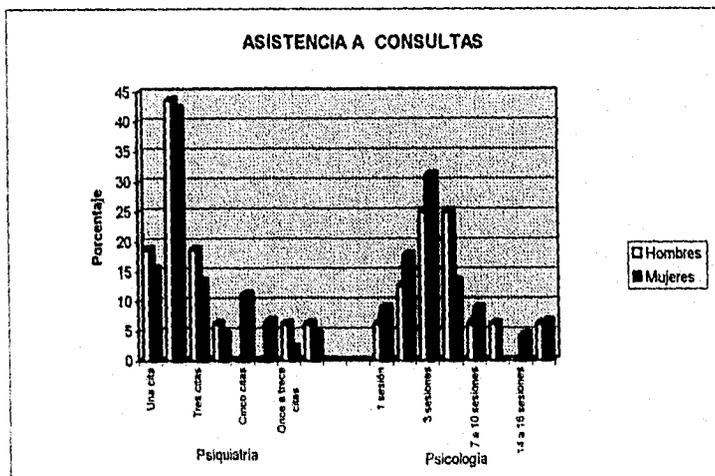


NUMERO DE CONSULTAS A LAS QUE ASISTIERON

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatría:						
Una cita	3	18.7	7	15.5	10	16.3
Dos citas	7	43.7	19	42.2	26	42.6
Tres citas	3	18.7	6	13.3	9	14.7
Cuatro citas	1	6.2	2	4.4	3	4.9
Cinco citas	0	0	5	11.1	5	8.1
Seis citas	0	0	3	6.6	3	4.9
Once a trece	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Ninguna cita	1	6.2	2	4.4	3	4.9
Psicología:						
1 sesión	1	6.2	4	8.8	5	8.1
2 sesiones	2	12.5	8	17.7	10	16.3
3 sesiones	4	25	14	31.1	18	29.5
4 a 6 sesión	4	25	6	13.3	10	16.3
7 a 10 sesión	1	6.2	4	8.8	5	8.1
11 a 13 sesión	1	6.2	0	0	1	1.6
14 a 16 sesión	0	0	2	4.4	2	3.1
Ninguna sesión	1	6.2	3	6.6	4	6.5
	100%		100%			

Tabla 33:

Reporta el número de citas y sesiones a las que asistieron los pacientes, en estos dos servicios, observándose una mayor asistencia en el área de psicología.

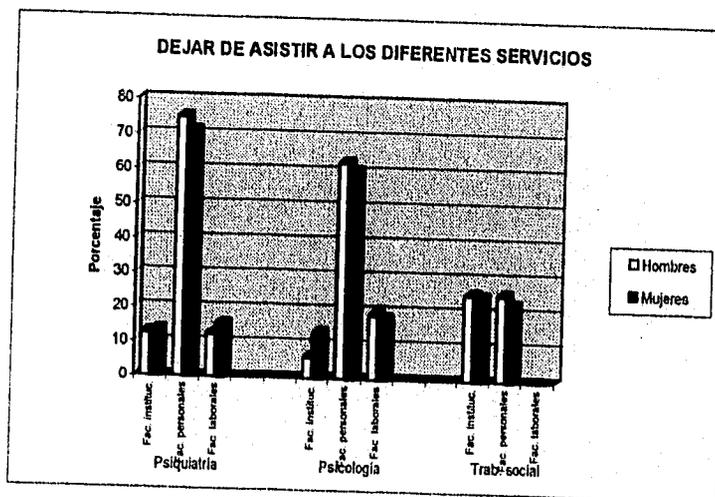


FACTORES QUE INTERVINIERON PARA DEJAR DE ASISTIR AL SERVICIO

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatría:						
Fac. instituc.	2	12.5	6	13.3	8	13.1
Fac. personal	12	75	32	71.1	44	72.1
Fac. laborales	2	12.5	7	15.5	9	14.7
Psicología:						
Fac. instituc.	1	6.2	6	13.3	7	11.4
Fac. personal	10	62.5	27	60	37	60.6
Fac. laborales	3	18.7	8	17.7	11	18.0
Trabajo social:						
Fac. instituc.	4	25	11	24.4	15	24.5
Fac. personal	4	25	10	22.2	14	22.9
Fac. laborales	0	0	0	0	0	0
	100%		100%			

Tabla 34:

Nos muestra los factores por los cuales dejaron de asistir los pacientes a los diferentes servicios, observándose que tuvieron un mayor porcentaje los factores de tipo personal. Ver anexo 3 para conocer los puntos que se incluyeron en estos apartados.

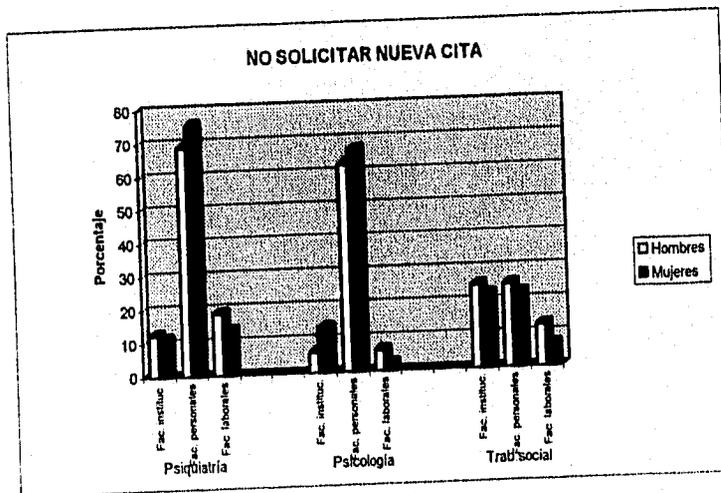


MOTIVO PARA NO SOLICITAR UNA NUEVA CITA EN LOS SERVICIOS

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatría:						
Fac. instituc.	2	12.5	5	11.1	7	14.4
Fac. personal	11	68.7	34	75.5	45	73.7
Fac. laborales	3	18.7	6	13.3	9	14.7
Psicología:						
Fac. instituc.	1	6.2	6	13.3	7	11.4
Fac. personal	10	62.5	30	66.6	40	65.5
Fac. laborales	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Trabajo social:						
Fac. instituc.	4	25	10	22.2	14	22.9
Fac. personal	4	25	10	22.2	14	22.9
Fac. laborales	2	12.5	3	6.6	5	8.1
	100%		100%			

Tabla 35:

El no solicitar una nueva cita, los resultados nos indican que se debió a factores de tipo personal (anexo 4) tanto en psiquiatría, como en psicología. En trabajo social tuvo el mismo puntaje los factores institucionales y personales.



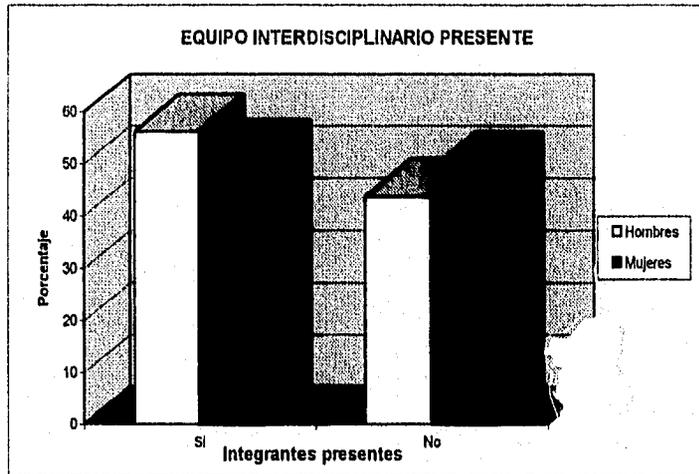
**II.3.6.- ATENCION DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL
PSIQUIATRA, PSICOLOGO, TRABAJADORA SOCIAL**

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PRESENTE EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	9	56.2	23	51.1	32	52.4
No	7	43.7	22	48.8	29	47.5
	100%		100%			

Tabla 36:

La diferencia entre la presencia del equipo y la ausencia de alguno de los integrantes en la consulta de primera vez, es mínima, podríamos decir que casi en un 50% estuvo ausente alguno de los integrantes.

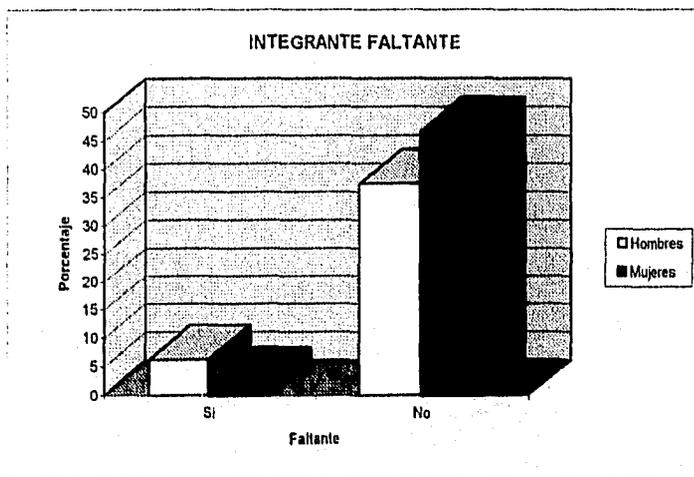


INTEGRANTE FALTANTE

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	1	6.2	1	2.2	2	3.1
No	6	37.5	21	46.6	27	44.4
	100%		100%			

Tabla 37:

Al 37.5% de los hombres y al 46.6% de las mujeres, no se les informó que faltaba alguno de los integrantes del equipo de salud mental.

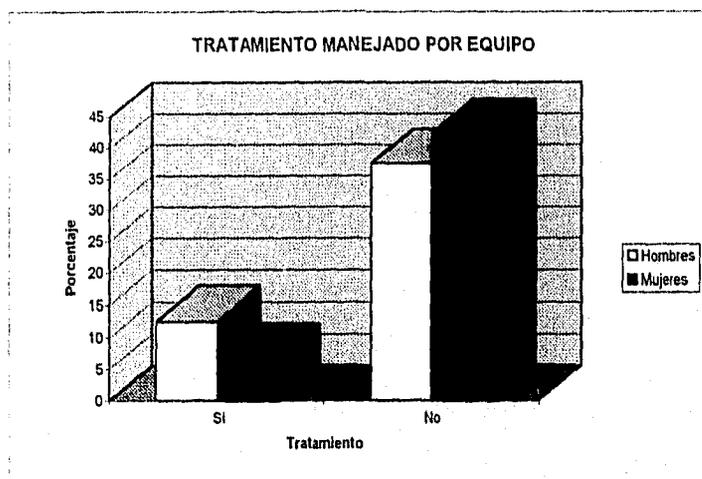


SE INFORMO QUE EL TRATAMIENTO SERIA MANEJADO POR UN EQUIPO DE SALUD

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	2	12.5	3	6.6	5	8.1
No	6	37.5	19	42.2	25	40.9
	100%		100%			

Tabla 38:

Vemos en este cuadro, que al 37.5% de los hombres y al 42.2% de las mujeres no se les informó que el tratamiento iba a ser manejado por un equipo de salud mental.



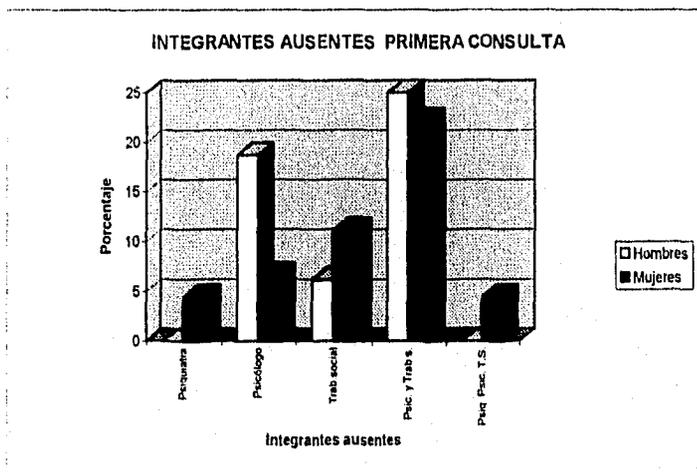
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

INTEGRANTES DEL EQUIPO QUE ESTUVIERON AUSENTES EN LA PRIMERA CONSULTA

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatra	0	0	2	4.4	2	3.1
Psicólogo	3	18.7	3	6.6	6	9.8
Trab.social	1	6.2	5	11.1	6	9.8
Psic. y Trab.	4	25	10	22.2	14	22.9
Psic. Psic. T.	0	0	2	4.4	2	3.1
	100%		100%			

Tabla 39:

De los integrantes faltantes, se observa que el porcentaje mayor correspondió a los psicólogos y a las trabajadoras sociales. En el caso de la ausencia del equipo los pacientes fueron atendidos por un médico residente.

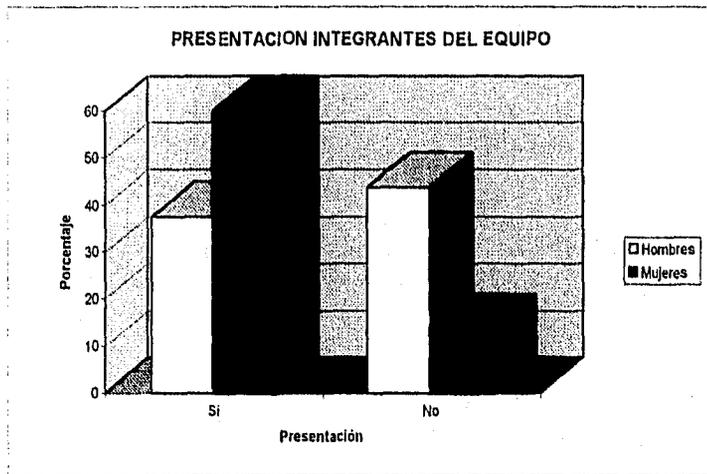


PRESENTACION DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	6	37.5	27	60	33	54.0
No	7	43.7	6	13.3	13	21.3
	100%		100%			

Tabla 40:

Se observa que a la mayoría de las mujeres les fueron presentados los integrantes del equipo de salud mental, no así a los hombres, quienes obtuvieron un porcentaje menor.

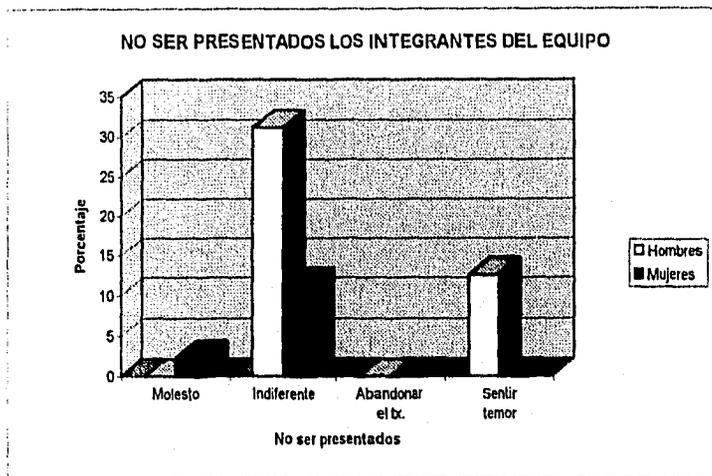


NO SER PRESENTADOS LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Molesto	0	0	1	2.2	1	1.6
Indiferente	5	31.2	5	11.1	10	16.3
Abandonar el	0	0	0	0	0	0
Sentir temor	2	12.5	0	0	2	3.1
	100%		100%			

Tabla 41:

El que no les fueran presentados los integrantes del equipo de salud mental, a la mayoría, les fue indiferente, tanto a los hombres como a las mujeres.

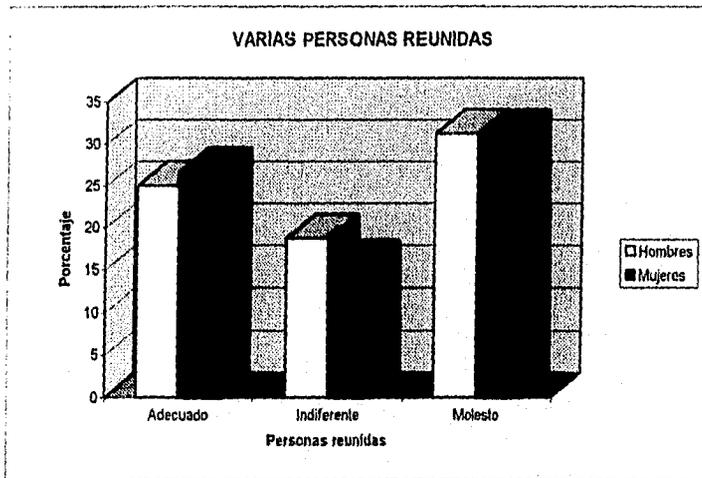


VARIAS PERSONAS REUNIDAS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Adecuado	4	25	12	26.6	16	26.2
Indiferente	3	18.7	7	15.5	10	16.3
Molesto	5	31.2	14	31.1	19	31.1
	100%		100%			

Tabla 42:

En general podemos observar, que tanto a los hombres como a las mujeres, les molestó ver varias personas reunidas, pues no sintieron confianza para externar su problemática.

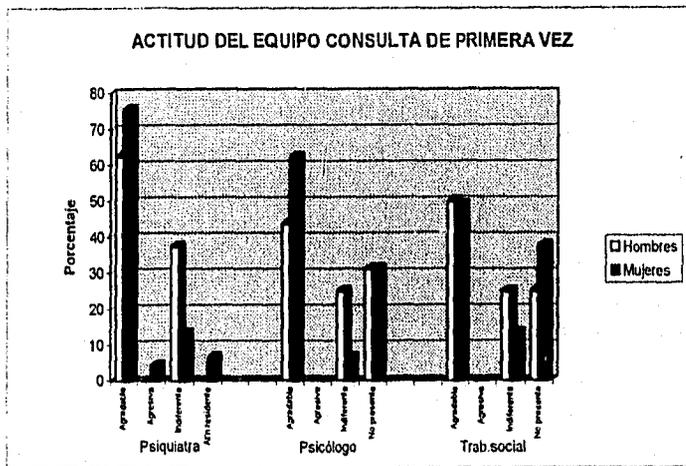


ACTITUD DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatra:						
Agradable	10	62.5	34	75.5	44	72.1
Agresiva	0	0	2	4.4	2	3.1
Indiferente	6	37.5	6	13.3	12	19.6
At'n del resid	0	0	3	6.6	3	4.9
Psicólogo(a):						
Agradable	7	43.7	28	62.2	35	57.3
Agresiva	0	0	0	0	0	0
Indiferente	4	25	3	6.6	7	11.4
No estaba pr	5	31.2	14	31.1	19	31.1
Trabajadora social:						
Agradable	8	50	22	48.8	30	49.1
Agresiva	0	0	0	0	0	0
Indiferente	4	25	6	13.3	10	16.3
No estaba pr	4	25	17	37.7	21	34.4
	100%		100%			

Tabla 43:

En términos generales, podemos observar que para ambos sexos, la atención del equipo fue agradable, habiendo mayor molestia en la atención recibida por el médico tratante (psiquiatra). Hay que destacar la ausencia del psicólogo y de la trabajadora social en varios casos.

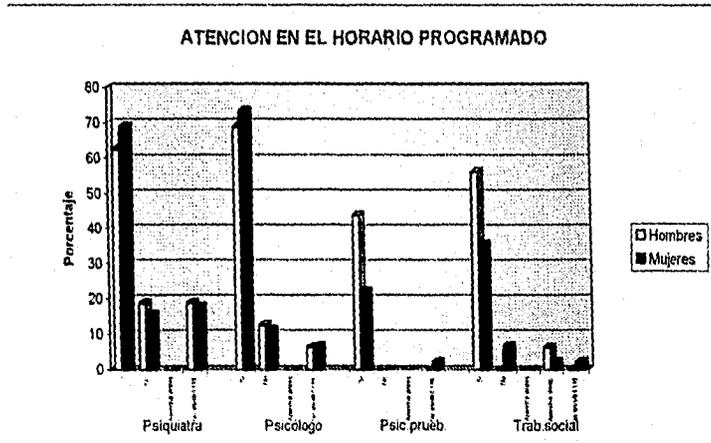


ATENCIÓN HORARIO PROGRAMADO EN CITAS SUBSECUENTES POR LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL.

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatra:						
Si	10	62.5	31	68.8	41	67.5
No	3	18.7	7	15.5	10	16.3
Le atendía a	0	0	0	0	0	0
No asistió Ud	3	18.7	7	17.7	10	16.3
Psicólogo(a):						
Si	11	68.7	33	73.3	44	72.1
No	2	12.5	5	11.1	7	11.4
Le atendía a	0	0	0	0	0	0
No asistió Ud	1	6.2	3	6.6	4	6.5
Psicóloga (Prueb.)						
Si	7	43.7	10	22.2	17	27.8
No	0	0	0	0	0	0
Le atendía a	0	0	0	0	0	0
No asistió Ud	0	0	1	2.2	1	1.6
Trab.social						
Si	9	56.2	16	35.5	25	40.9
No	0	0	3	6.6	3	4.9
Le atendía a	0	0	0	0	0	0
Le atendía d	1	6.2	1	2.2	2	3.1
No asistió U	0	0	1	2.2	1	1.6
	100%		100%			

Tabla 44:

Este cuadro nos indica que fueron atendidos, la mayoría de los pacientes, en el horario en que les fueron programadas sus citas subsecuentes, por los diferentes integrantes del equipo.

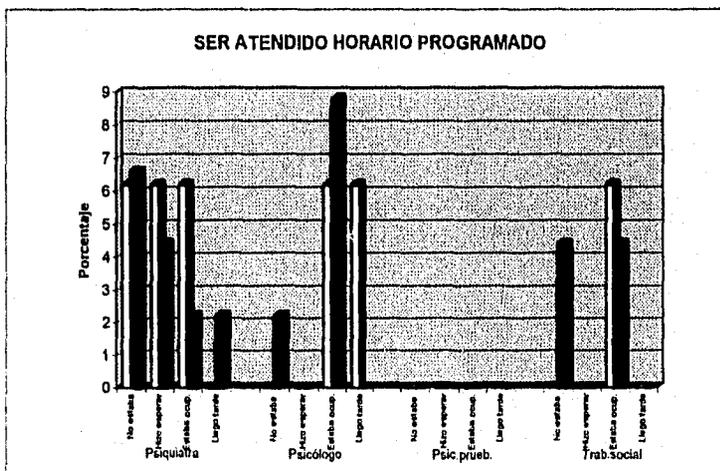


MOTIVO POR EL CUAL NO FUE ATENDIDO EN EL HORARIO PROGRAMADO EN LAS CITAS

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatra:						
No estaba	1	6.2	3	6.6	4	6.5
Hizo esperar	1	6.2	2	4.4	3	4.9
Estaba ocup.	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Llego tarde	0	0	1	2.2	1	1.6
Psicólogo(a):						
No estaba	0	0	1	2.2	1	1.6
Hizo esperar	0	0	0	0	0	0
Estaba ocup.	1	6.2	4	8.8	5	8.1
Llego tarde	1	6.2	0	0	1	1.6
Psicóloga (Prueb.):						
No estaba	0	0	0	0	0	0
Hizo esperar	0	0	0	0	0	0
Estaba ocup.	0	0	0	0	0	0
Llego tarde	0	0	0	0	0	0
Trabajadora social:						
No estaba	0	0	2	4.4	2	3.1
Hizo esperar	0	0	0	0	0	0
Estaba ocup.	1	6.2	2	4.4	3	4.9
Llego tarde	0	0	0	0	0	0
	100%		100%			

Tabla 45:

Observamos que no fueron atendidos por las psiquiatras, porque no se encontraban presentes en el momento de su consulta. En lo que concierne a los psicólogos y a las trabajadoras sociales, éstos se encontraban atendiendo a otro paciente.

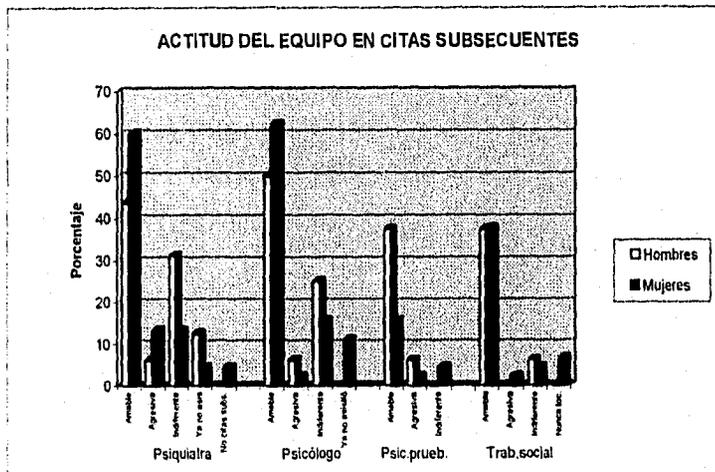


ACTITUD DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL EN CITAS SUBSECUENTES

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatra:						
Amable	7	43.7	27	60	34	55.7
Agresiva	1	6.2	6	13.3	7	11.4
Indiferente	5	31.2	6	13.3	11	18.0
Ya no asistió	2	12.5	2	4.4	4	6.5
No hubo cita	0	0	2	4.4	2	3.1
Psicólogo(a):						
Amable	8	50	28	62.2	36	59.0
Agresiva	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Indiferente	4	25	7	15.5	11	18.0
Ya no asistió	0	0	5	11.1	5	8.1
Psicóloga (Prueb.):						
Amable	6	37.5	7	15.5	13	21.3
Agresiva	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Indiferente	0	0	2	4.4	2	3.1
Trabajadora social:						
Amable	6	37.5	17	37.7	23	37.7
Agresiva	0	0	1	2.2	1	1.6
Indiferente	1	6.2	2	4.4	3	4.9
Nunca la loc.	0	0	3	6.6	3	4.9
	100%		100%			

Tabla 46:

Nos muestra, que la mayoría de los pacientes, consideraron que la actitud mostrada por los integrantes del equipo fue amable, seguida de una actitud indiferente.

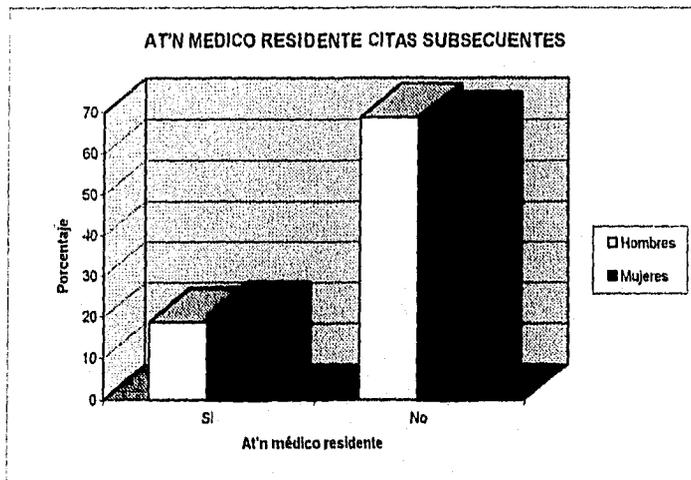


ATENCIÓN DEL MEDICO RESIDENTE EN CITAS SUBSECUENTES

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	3	18.7	9	20	12	19.6
No	11	68.7	30	66.6	41	67.2
	100%		100%			

Tabla 47:

Esta tabla nos muestra, que algunos pacientes fueron atendidos por médicos residentes, en ausencia del médico tratante (psiquiatra).

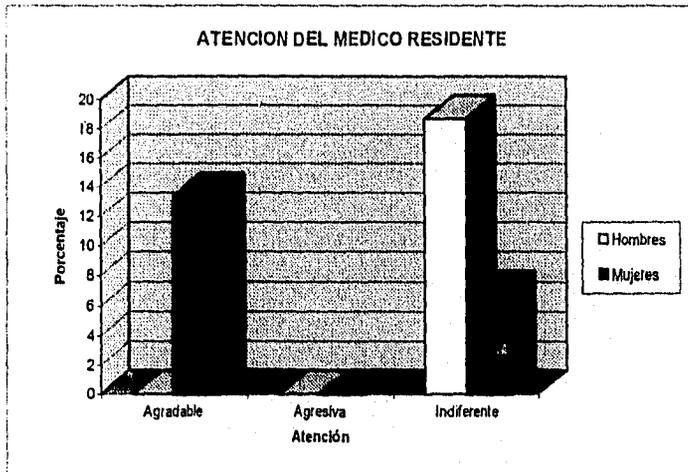


ACTITUD DEL MEDICO RESIDENTE EN CITAS SUBSECUENTES

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Agradable	0	0	6	13.3	6	9.8
Agresiva	0	0	0	0	0	0
Indiferente	3	18.7	3	6.6	6	9.8
	100%		100%			

Tabla 48:

En general reportaron los pacientes, que no les molestó ser atendidos por un médico residente. En igual proporción les resultó indiferente esta atención, ya que reportaron que lo que deseaban era ser atendidos.

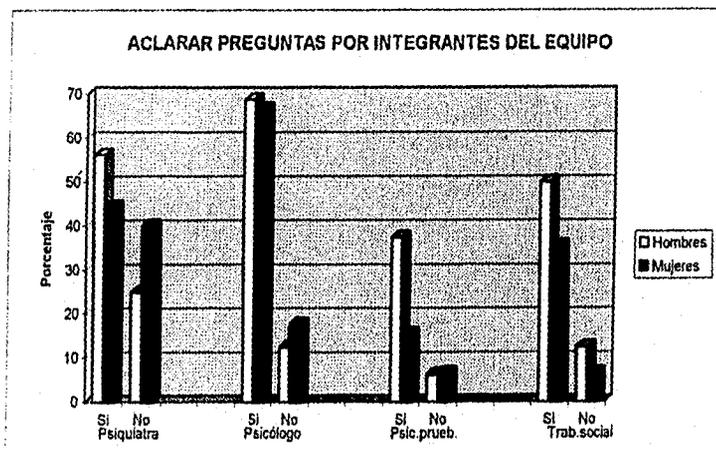


ACLARACION DE PREGUNTAS EN CITAS SUBSECUENTES

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatra:						
Si	9	56.2	20	44.4	29	47.5
No	4	25	18	40	22	36.0
Psicólogo(a):						
Si	11	68.7	30	66.6	41	67.2
No	2	12.5	8	17.7	10	16.3
Psicóloga (Prueb.):						
Si	6	37.5	7	15.5	13	21.3
No	1	6.2	3	6.6	4	6.5
Trabajadora social:						
Si	8	50	16	35.5	24	39.3
No	2	12.5	3	6.6	5	8.1
	100%		100%			

Tabla 49:

Hubo pacientes que en sus citas subsecuentes formularon preguntas a los diferentes integrantes del equipo, y en este cuadro se puede observar, que en la mayoría, tanto hombres como mujeres, recibieron una respuesta aceptable, sin embargo se observa que fue con el psiquiatra con quien menos consideraron los pacientes que recibieron una respuesta que aclarara sus dudas.



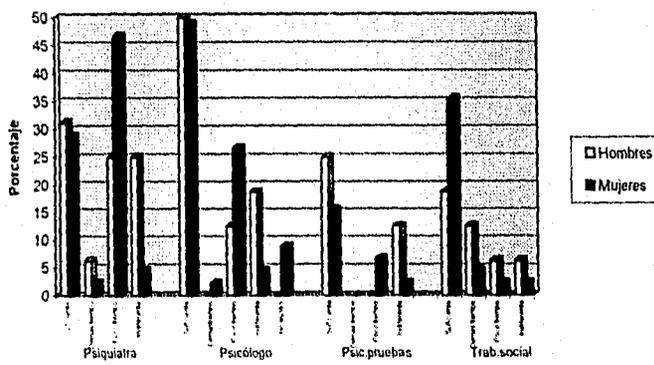
TIEMPO DEDICADO A LAS CITAS SUBSECUENTES

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatra:						
Suficiente	5	31.2	13	28.8	18	29.5
Demas.tiemp	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Poco tiempo	4	25	21	46.6	25	40.9
Indiferente	4	25	2	4.4	6	9.8
Psicólogo(a):						
Suficiente	8	50	22	48.8	30	49.1
Demas.tiemp	0	0	1	2.2	1	1.6
Poco tiempo	2	12.5	12	26.6	14	22.9
Indiferente	3	18.7	2	4.4	5	8.1
No asistió	0	0	4	8.8	4	6.5
Psicóloga (Prueb.):						
Suficiente	4	25	7	15.5	11	18.0
Demas.tiemp	0	0	0	0	0	0
Poco tiempo	0	0	3	6.6	3	4.9
Indiferente	2	12.5	1	2.2	3	4.9
Trabajadora social:						
Suficiente	3	18.7	16	35.5	19	31.1
Demas.tiemp	2	12.5	2	4.4	4	6.5
Poco tiempo	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Indiferente	1	6.2	1	2.2	2	3.1
	100%		100%			

Tabla 50:

Muestra como consideró el paciente, el tiempo que le dedicó cada uno de los integrantes del equipo de salud, en las diferentes consultas a las que asistió, siendo en el área de psiquiatría en donde el 40.9% percibió que fue poco tiempo, no así en las demás áreas.

TIEMPO DEDICADO EN LAS CITAS SUBSECUENTES

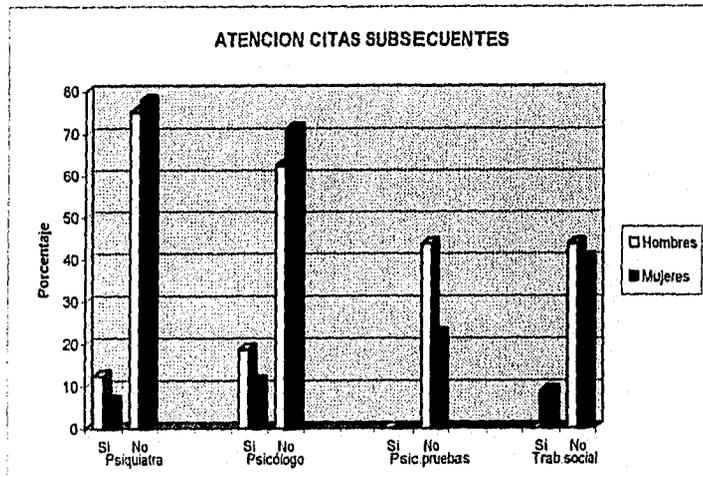


INASISTENCIA DE ALGUN INTEGRANTE DEL EQUIPO DE SALUD EN CITAS SUBS.

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatra:						
Si	2	12.5	3	6.6	5	8.1
No	12	75	35	77.7	47	77.0
Psicólogo(a):						
Si	3	18.7	5	11.1	8	13.1
No	10	62.5	32	71.1	42	68.8
Psicóloga (Prueb.):						
Si	0	0	0	0	0	0
No	7	43.7	10	22.2	17	27.8
Trabajadora social:						
Si	0	0	4	8.8	4	6.5
No	7	43.7	18	40	25	40.9
	100%		100%			

Tabla 51:

Este cuadro nos muestra, que fue mínimo el número de pacientes que no fueron atendidos, por no haberse presentado alguno de los integrantes del equipo de salud.

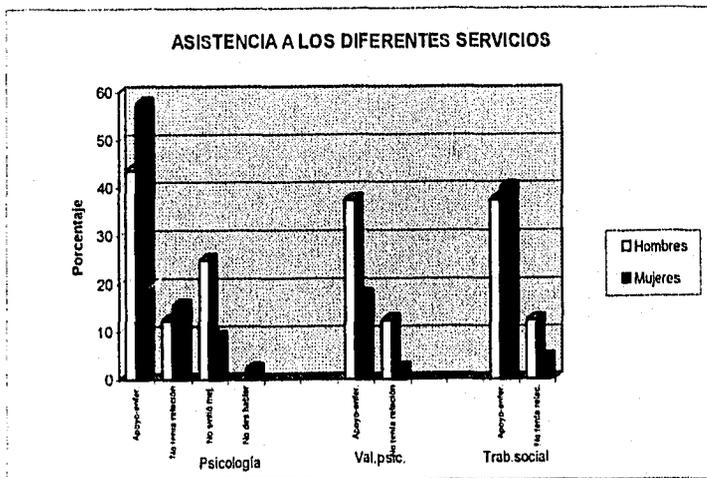


ASISTENCIA A LOS DIFERENTES SERVICIOS

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psicología:						
Apoyo-enfer.	7	43.7	26	57.7	33	54.0
No tenía rela	2	12.5	7	15.5	9	14.7
No sintió mej	4	25	4	8.8	8	13.11
No des.habla	0	0	1	2.2	1	1.6
Valoración psic.:						
Apoyo-enfer.	6	37.5	8	17.7	14	22.9
No tenía rela	2	12.5	1	2.2	3	4.9
Trabajo social:						
Apoyo-enfer.	6	37.5	18	40	24	39.3
No tenía rela	2	12.5	2	4.4	4	6.5
	100%		100%			

Tabla 52:

Aún cuando varios pacientes reportaron no saber el motivo de su envío a los diferentes servicios, consideraron que les sirvió como apoyo a su padecimiento.

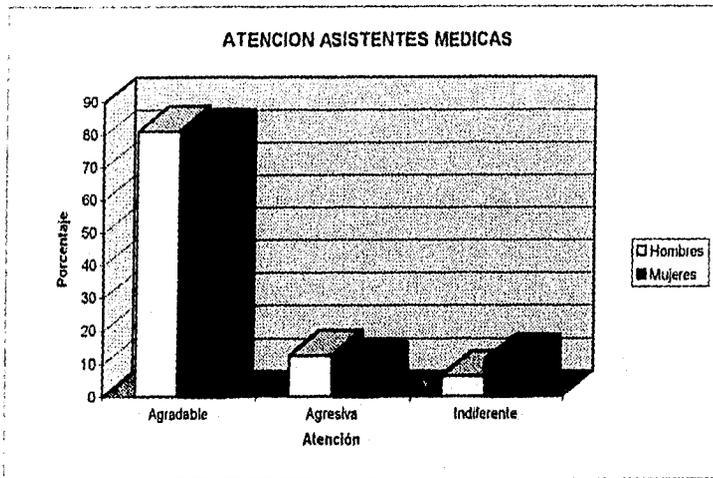


ACTITUD DE LAS ASISTENTES MEDICAS EN LA ATENCION AL PACIENTE

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Agradable	13	81.2	36	80	49	80.3
Agresiva	2	12.5	4	8.8	6	9.8
Indiferente	1	6.2	5	11.1	6	9.8
	100%		100%			

Tabla 53:

En general, los pacientes consideraron, que fue agradable la atención recibida por las asistentes médicas.



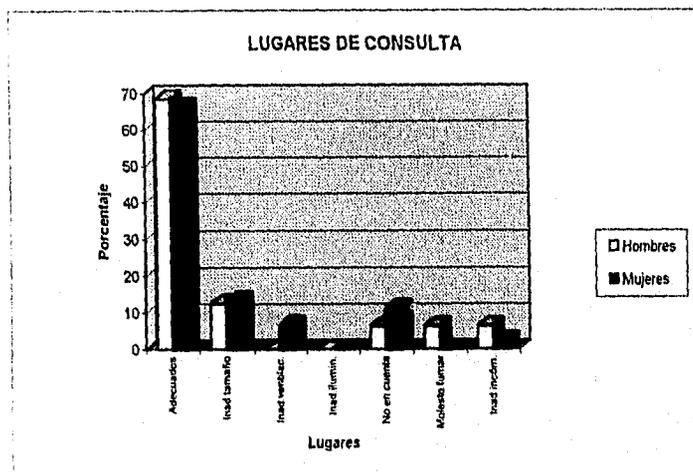
II.3.7.- MOTIVOS DE ABANDONO AL TRATAMIENTO

LUGAR DONDE SE REALIZARON LAS DIFERENTES CONSULTAS

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Adecuados	11	68.7	30	66.6	41	67.2
Inad.tamaño	2	12.5	6	13.3	8	13.1
Inad.ventilac.	0	0	3	6.6	3	4.9
Inad.lumin.	0	0	0	0	0	0
No en cuenta	1	6.2	5	11.1	6	9.8
Molesto fumar	1	6.2	0	0	1	1.6
Inad.incóm.	1	6.2	1	2.2	2	3.1
	100%		100%			

Tabla 54:

Para ambos sexos, fueron adecuados los diferentes lugares en donde se realizaron las consultas.

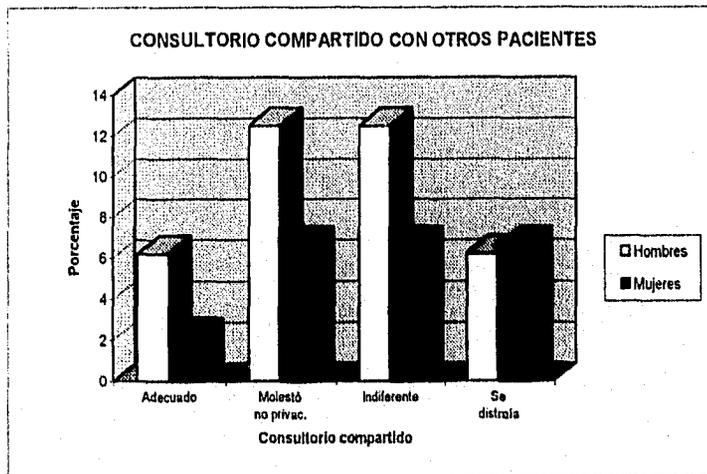


CONSULTORIO COMPARTIDO CON OTROS PACIENTES

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Adecuado	1	6.2	1	2.2	2	3.1
Molestó no pr	2	12.5	3	6.6	5	8.1
Indiferente	2	12.5	3	6.6	5	8.1
Se distraía	1	6.2	3	6.6	4	6.5
	100%		100%			

Tabla 66:

Refiere que tanto para los hombres, como para las mujeres, fue molesto no contar con privacidad para realizar las pruebas psicológicas. El mismo porcentaje (8.1%) también reportó que le era indiferente.

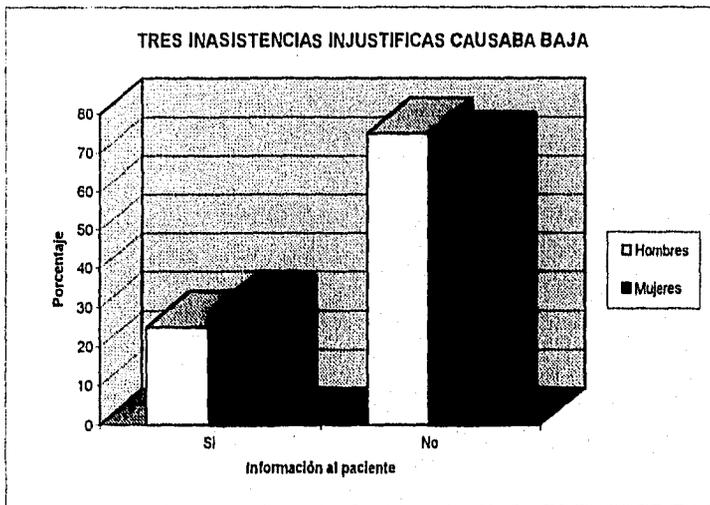


LA ACUMULACION DE TRES INASISTENCIAS CAUSABA BAJA

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	4	25	13	28.8	17	27.8
No	12	75	32	71.1	44	72.1
	100%		100%			

Tabla 56:

Observamos que en ambos casos, la mayoría de los pacientes, no fueron informados de esta regla Intema, la cual es importante de mencionar para evitar deserciones ante el hecho de tener que pedir un nuevo pase a su médico familiar.



ACUMULAR TRES FALTAS INJUSTIFICADAS SIN CONOCER ESTA REGLA

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Adecuado	1	6.2	5	11.1	6	9.8
Inadecuado	0	0	2	4.4	2	3.1
No conocerla	3	18.7	14	31.1	17	27.8
Arbitrariedad	8	50	11	24.4	19	31.1
No interés	0	0	2	4.4	2	3.1
	100%		100%			

Tabla 57:

Nos muestra que para el 50% de los hombres y para el 24.4% de las mujeres, fue una arbitrariedad, y en algunos casos si fue motivo de abandono al tratamiento.

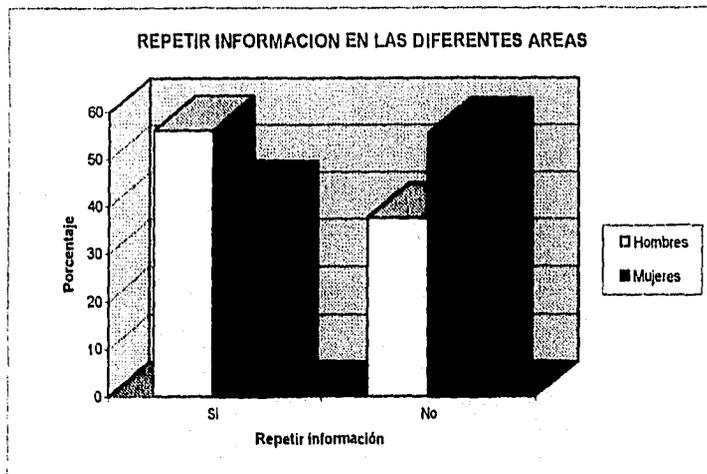


REPETIR LA MISMA INFORMACION EN LAS DIFERENTES AREAS

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	9	56.2	19	42.2	28	45.9
No	6	37.5	25	55.5	31	50.8
	100%		100%			

Tabla 58:

Dado que los pacientes pasaban a diferentes servicios, se hizo necesario preguntarles si consideraban que repetían la misma información, observándose una negativa al respecto, sin embargo, la diferencia de considerarlo positivo es mínimo.

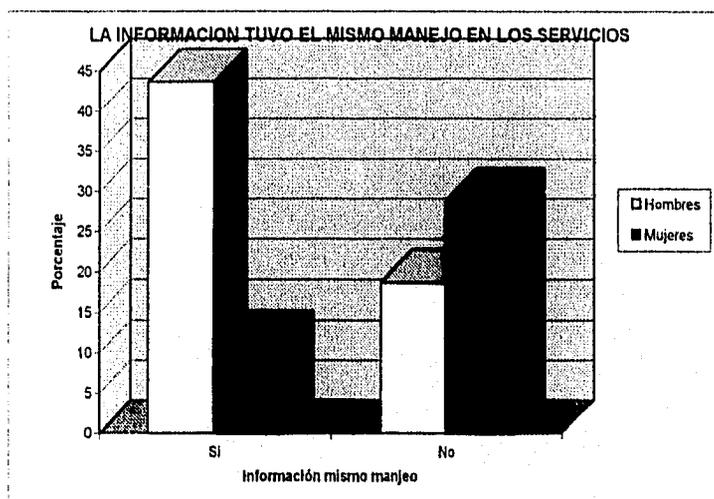


LA INFORMACION REPETIDA TUVO EL MISMO MANEJO EN LOS SERVICIOS

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	7	43.7	5	11.1	12	19.6
No	3	18.7	13	28.8	16	26.2
	100%		100%			

Tabla 59:

Este cuadro indica, que el 18.7% de los hombres, y el 28.8% de las mujeres, no consideraron que tuviera el mismo manejo por parte de cada uno de los integrantes del equipo con los que fueron canalizados. Es de tomar en cuenta que el 43.7% de los hombres si lo consideró igual.

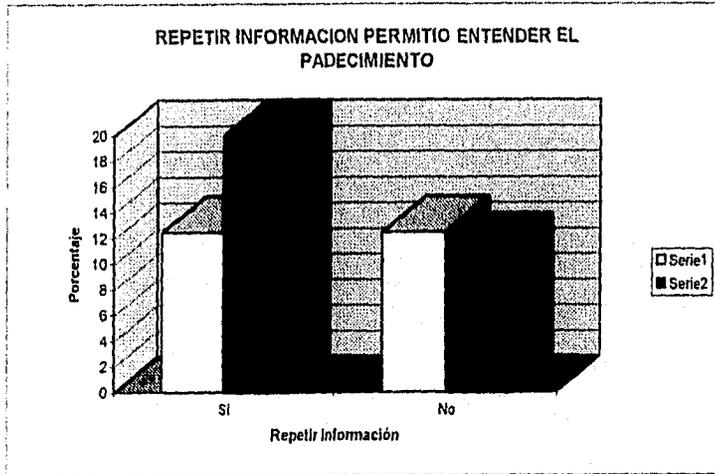


REPETIR INFORMACION PERMITIO ENTENDER MEJOR LA ENFERMEDAD

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	2	12.5	9	20	11	18.0
No	2	12.5	5	11.1	7	11.4
	100%		100%			

Tabla 60:

Al parecer, el repetir la misma información en los diferentes servicios, en ambos sexos, les permitió entender mejor su padecimiento.

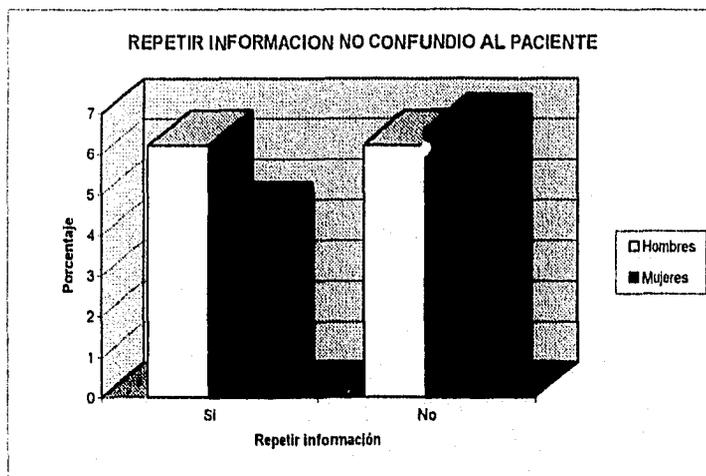


REPETIR INFORMACION CONFUNDIO AL PACIENTE EN SU ENFERMEDAD

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Si	1	6.2	2	4.4	3	4.9
No	1	6.2	3	6.6	4	6.5
	100%		100%			

Tabla 61:

En general, podemos ver que no confundió a los pacientes el tener que repetir la misma información, para entender su padecimiento.

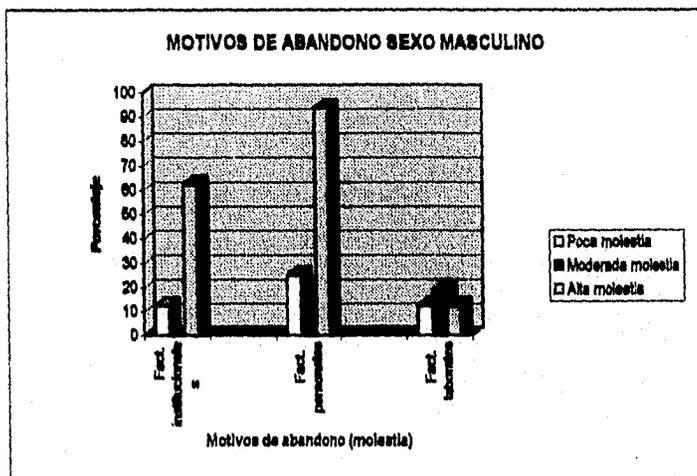


MOTIVOS DE ABANDONO PACIENTES DEL SEXO MASCULINO

	Molestia		
	Poca %	Moderada %	Alta %
Fact. Instituci	12.5	0	62.5
Fact. person	25	18.7	93.7
Fact. laboral	12.5	18.7	12.5

Tabla 62:

Nos muestra este cuadro, que para los hombres, los motivos de abandono fueron de tipo personal, siendo alta la molestia que les generó, el tener que dejar de asistir al servicio.

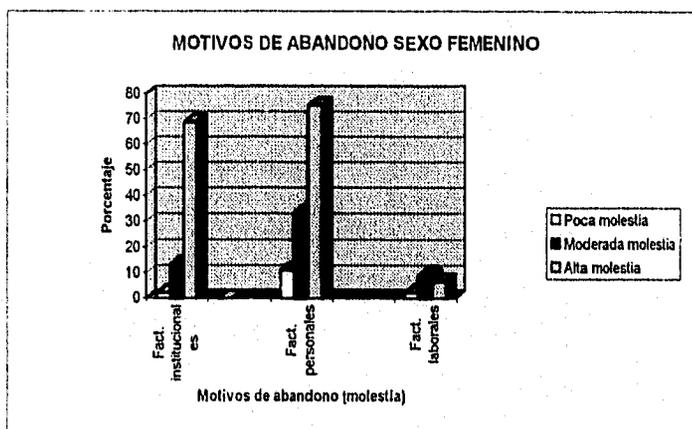


MOTIVOS DE ABANDONO PACIENTES DEL SEXO FEMENINO

	Molestia		
	Poca %	Moderada %	Alta %
Fact. instituci	2.2	13.3	68.8
Fact. person	11.1	33.3	75.5
Fact. laboral	2.2	8.8	6.6

Tabla 63:

Al igual que para los varones, las mujeres reportaron que los factores de tipo personal, fueron los que más intervinieron para el abandono del tratamiento. Para conocer los puntos que engloban estos factores, remíllrse a los anexos 3 y 4.

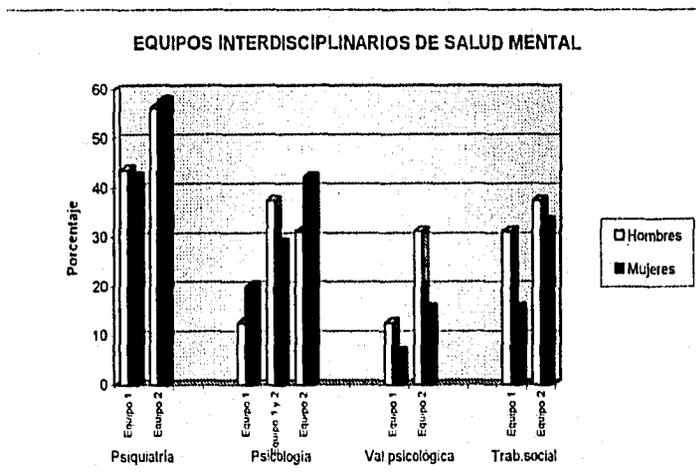


PACIENTES CANALIZADOS A CADA UNO DE LOS EQUIPOS DE SALUD

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Psiquiatra:						
Equipo 1	7	43.7	19	42.2	26	42.6
Equipo 2	9	56.2	26	57.7	35	57.3
Psicólogo(a):						
Equipo 1	2	12.5	9	20	11	18.0
Equipo 1 y 2	6	37.5	13	28.8	19	31.1
Equipo 2	5	31.2	19	42.2	24	39.3
Psicóloga (Pruebas)						
Equipo 1	2	12.5	3	6.6	5	8.1
Equipo 2	5	31.2	7	15.5	12	19.6
Trabajadora social:						
Equipo 1	5	31.2	7	15.5	12	19.6
Equipo 2	6	37.5	15	33.3	21	34.4
	100%		100%			

Tabla 64:

La consulta externa del turno matutino esta compuesta por dos equipos interdisciplinarios, y en este cuadro se observa, que el mayor número de pacientes, de ambos sexos, que abandonaron el tratamiento correspondió al equipo 2, teniendo igual repercusión en los diferentes servicios. Cabe aclarar que a éste equipo le fueron canalizados el mayor número de pacientes en este período seleccionado para el estudio, por parte de la jefatura del servicio de consulta externa.



III.- DISCUSION

Este estudio nos ha permitido conocer, algunos de los factores que intervienen para que el paciente diagnosticado como deprimido, abandone el tratamiento en la consulta especializada.

Así tenemos, primeramente, tres rubros que iremos analizando para tratar de tener una mayor claridad del porque del abandono al tratamiento, estos tres puntos los englobamos en factores personales, institucionales y laborales, en base a los resultados obtenidos en esta investigación.

III.1.- FACTORES PERSONALES

Resultaron ser los que tuvieron un porcentaje mayor (ver tablas 34,35,62 63 y anexos 3, 4 y 5) en cuanto a la deserción por parte del paciente, encontrándose lo siguiente:

"Sentir mejoría".- Este factor fue uno de los más altos en el porcentaje, pero habría que cuestionarse que se entiende por "sentir mejoría", dado que no deja de ser una respuesta un tanto ambigua, si pensamos, a que se refiere el paciente cuando dio esta respuesta, pues podría ser que haya habido una disminución en la sintomatología presentada cuando acudió por primera vez al servicio.

Pero si vemos el número de consultas a las que asistieron, esta "mejoría" quedaría mucho en duda, pues la mayoría de ellos ya tenían un cierto período de evolución en su padecimiento, lo que hace dudar que esta causa fuera una de las que más "peso" tuvieran para que abandonara el tratamiento.

Además pudimos ver, que hubo pacientes que regresaron a solicitar nuevamente el apoyo del servicio (12 en total de los entrevistados) y cinco de ellos habían reportado no seguir asistiendo por "sentir mejoría".

Un estudio más a fondo sobre la personalidad de estos pacientes podría indicarnos más adecuadamente hasta que punto su forma de ser interviene para que este factor se presente, pues no hay que perder de vista las resistencias del paciente y todo lo que conlleva alrededor de un servicio de salud mental que no es tan aceptado por la población como el acudir a otro tipo de especialista.

Lo anterior podemos, también, deducirlo de otras respuestas de tipo personal dados por los pacientes, ya que varios argumentaron que se les "paso la

cita" y a uno de ellos le dio "flojera", otros dejaron de asistir porque no tenían un familiar que los acompañara (sin que hubiera necesidad de esto).

En el caso de las mujeres, no tenían quien les cuidara a sus hijos (aún cuando ya habían asistido a dos o tres consultas) dos pacientes, más abiertamente, manifestaron su temor al decir que no "estaban locos", para seguir asistiendo al servicio.

Otros reportaron "no sentir mejoría" en el tiempo en que estuvieron asistiendo, así como el considerar que el tratamiento era muy largo, esto nos habla, al parecer, de una falta de información con respecto al tipo de tratamientos que se realizan en un servicio de salud mental, pues pareciera que algunos pacientes esperan una "cura mágica".

Lo anterior, con base en que después de dos o tres meses de asistencia no han sentido mejoría y consideran el tratamiento muy largo, al cuestionárseles al respecto, mencionaron que esperaban que su sintomatología "desapareciera" rápidamente, como cuando consultan al médico familiar por algún problema respiratorio o estomacal.

Es posible, que ante la "amenaza" que despierta este tipo de servicio, así como el esperar esta "cura mágica", el paciente desistiera de seguir acudiendo, como paso con los enfermos que consideraron que su padecimiento no correspondía a este servicio, pero tampoco pudieron decir a cual creían que correspondía.

Estos pacientes sólo mencionaban que si les dolía una parte de su cuerpo era porque estaban mal físicamente, y no tenía nada que ver con un problema de tipo psicológico, al respecto referían no tener ningún problema de ese tipo y de ser así no le encontraban la relación con su problema físico.

Vemos que lo expuesto en el apartado de Caminos a Tratamiento, se corrobora, ya que referimos que los trastornos somáticos pueden encubrir el problema depresivo y el paciente quedarse únicamente con la queja física, en detrimento de su salud mental y su calidad de vida.

También es relevante mencionar, que, factores como temor a tomar los medicamentos, no sentir confianza en el tratamiento y el temor a ser internados, también intervinieron en esta deserción, lo que una vez más nos habla de los problemas de tipo personal y de la falta o mala información que pudieran tener los pacientes.

Algunos mencionaron que no deseaban tomar los medicamentos por considerarlos drogas y no deseaban volverse adictos, pero aquí cabría preguntarse, ¿ hasta que punto es para algunos pacientes preferible seguir siendo "adicto" a su padecimiento ?, pues muy probablemente, les pudiera reportar ganancias secundarias.

Aunque tampoco hay que dejar de lado, que hay medicamentos que generan efectivamente una adicción, pero dado "el temor" a la dependencia por parte de algunos paciente, una investigación al respecto podría indicarnos hacia cual tipo de dependencia se inclinan más este tipo de enfermos.

El no querer comentar sus problemas, el recordar situaciones pasadas, también fueron aspectos que intervinieron para que algunos pacientes abandonaran el tratamiento, siendo los menos, pero no por ello menos importante.

Habría que ver, ya fuera en la entrevista de primera vez o en la siguiente, en el área de psicología si son canalizados, hasta que punto los pacientes tienen la disposición para hablar de ellos, pero no desde una perspectiva de su sintomatología física, sino desde su problemática personal y que al pedirles que hablen de esta última no lo "sientan" como una intrusión.

Quizá como se dice que el "poner el dedo en la llaga", el paciente lo sienta muy amenazante y por eso prefiera evitarlo, pero ante el hecho de acudir al servicio, por mínimo que sea la información que se tiene, sabe que van a hacerle preguntas en relación con su vida personal y ante la evitación, se pueda deducir que sólo acude para que no le "quiten" el servicio médico, como en ocasiones son amenazados por el médico familiar.

Vemos que otros factores como: falta de dinero, falta de tiempo, el que se haya citado a otro familiar y este no aceptara acudir, por enfermedad o accidente, están más, relativamente, fuera del manejo del propio paciente, pero como en el caso del tiempo, habría que ver si no es una forma más de resistencia ante el hecho de tener que acudir a este tipo de servicio.

III.2.- FACTORES INSTITUCIONALES

Uno de los aspectos de tipo personal que fueron reportados, fue el temor a ser regañados por alguno de los integrantes del equipo, al no presentarse a la cita, esto nos introduce, a estos factores que consideramos de tipo institucional (ver anexos 3, 4 y 5), dado que el paciente, al parecer, esta percibiendo una actitud agresiva por parte del personal que esta encargado de la atención.

Pero, tampoco, podemos dejar de lado, la patología del propio paciente que siente temor o que le sirve de justificación para no continuar con el tratamiento establecido, algunos reportaron que sentían temor al estar en la sala de espera y ver a otras personas que "si estaban mal".

Retomando el factor anterior, vemos que hubo pacientes que dejaron de asistir a la consulta por percibir una actitud grosera en el médico tratante (psiquiatra), en especial, esto nos conlleva a investigar el porque de este comportamiento (sin dejar de considerar la propia patología de los integrantes del equipo), pues estas actitudes interfieren y repercuten por lo tanto en la atención.

Pero también en la imagen que los servicios de salud mental tienen, pues ya de por sí distorsionada, con esto pudieran aumentarse las fantasías de temor (persecutorias) a este tipo de servicio por parte de los pacientes. Se hace necesario entonces, que el propio personal se analice, para evitar en lo posible interferencias en el tratamiento.

Puntos factibles de ser corregidos, también intervinieron en esta deserción, como el hacer esperar al paciente cuando se tiene un horario ya programado y que incluso se le pide que sea puntual en sus citas, para evitar cancelaciones; esto nos lleva nuevamente a ver que pasa con el personal del equipo que no se coordina para tratar de cumplir con los horarios establecidos.

El estar realizando durante un período largo de tiempo pruebas psicológicas, fue también motivo de abandono, ya que el paciente (aunque sólo fue uno, no debe dejarse sin tomar en cuenta ya que estamos revisando los factores institucionales) no sintió que esto le ayudara a su padecimiento, dado que no recibió otro tipo de apoyo, durante la realización de la valoración psicológica.

No todos los pacientes son canalizados a esta área, pero al parecer, hace falta una mejor selección para evitar este tipo de problemática, pero también revisar las baterías de pruebas que se manejan para saber si en todos los casos es necesario aplicarlas completas o sólo una selección de ellas.

En lo referente al tratamiento psicoterapéutico, hubo pacientes que desertaron por haber sido incluidos en la modalidad de psicoterapia de grupo, o en otros casos por no haber sido enviados al servicio de psicología, al parecer esto es un índice de falta de tiempo para profundizar más en la problemática del paciente, y así hacer una mejor selección para grupo.

Pero también puede deberse, como se vera en la variable intervención del equipo, que el hecho de que falte el psicólogo en esta primera entrevista puede repercutir en esta inadecuada intervención del tratamiento.

Por el tipo de atención que se da en este servicio, se hace necesario tener reglas internas que de alguna manera "presionen" a los pacientes a asistir a sus consultas y es por ello que se implementó a nivel interno que el acumular tres faltas injustificadas (tomando los cuatro servicios en cuenta) el paciente es dado de baja y debe pedir un nuevo pase al médico familiar para continuar su tratamiento.

Los resultados reportaron que a algunos pacientes no se les informó esta regla interna, y ante este evento hubo molestia y enojo repercutiendo en la deserción, pero esto también aconteció con aquellos que si tuvieron conocimiento de esta regla, pero ante el hecho de ir a pedir un nuevo pase, decidieron ya no regresar.

Vemos, por un lado, la dificultad que hay para la adherencia terapéutica por parte del paciente, así como, lo referente al manejo administrativo que como toda institución, esta inmersa en el, pero por otro la falta de información por parte del personal para dar a conocer las reglas internas, pudiendo traducirse en apatía hacia la labor que se realiza.

El no contar con un servicio de interconsulta y tener diferimiento en las citas, fueron otros puntos que intervinieron en el abandono. Aquí hay que resaltar el manejo que tiene el hospital, ante la gran demanda de pacientes y el contar sólo con dos equipos en la consulta externa del turno matutino.

Esto dificulta el poder atender en menor tiempo la demanda de los derechohabientes, y si tomamos en cuenta el presupuesto para poder aumentar el recurso humano, así como el espacio físico con que se cuenta, el problema parecería sin solución.

III.3.- FACTORES LABORALES

Fueron estos los que menos interfirieron para que se diera el abandono del tratamiento por parte de los pacientes (tomando a aquellos que laboraban); los resultados reportaron que la falta de permisos laborales o el descuento del tiempo utilizado para asistir al servicio fue lo que motivo su abandono.

Otro aspecto fue que algunos pacientes dejaron de asistir porque fueron liquidados o cambiaron de empleo, y se les informó o consideraron que ya no tenían derecho al servicio, lo cual nos habla una vez más de la falta de información, por un lado, y la apatía o la resistencia de los pacientes.

Algo que llama la atención, es que hubo pacientes que no se "atreveron" a decir en su trabajo que acudían al servicio de psiquiatría por temor a ser

despedidos, ser motivo de burlas o ser catalogados como "locos", lo que de alguna manera les dificultó el pedir permiso, pues no aceptaron un comprobante que justificara su asistencia.

Pacientes que si mencionaron en su centro de trabajo su asistencia a este servicio, pero que dejaron de asistir, mencionaron que al ver que ya eran varias las citas, les negaron el permiso, porque los "veían bien" y sólo perdían el tiempo.

Vemos también, como la falta de información no sólo a nivel individual sino desde una perspectiva social, interfiere para que las personas puedan concluir un tratamiento de este tipo.

ANALISIS DE VARIABLES

En esta investigación se manejaron las siguientes siete variables:

- 1.- Datos generales (ver tablas 1 a 8).
- 2.- Acceso: medio de transporte, costo y tiempo que utiliza el paciente para solicitar atención médica (ver tablas 9 a 13).
- 3.- Caminos a tratamiento (ver tablas 14 a 23).
- 4.- Percepción del paciente del servicio de psiquiatría (ver tablas 24 a 26).
- 5.- Citas subsecuentes en los servicios de psiquiatría, psicología y trabajo social (ver tablas 27 a 35).
- 6.- Atención de los integrantes del equipo interdisciplinario de salud mental (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social) (ver tablas 36 a 53) y
- 7.- Otros motivos de abandono al tratamiento (ver tablas 54 a 64).

III.4.- DATOS GENERALES (Indicadores)

Podemos suponer que en este hospital, el mayor número de pacientes que son enviados al servicio corresponden al sexo femenino, por lo menos así se

deduce de esta muestra que fue extraída de un período de nueve meses, esto provocó un sesgo en la misma, siendo menor el número de pacientes del sexo masculino entrevistados.

Por lo anterior, el análisis de los datos tuvo que hacerse en forma independiente (hombres - mujeres), desde una perspectiva global no se hubiera podido observar con objetividad como influyeron los diferentes factores en cada uno de los sexos.

Es de tomar en cuenta el estudio sobre la identificación de la naturaleza del objeto de demanda realizado por Pucheu y Padilla, (1986), quienes reportaron, que el porcentaje mayor correspondió al sexo femenino (61%), en comparación con los del sexo masculino (39%) lo cual puede indicar (en base a aspectos socio-culturales), que hay en las mujeres una mayor aceptación para acudir al médico ante alguna sintomatología presentada.

Otro punto que apoya el que se de un mayor porcentaje en la atención al sexo femenino, lo vemos en el estudio que hizo Caraveo y cols.,(1986), sobre la epidemiología en psiquiatría, detectando que en el hospital donde realizaron la investigación, hubo una clara tendencia de las mujeres a presentar estados displacenteros en forma de depresión, y los hombres la tendencia fue hacia las manifestaciones de ansiedad.

Vázquez-Barquero y cols., (1991), investigaron la interacción entre la enfermedad mental y patología física y la modificación significativa de factores socio-culturales, encontrando una prevalencia estimada de morbilidad psiquiátrica de 19.6% en las mujeres y de 9.3% en los hombres.

Consideraron que la morbilidad en el sexo masculino se vio afectada por el estado civil y/o por su situación laboral, lo cual también puede ser válido para el estudio que nos ocupa.

Tenemos que en nuestra investigación, el promedio general de edad fue de 40 años 3 meses; siendo de 34 años 5 meses para los hombres y de 42 años 3 meses para las mujeres, lo que indica que la población desertora masculina fue más joven en relación con la femenina, en comparación con en el estudio de Vázquez-Barquero y cols., (1991), en donde la población femenina fue más joven que la masculina, lo que puede depender de las condiciones medio ambientales y/o culturales.

El análisis estadístico, nos reportó una desviación típica de 12.60 y una t de student de 2.18 para un intervalo de confianza de 0.05, lo que nos indica que la probabilidad de que estas edades estén dentro de una población es amplia (0.95)

Se observó que la mayoría de los hombres y las mujeres estaban casados o vivían en unión libre; hasta que punto su estado civil puede estar influyendo en su problemática emocional y en la deserción, no tenemos una respuesta, pero no hay que descartar esta posibilidad.

Aunque en el estudio realizado por Vázquez-Barquero y cols., (1993), en donde analizaron las "rutas asistenciales" seguidas por los pacientes que buscan atención médica, encontraron que hubo un claro predominio de hombres solteros y en el caso de las mujeres estas eran casadas, una investigación más enfocada podría proporcionar respuesta a este punto.

Se realizó la prueba de chi-cuadrada, para tener un análisis más potente de este rubro y se obtuvo una chi-cuadrada de 2.9 lo que nos indica también que un margen amplio de la población cae dentro de este intervalo.

En lo que concierne a la escolaridad, la media aritmética nos indica una diferencia mínima (3.8 para los hombres y 3.2 para las mujeres), en lo que a nivel de estudios se refiere, en ambos sexos hay profesionistas, pero la mayoría esta a un nivel de secundaria incompleta, (8 años 4 meses) lo que nos señala que la muestra seleccionada esta dentro de la norma.

Se obtuvo una desviación típica de 1.60 y una t de student de 5.18, lo que nos esta reportando que la muestra seleccionada cae dentro del nivel escolar predominante en la población.

No podríamos decir que el nivel de estudios interviniera para que se diera el abandono del tratamiento, pues también desertaron aquellas personas con un nivel por arriba de la norma, por lo que no se puede considerar un factor determinante.

Como la mayoría de la población entrevistada fue del sexo femenino, el indicador de la ocupación que obtuvo un porcentaje alto fue el rubro denominado hogar, por lo que sólo se tomo en cuenta aquel que era remunerado, y al realizar el análisis de la chi-cuadrada esta fue de 9.8.

La mayoría de los pacientes viven en casa propia y estas cuentan con los servicios intradomiciliarios necesarios, pero observamos que en el caso de los hombres casados, éstos viven en la casa paterna, con la problemática que esto puede representar, a nivel emocional, y por la falta de recursos económicos, no es posible que vivan aparte y en otros casos, porque los mismos padres piden a los hijos se queden, ya que hay "espacio suficiente" para que vivan en la misma casa.

III.5.- ACCESO: MEDIO DE TRANSPORTE, COSTO Y TIEMPO QUE UTILIZA EL PACIENTE PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA.

Al incluir esta variable, se trato de investigar si el tiempo que tarda el paciente en trasladarse de su casa o de su trabajo al hospital, así como el costo del pasaje pudieran haber sido motivos de abandono y los resultados nos reportaron que esto no fue significativo.

Sólo ocho mujeres dejaron de asistir por el costo del pasaje y en el caso de los hombres, la media aritmética nos indicó que los pacientes pagaban de su casa al hospital un promedio de un nuevo peso con cincuenta centavos y de su trabajo al hospital un promedio de tres nuevos pesos, lo que no fue considerado como motivo de abandono.

En cuanto al tiempo de traslado sólo se dio la deserción en un hombre y en sólo cuatro mujeres; el tiempo promedio que los pacientes invirtieron de su casa al hospital fue de treinta minutos, y de su trabajo al hospital fue de sesenta minutos.

Lo anterior nos permite decir que la ubicación del Hospital se encuentra en un lugar accesible, pues existen diferentes medios de transporte que permiten al paciente arribar a este, independientemente, de la colonia en donde este ubicado su domicilio, o del lugar donde se encuentre localizado su centro de trabajo (la mayoría labora por la zona noreste).

En cuanto al costo del pasaje para trasladarse, observamos que no se requirieron de cantidades elevadas para hacerlo, e incluso hubo pacientes, de ambos sexos, que se trasladaban a pie, es decir, sin costo alguno.

Refiriéndonos al trabajo realizado por Carrillo, (1987), vemos que hay una diferencia importante, dado que reporta que en investigaciones realizadas en los Hospitales Fray Bernardino Alvarez, Juan N. Navarro y el Centro Psiquiátrico Social y Salud Mental, la ubicación de estos si fue motivo de deserción, quizás porque a ellos asisten de diferentes lugares de la ciudad e incluso del interior de la República por no manejar una determinada zona, como en el caso del Seguro Social.

Aún con esto, se corrobora la adecuada ubicación de este Hospital de Psiquiatría, el cual abarca la zona noreste y parte del interior de la República para dar atención a los derechohabientes que así lo soliciten.

III.6.- CAMINOS A TRATAMIENTO

Un punto trascendental de tomar en cuenta en esta variable, es que nos permitió saber si los pacientes tenían información con respecto a donde dirigirse o que solicitarle al médico familiar para sentir mejoría en su sintomatología, o simplemente esperar que el médico fuera quien les indicara el camino a seguir.

Los resultados nos reportaron que un 44.4% no hizo nada ante los primeros síntomas, un 35.8% hizo contacto con médicos generales y en esta investigación se obtuvo también, que un 19.4% recurrió a remedios caseros, limpias, etc.

Si englobamos estos porcentajes, vemos que en general de estos pacientes de la muestra, ninguno acudió de primera instancia con un psicólogo o psiquiatra, a nivel particular, quizás por el desconocimiento o por la fantasía que encierra el visitar a los especialistas de la salud mental, pero no así por problemas económicos, dado que acudieron a otro tipo de servicios, y los que no hicieron nada, no reportaron haberlo hecho por razones económicas.

En lo referente a los pacientes que primero recurrieron a remedios caseros, limpias, etc., presentan una relación con lo reportado en el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde se encontró que en nuestro país hay un número significativo (aunque no se reporta) de pacientes que acuden con curanderos en primer término. Esto sólo habla del nivel socio-cultural bajo que presenta nuestra población.

Este mismo estudio reportó, que en México, al igual que en otros países de Europa, los pacientes son referidos a centros especializados para la atención de su padecimiento, lo que indica un avance en la atención de la salud mental, es decir, que no se queda en un primer nivel de atención, o peor aún que ni siquiera estuviera contemplado dentro de los servicios de la salud en general.

En base a los resultados, nos atrevemos a considerar que los pacientes acuden a solicitar atención médica, porque posiblemente, la sintomatología que presentan, ya no les es tolerable. Recurren al primer nivel de atención (para los derechohabientes), que como se ha mencionado, es el canal por el cual pueden ser enviados la mayoría, aunque también de un segundo nivel como en el caso del Hospital General de Zona y muy remotamente del tercer nivel, en lo que a la consulta externa se refiere.

El tiempo de envío del paciente varía entre su primera visita al médico familiar por la sintomatología presentada, pues en ocasiones, el médico da un tratamiento al paciente y si este no tiene el resultado esperado, decide su canalización al servicio.

Así tenemos que en nuestra investigación, este envío estuvo comprendido en un período de un día hasta varios años (los casos más extremos reportados correspondieron a tres pacientes con un promedio de 20 años), esto pudiera deberse, principalmente, al conocimiento o desconocimiento que tenga el médico con respecto a los padecimientos abordados por la salud mental.

Es más comprensible en el paciente que carezca de la información y por eso no recurra con la prontitud esperada para evitar la cronicidad del padecimiento, no así en el caso del médico, de quien se espera cuente con elementos que le permitan discriminar este tipo de enfermedades.

Como referimos, el tiempo de envío de los pacientes del primer nivel de atención a la consulta especializada, tuvo variabilidad, pero el porcentaje mayor quedó concentrado entre un día y quince días, seguido del de un mes a tres meses, con lo cual se difiere, en gran medida, con lo reportado por el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud.

En este estudio se encontró que en nuestro país se daba un retraso de 32 semanas para ser canalizados los pacientes a la consulta especializada, y que este tiempo sólo se acortaba si se trataba de un problema orgánico o de dependencia a alguna sustancia psicoactiva.

Aquí podemos deducir dos cosas: primera, que al parecer, o hay un mayor conocimiento por parte de los médicos de las Unidades de Medicina Familiar que canalizan a los pacientes, con respecto a los problemas de salud mental; o segunda que es probable que los envíen para no seguir atendiéndolos al ver que su sintomatología persiste y la demanda cada vez se hace mayor.

Y como menciona Rossi y cols., (1991), es posible que no haya una capacidad de continente por parte del médico familiar para abordar este tipo de problemas, que claro, no es su especialidad, habría que ver si los especialistas la tienen, ya que en el caso de ellos si es un factor muy importante que debe estar presente.

Retomando lo anterior, en nuestro estudio, la decisión del envío de los pacientes al servicio fue del médico familiar (60%) en ambos sexos. Como refieren Caraveo y cols., (1990), la prontitud o retraso en la atención de los trastornos mentales pueden estar condicionados por diversos factores como la educación a la población para identificar la existencia de problemas mentales.

Al comparar con los resultados obtenidos por Vázquez-Barquero y cols., (1993), sobre los factores implicados en las "rutas asistenciales", vemos que también fue el médico general, quien sugirió el contacto con los servicios de salud mental.

Encontraron que en el caso de los hombres, fue a través de la familia de ellos lo que provocó la iniciativa de los pacientes para solicitar atención médica. En nuestro estudio, también fue el sexo masculino (31%) el que acudió a instancias de familiares y amigos, en el caso de las mujeres esto se dio en un 27%, lo cual indica la influencia o aceptación de los otros para acudir a este tipo de servicio, pero que sin embargo no ha de ser tan fuerte ya que se llega a desertar.

Dado el manejo administrativo de la Institución, los pacientes sólo pueden recibir atención médica si son derechohabientes, a diferencia del estudio antes mencionado, en donde procedieron de "otros servicios", lo cual nos hace ver que si no existiera un "derecho" a pertenecer, la demanda sería mayor y por ende la deserción, ante la carencia de recursos humanos y materiales para poder atenderlos.

De los pacientes que fueron canalizados por el médico familiar, el 63.9% reportó que si se les había informado el motivo de su envío, haciendo éste alusión, que era por problemas de los "nervios". Este tipo de "explicación" puede ser por un lado "adecuado", ya que aunque subjetivo, pareciera que el paciente "lo entiende" y esto permite una cierta apertura para acudir al servicio.

Pero desde la parte de la desinformación de la salud mental, esta continúa, al igual que la confusión con respecto a los padecimientos que se atienden. Hubo pacientes que reportaron no saber porque fueron enviados al servicio, el médico les había dicho que eran sus "nervios" y no que estuvieran "locos", y era necesario que se los "controlaran".

Con este tipo de "argumentos", se deja de lado, la parte esencial de la salud mental, que son los problemas de tipo emocional que presenta el paciente, y pareciera que sólo se concretará el servicio de psiquiatría a dar medicamentos con los cuales el paciente esperará una "cura mágica", y al no darse conlleva a la frustración y esto al abandono del tratamiento.

No queremos decir con lo anterior que el servicio de psiquiatría sea la panacea, pues hay que reconocer que no se posee, ni se pretende, tener el total conocimiento, ya que de otra manera se caería en la omnipotencia y esto sólo repercutiría en detrimento de la atención al paciente, pues se le consideraría como único responsable de su falta de mejoría.

Esto lo que nos hace ver, es que se requiere de un mayor apoyo a nivel informativo por parte de los especialistas en los diferentes niveles de atención, en especial en el primero que es en donde se genera la mayor demanda.

III.7.- PERCEPCION DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA

Las preguntas incluidas en esta variable, tuvieron la finalidad de conocer hasta que punto los pacientes que desertaron tenían conocimiento de lo que es el servicio de psiquiatría.

Los resultados nos indican, que en efecto, este es mínimo, pues aunque pareciera una contradicción, ya que por un lado el 54% reporta considerar que su padecimiento si debería ser tratado por el servicio, por otro lado, al preguntarles que clase de padecimientos cree que se atienden en este servicio el 47.5% refirió no saber.

Un 19.6% sólo se limitó a contestar que enfermedades de los "nervios", un 11.4% reportó que se atendían problemas psicológicos, sin poder dar una explicación a que se referían con esto; el 8% respondió que problemas de depresión, porque así han escuchado que dicen otras personas (familiares, amistades).

Esta contradicción pareciera no ser tal, ya que ante los comentarios del médico familiar, es posible que los pacientes hayan considerado (dada su necesidad de ayuda) que su padecimiento si podía ser atendido en este servicio, aún cuando no tuvieran una mayor información.

Pero esto también pudo haberse "transformado" en motivo de abandono al tratamiento, ante el hecho de no haber sentido mejoría en su sintomatología, una vez que acudió al servicio, pues posiblemente esperaba "sentirse bien" en un período de tiempo corto (esto es relativo, ya que depende de la tolerancia a la frustración que cada persona tenga).

Hay que tomar en cuenta que la población que abandono el tratamiento, en general, presentó un nivel socio-cultural bajo (aún cuando esta considerado dentro de la norma en nuestro país), lo que podría indicarnos que no hay una información más objetiva con respecto a los padecimientos que se atienden en un servicio de salud mental, haciéndose necesario una mayor difusión, a nivel comunitario.

Aunque aquí, surgiría la duda, con respecto a los pacientes que si se adhirieron al tratamiento, y en el caso de los que abandonaron y su nivel escolar es a un nivel profesional, pareciera entonces, que lo que más interviene son las características de personalidad, pero para tener una respuesta a esto se hace necesario investigarlo.

III.8.- CITAS SUBSECUENTES EN LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL

Como se había mencionado anteriormente, el trabajo diario que se realiza en el servicio, nos había permitido observar que otro posible motivo de abandono al tratamiento, eran la programación de las citas subsecuentes en los diferentes servicios. Los resultados señalan que para algunos pacientes si fue motivo de deserción.

Consideramos que el mayor "peso" en cuanto al seguimiento de evolución de la sintomatología del paciente se refiere, recae en el departamento de psiquiatría, ya que independientemente, de si requiere medicamentos o no, o de ser canalizado a las otras áreas, este departamento es el encargado del seguimiento del tratamiento hasta ser dado de alta.

Los resultados nos indican que fue en este departamento donde hubo un mayor diferimiento en la programación de las citas, siendo hasta de sesenta días, lo que corrobora el "peso" del mismo; aunque el porcentaje más alto se dio en el diferimiento que correspondió a treinta días (60.6%).

El 45.9% de los pacientes, refirieron que la programación les había parecido espaciada, dado que se sintieron mal y al no contarse con un servicio de interconsulta, prefirieron acudir con el médico familiar y en el caso de tres pacientes, tuvieron que acudir a urgencias de su Hospital General de Zona.

Esto, reportaron, les genero desconfianza al pensar que podían volverse adictos al medicamento y a su vez manifestaron enojo por tener que esperar a ser atendidos hasta la fecha en que estaba programada su cita.

En lo que al área de psicología se refiere, este departamento se encarga, tanto de las psicoterapias individual, grupal, pareja y familiar cabe aclarar que se cuenta con el apoyo del psiquiatra en las psicoterapias de grupo) como de las valoraciones psicológicas, con lo cual también observamos que repercute en el diferimiento.

Este diferimiento se da, principalmente porque, por muy breve que sea el apoyo psicoterapéutico, este no puede ser menor a cinco sesiones (hablando de terapias breves), dificultándose así, la programación para ser atendidos por lo menos cada semana. No hay que perder de vista que como institución de salud, la demanda de atención de nuevos pacientes es diaria y por lo tanto va en aumento, el diferimiento.

Aquí las citas fueron menos espaciadas, siendo en la mayoría programadas cada quince días (31.1%), seguidas de un 26.2% en las citas dadas cada semana y de un 27.8% en las programadas cada mes. Podemos ver que la atención en esta área es más continua, pero aún así hay pacientes que desertan, lo que también conlleva a pensar que espera el paciente o que fantasías se generan con este tipo de apoyo.

Aunque pareciera que hubiera un poco de mayor adherencia al apoyo psicoterapéutico, ya que aquí se registró el mayor número de asistencias a las citas programadas, y el tiempo entre una y otra cita el 49.1%, los pacientes lo consideraron adecuado, pareciera que no es suficiente, ya que sin embargo se dio la deserción.

También en lo que a las citas programadas en el área de valoración psicológica concierne, el tiempo entre una cita y otra fue óptimo, y en esta área, sólo un paciente reportó abandonar el tratamiento, porque considero eran muchas las pruebas que estaba realizando y no sentía mejoría al realizarlas.

El departamento de trabajo social, se encarga de entrevistar al paciente, así como a algunos de sus familiares, para conocer la dinámica familiar del mismo. Su relación en la atención del paciente requiere de menos tiempo, dado que el objetivo de su trabajo lo realiza en dos o tres entrevistas como máximo.

Vemos que de las personas que fueron canalizadas a esta área, en lo que a la programación de sus citas se refiere, en la mayoría de los casos esta fue de una semana (26.2%), seguidas de un 9.8% en las de quince días, lo que en efecto, indica una atención más pronta.

Podemos deducir, que al igual que en el área de valoración psicológica, estos departamentos presentaron el menor número de pacientes que abandonaron el tratamiento en este período de tiempo (nueve meses) que fue investigado.

Y tomando como base los resultados reportados, es importante considerar lo expuesto por Domínguez, (1984), quien menciona "la conducta puede regirse más por las consecuencias inmediatas que por las diferidas", con lo cual, se puede concluir que el diferimiento también es un factor que interviene en el abandono al tratamiento en las áreas de psicología y psiquiatría.

Como se indicó al inicio de este apartado, es el área de psiquiatría quien tiene a su cargo el concentrado de los pacientes que son enviados al servicio, pero vemos que en cuanto al tratamiento, este se comparte mayormente con el área de psicología, y en la mayoría de las ocasiones es este segundo departamento, quien tiene la mayor responsabilidad. Dado que hay pacientes, los

menos, que no requieren apoyo psicofarmacológico o que ellos mismos no lo aceptan y por lo tanto su demanda esta en base a un apoyo psicoterapéutico.

Vimos en el apartado de factores institucionales, que un motivo de abandono, fue el hecho de haber sido incluidos algunos pacientes a psicoterapia de grupo, aquí es importante resaltar que dadas las características de la demanda de atención, la psicoterapia grupal es la que más apoyo puede brindar al derechohabiente.

Esto desde la perspectiva del número de pacientes que son enviados al servicio, y también porque este tipo de manejo psicoterapéutico nos ha permitido observar en el paciente que al escuchar a otros sienta más confianza de "abrirse" y darse cuenta que no es el único con conflictos y les ha permitido concientizar (en lo posible) como interviene su situación personal en su salud mental.

Pero es al equipo interdisciplinario (en especial el psicólogo) a quien le corresponde hacer una mejor selección para evitar, en lo posible, deserciones que repercuten en la mejoría del paciente y en el costo que esto genera a la institución.

Realmente el tiempo que acudieron los pacientes al servicio, fue corto, dado el diferimiento en las citas, así tenemos que en psiquiatría el 42.6% acudió a sólo dos consultas, un 16.3% a una y un 14.7% a tres consultas.

En psicología hubo una mayor asistencia, el 29.5% acudió a tres sesiones, un 16.3% a dos sesiones y un 8.1% a una sesión, pero es importante destacar que también un 8.1% (cinco personas) acudieron entre siete y diez sesiones, lo que podría ser índice de una mayor adherencia al tratamiento psicoterapéutico que al psicofarmacológico.

Aunque hubo pacientes que no desearon comentar sus problemas y esperaban que el medicamento se convirtiera en una "cura mágica", no por ello deja de ser trascendental el papel que juega el tratamiento psicoterapéutico y al cual no se le ha dado la gran importancia que tiene en el tratamiento de los padecimientos de la salud mental.

III.9.- ATENCION DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL (PSQUIATRA,PSICOLOGO,TRABAJADORA SOCIAL)

Con el manejo de esta variable se pretendió conocer hasta que punto el equipo de salud, en base a las características individuales de personalidad, interviene para el abandono del tratamiento, ya que no es posible ver una relación

médico-paciente, desde una perspectiva unilateral, y considerar que sólo las características del paciente influyen en esta decisión

Cabe mencionar que cuando se realiza la historia clínica del paciente, debe estar presente el equipo de salud mental, sin embargo, los resultados reportaron que sólo en un 52.4% éste estuvo presente y un 47.6% reportó que no estuvo el equipo, faltaba uno o dos de los integrantes, en esta primera entrevista.

Sólo un 3.1% reportó que no se le informó que faltaba algún integrante, hubo pacientes que reportaron no saber que su tratamiento iba a ser manejado por un equipo, ya que en ocasiones sólo estaba presente el médico tratante y esto lo confirma el 22.9% de los pacientes que reportaron que no estaba presente el psicólogo y la trabajadora social.

Es necesario saber a que se deben estas ausencias, dado que fue otra variable que intervino en la deserción de algunos pacientes, que al no ser canalizados a psicología decidieron abandonar el tratamiento.

Aunque el 27.8% reportaron que les incomodó ver varias personas, aún cuando se les informó del objetivo de la presencia de éstas, hubo una paciente que reportó no poder hablar con confianza delante de varias personas y por eso se limitó a contestar las preguntas planteadas por el médico tratante.

Esto nos lleva a una contradicción, por un lado es necesaria la presencia de todos los integrantes, y por otro, esto genera angustia en algunos pacientes, habría que profundizar en este aspecto del trabajo en equipo, tomando en cuenta a los pacientes que sí se adhieren al tratamiento.

En forma global, podemos decir, que la mayoría de los pacientes reportaron que la actitud de los integrantes del equipo fue agradable, seguida de una respuesta en donde la actitud la consideraron indiferente ("como un caso más").

El tratar de conocer la opinión de los pacientes con respecto a la atención recibida por parte de cada uno de los integrantes del equipo de salud mental, podríamos decir que fue muy subjetiva, pues no hay que dejar de lado que la entrevistadora, fue en varios casos una de las personas que integraba uno de los equipos.

Esto, consideramos, influyó para tratar de dar una respuesta más objetiva, ya que pudimos observar temor, en varios pacientes, al responder el cuestionario, incluso algunos preguntaron si se les iba a dar de baja en el instituto, y aunque se les volvía a explicar el objetivo de la entrevista persistía el temor.

La atención, por parte del personal, en cuanto al horario en que se programaron las citas fue respetado, en especial en el área de psicología, lo cual nos indica que en este punto, el servicio es adecuado, y al parecer, no interfiere como un factor importante para el abandono del tratamiento.

En lo que a la actitud mostrada por los integrantes del equipo en las citas subsecuentes se refiere, también los resultados se inclinaron hacia sentir que fue una actitud amable, pero fue en el médico tratante (psiquiatra), donde un 6.5% reportó que había sentido una actitud grosera y que esto conllevó al abandono del tratamiento.

Aquí vemos como la personalidad de los integrantes del equipo de salud mental, si interviene para que la atención al paciente continúe, esto debe llevarnos a reflexionar que pasa con cada una de las personas que forman los equipos, sin querer decir con esto, que éstas personas no deban tener falla alguna, pero si es de tomar en consideración, dado que se esta prestando un servicio.

Dentro de esta variable, otros posibles motivos de abandono fueron, el sentir que no había una respuesta aceptable a las preguntas planteadas por los propios pacientes, en especial al psiquiatra y al psicólogo, en éste último, en lo que a las sesiones terapéuticas se refiere y aquí habría que saber, si es por la técnica empleada o simplemente por no dar una respuesta.

Los pacientes reportaron (40.9%) que era poco tiempo el que les dedicaba el médico tratante, y que no podían, por lo general, comentar como se sentían por la brevedad, y en ocasiones sintieron que bruscamente terminaba su tiempo y debían retirarse porque ya estaba el siguiente paciente, pero a la vez lo consideraron como falta de atención e interés por parte del psiquiatra para atenderlos.

En lo que se refiere a los psicólogos y las trabajadoras sociales, la mayoría de los pacientes consideró que el tiempo fue suficiente, sólo dos pacientes manifestaron que había sido poco el tiempo en psicología, ya que sentían la necesidad de seguir hablando.

Los resultados reportaron que en su mayoría, los pacientes consideraron, que el haber sido enviados a los diferentes servicios, les brindó apoyo con respecto a su padecimiento y se sintieron bien con la actitud mostrada por parte de los integrantes del equipo, ¿porqué entonces abandonan el tratamiento y no esperan a ser dados de alta?

Podría deberse, quizás, a que varios pacientes reportaron sentir mejoría, pero que pasa con los que reportaron lo contrario (no sentir mejoría), hasta que

punto la actitud de algunos de los integrantes o de todos intervino para este abandono, y la mayoría de ellos no externaron su molestia.

Pudiera deberse, como ya se dijo, a la presencia de la entrevistadora, la cual, al parecer, generó el temor a ser dados de baja de la institución, dado que algunos manifestaron que nunca les habían entrevistado para saber porque ya no acudían a sus consultas (no sólo en este servicio, lo cual nos indica, en estos pacientes, más un problema de personalidad).

Por lo anterior se hace necesario una investigación más a fondo, pero que al aplicarse el instrumento de medición este se haga a través de un entrevistador que no haya tenido contacto con estas personas, para evitar en lo posible, el que se den respuestas "adecuadas" y con ello obtener datos más objetivos que permitan mejorar la atención.

III.10.- OTROS MOTIVOS DE ABANDONO AL TRATAMIENTO

Con este apartado se trato de hacer una recopilación de las variables anteriores, y también considerar otras situaciones no contempladas pero que hubieran podido haber intervenido para el abandono del tratamiento, como en el caso del espacio físico que se requiere para la atención de los pacientes, y del cual se carece en el servicio.

Como lo reportaron los datos, en el área de psicología (en donde un consultorio es compartido hasta por tres psicólogos) al 8.1% de los pacientes les molestó no tener privacidad para poder contestar las preguntas que se les planteaban cuando realizaron pruebas psicológicas, por el hecho de saber, que iban a ser escuchados por otros pacientes.

Esto de alguna manera interfiere en los resultados de las valoraciones psicológicas y por ende en el tratamiento a seguir con los pacientes, y si además tomamos en cuenta que no pueden permanecer mucho tiempo en el servicio, por cuestiones administrativas, esto también interviene para una mejoría más pronta.

Otro motivo que provocó que los pacientes decidieran ya no seguir con su tratamiento, fue que se les informara a destiempo, que habían acumulado tres faltas injustificadas y deberían pedir un nuevo pase al médico familiar; un 31.1% consideró una arbitrariedad esta regla interna.

Esta regla esta dada en base, al tipo de manejo que se da en un servicio de psiquiatría a nivel institucional, en donde no hay un pago inmediato, como en la consulta particular, e incluso en este tipo de manejo (nivel particular) al paciente se le cobra por las sesiones a las que no asiste con la finalidad de trabajar con las resistencias del mismo.

Aquí se trata de evitar estas ausencias a través de esta regla interna, y se ha podido observar que ha tendió una buena respuesta, pues por lo general los pacientes informan del porque de su inasistencia, ya sea antes o después de su cita

En este mismo apartado se trató de ver en que grado (desde la subjetividad del propio paciente) fue la molestia de los pacientes en los diferentes motivos que se presentaron para que abandonara el tratamiento. Vimos que fueron los factores de tipo personal (en ambos sexos) los que reportaron tener las molestias en un grado más alto.

Le siguieron los factores de tipo institucional, en donde también el porcentaje mayor en ambos sexos, estuvo dirigido hacia sentir una alta molestia. Motivos tales como renovación de recetas (el cual tiene un horario asignado) y surtido de las mismas no fueron reportados como causas de abandono.

No así la falta de interconsulta, dado que hubo pacientes que comentaron, la necesitaban por sentirse mal y ante esta inexistencia, decidieron abandonar el tratamiento y continuar a nivel particular, o en otros casos, recurrir nuevamente a su médico familiar.

IV.- CONCLUSION

Esta investigación, tuvo como objetivo principal, determinar que factores de tipo institucional, personal y laboral intervinieron para que el paciente deprimido abandonara el tratamiento, en la consulta especializada.

Los resultados reportaron que los factores de tipo personal, fueron los que más intervinieron para que abandonaran el tratamiento, entre los que manifestaron fueron: sentir mejoría o no sentirla, falta de confianza en el tratamiento, temor a volverse adictos al medicamento, considerar que no estaban "locos".

Entre otros factores también refirieron, que algún familiar citado no quiso asistir, tener que cuidar a algún familiar enfermo, no tener con quien dejar a sus hijos para acudir a sus citas, por enfermedad, por tener que acudir a otros servicios de atención médica, el costo del pasaje y tiempo para trasladarse de su casa al hospital.

Las causas o motivos que conllevaron a los pacientes a abandonar el tratamiento, podemos ver que son variados; ante esto se hace necesario buscar estrategias que permitan una mayor adherencia terapéutica; así habría que concientizar, a nivel individual, familiar y social, a través de pláticas a la comunidad.

Para que las personas conozcan, o para quitar tabúes con respecto a los padecimientos de la salud mental, y a la vez contar con el apoyo de la familia, dada la falta información y educación al respecto.

En segundo lugar tenemos a los factores de tipo institucional, entre estos intervinieron: la programación de citas lejanas, falta de interconsulta, haber sido incluido en psicoterapia de grupo, no haber sido canalizado al área de psicología, falta de información con respecto a la enfermedad y duración del tratamiento.

El que no se presentará algún integrante del equipo de salud mental, no respetar el horario programado en la cita, falla de información de las reglas internas (acumular 3 faltas injustificadas), tener que solicitar un nuevo pase, también fueron factores que intervinieron para el abandono del tratamiento.

El dar a conocer los resultados al personal involucrado dentro del hospital, ayudaría a mejorar la atención y algunos motivos de deserción son posibles de evitar como la información que el paciente necesita saber con respecto a su

padecimiento. La información respecto a las reglas internas, así como el conocer que es un servicio de salud mental.

Habrán otros puntos más difíciles de poder darles una solución inmediata como es el caso del diferimiento, ya que no se cuenta con los suficientes recursos humanos y materiales para poder llevarlo a cabo, pues es de tomar en cuenta que en este tipo de servicio, no se pueden dar tratamientos a muy corto plazo. Incluso la misma demanda de pacientes no lo permite, sin embargo, a nivel de grupo se pueden encontrar posibles soluciones.

En tercer término se presentaron los factores de tipo laboral, entre estos estuvieron, la falta de permisos para acudir a su cita, el descuento económico por el lapso que dejaban su trabajo para asistir al hospital, y el haber sido liquidados.

También intervino el hecho de "ver bien al paciente" por parte de su jefe o supervisor y ante la explicación del paciente de su estado de ánimo, esto no era tomado en cuenta, asimismo les preguntaban cuantas citas más iban a tener, ya que no era posible que estuvieran ausentándose de sus labores continuamente, por lo que algunas personas, decidieron no seguir asistiendo.

Al parecer, la labor de información, no sólo debe darse a nivel de la familia, sino también en el ámbito laboral, en donde el desconocimiento de los problemas de la salud mental también esta presente.

Aunque estos factores fueron en un menor porcentaje, no por ello deben dejarse de lado para tratar de llevar cabo un abordaje que permita al paciente como trabajador un mejor desempeño de sus funciones que no solo beneficie al mismo, sino incluso al centro de trabajo donde labora.

Podemos concluir en base a los datos obtenidos, que en general la atención que se brinda en este hospital, es aceptable, que se requiere como en todo, de hacer cambios para brindar una mejor atención al derechohabiente, pero sobre todo dar información a nivel individual, familiar, laboral y social para que la población tenga un conocimiento de lo que es la salud mental.

Es importante resaltar que la consulta externa del turno matutino, en base a los resultados, se maneja como uno de los servicios a nivel funcional de los hospitales europeos, tomando en cuenta el estudio realizado por Gates y cols. (1991), en donde la latencia de atención varía de un día a un mes, y los datos reportaron que los pacientes son canalizados al servicio en este mismo periodo de tiempo, y son atendidos en el mismo, en un lapso de 24 a 48 horas.

En este mismo estudio se reportó que el Hospital (perteneciente al IMSS) en que se realizó la investigación en nuestro país, presentó una demora de 32 semanas para enviar a los pacientes, no sabemos si cuando realizaron el estudio en este hospital, estaba implementado el Plan de Psiquiatría y Salud Mental.

El Plan de Psiquiatría y Salud Mental del Instituto Mexicano del Seguro Social, fue realizado por el Dr. Carlos Pucheu Regis (1987), con la finalidad de modificar el modelo de atención que prevalecía, para implementar un modelo predominantemente curativo-rehabilitatorio.

Es probable que el hecho de que este Plan, este en funcionamiento desde 1988, fecha en que inició su funcionamiento la consulta externa, en este Hospital Psiquiátrico, haya repercutido en una mejor atención, a un mayor número de pacientes.

Este Plan subraya la importancia de la participación multidisciplinaria del personal de salud en general y del equipo de salud mental (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermera, etc.) como la base de los recursos humanos fundamentales.

Hace hincapié en el recurso terapéutico esencial, el cual está caracterizado por la terapia de múltiple impacto asociada o no a psicofármacos y al predominio de la atención en grupo sobre la individual, lo cual da mayor importancia al apoyo psicoterapéutico, y es aquí donde el psicólogo interviene en mayor medida.

El Plan de Psiquiatría contempla la atención de la salud mental, no sólo en el plano de un tercer nivel, sino que abarca los tres niveles de atención y en cada uno de ellos se explicita el trabajo a seguir. No forma parte de este trabajo explicar cada uno de ellos, por lo que remitimos al lector a la bibliografía correspondiente, sin embargo, tomaremos algunos puntos que apoyan nuestro trabajo.

Así tenemos, que este Plan también contempla la necesidad de que se incremente (en base a los recursos) la oferta de consulta externa especializada a través de Servicios de Salud Mental Delegacionales, de Zona o de Subzona. Esto lo podemos ver reflejado en este Hospital, ya que su ubicación (es decir la zona) ha permitido dar una atención a un gran sector de la población ubicada en el noreste del Distrito Federal.

Otro punto a que hace referencia, es que el especialista en salud mental, en base a la experiencia, trabaja de manera más productiva en equipo que aisladamente, una vez que sus miembros aprenden a colaborar entre ellos de manera positiva; y esto lo podemos ver reflejado en lo reportado por los pacientes, quienes refirieron en su mayoría, que la atención del equipo, les permitió entender su padecimiento.

Asimismo, nos hace mención de la terapia de múltiple impacto, la cual no puede ser ofrecida por un profesional aislado, sino que esta debe ser efectuada por un conjunto de profesionales de la Salud Mental y en instalaciones apropiadas. En el caso del Hospital de la Unidad Morelos, la demanda de los derechohabientes ha sido rebasada, faltando espacios para poder atenderlos, así como recursos humanos.

En base a lo anterior, tenemos que el Plan propone que las actividades terapéuticas que deberán predominar son las de grupo sobre las individuales, lo cual redundara, en una mayor productividad y por ende en una mayor atención a los pacientes, y como vimos, el diferimiento si fue un factor que intervino para la deserción, aunque por otro lado, tenemos que hay pacientes que no son aptos para la psicoterapia de grupo, pero estos podrían ser los menos, en base a una buena selección, para así evitar deserciones.

Esta investigación, deja varias alternativas para ser estudiadas, por un lado conocer el porque unos pacientes si se adhieren al tratamiento y otros no, conocer las características de personalidad de ambos grupos, para saber si esto interviene en la deserción, pues éstas posiblemente intervengan más en el abandono del tratamiento.

Es de tomar en cuenta este estudio, ya que ha sido escasa la investigación que al respecto se ha realizado, aquí también cabría la posibilidad de ampliarlo a los otros Hospitales Psiquiátricos con que cuenta el Instituto y hacer comparaciones con otros Centros de Salud Mental, con la finalidad de mejorar la atención y hacer los cambios pertinentes, en base a los cambios que el mismo desarrollo socio cultural nos impone y a las diferentes zonas en donde están ubicados los Hospitales.

Es importante ahondar más en cada una de las variables aquí estudiadas, para tener datos más objetivos que nos permitan brindar una mejor atención al paciente, ya que ante el abandono del tratamiento, no sólo sale afectada la institución desde la perspectiva financiera, sino del propio paciente quien sigue teniendo una calidad de vida deteriorada y ante la cronicidad que esto genera, la mejoría del padecimiento cada vez es más difícil

Desde otra perspectiva y tomando en cuenta el Plan de Psiquiatría y Salud Mental, se hace necesario, que los especialistas de la Salud Mental informen a los otros niveles de atención con respecto a este tipo de padecimientos, para apoyar al médico familiar y al propio paciente en una atención más oportuna de la enfermedad y evitar mayores sufrimientos y a la vez gastos.

Otro factor que debe ser tomado en cuenta, es la propia Salud Mental del personal que labora en este tipo de servicios, y por ello sería recomendable que acudieran a psicoterapia, con la finalidad de apoyarse a sí mismos y a la vez poder entender más a los pacientes que acuden al servicio, sin querer caer en la

panacea, ni en la omnipotencia o perfección, simplemente que como especialistas sabemos de la importancia que esto tiene para nuestra propia Salud Mental y para desarrollar nuestro trabajo con una mejor calidad y calidez.

A N E X O 1
FORMA 4-30-8/83
PASE DE INTERCONSULTA A ESPECIALIDAD



SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
INTERCONSULTA A ESPECIALIDAD

ORDINARIO URGENTE

NUMERO DE AFILIACION - NOMBRE

INTERCONSULTA	INTERCONSULTA AL SERVICIO DE:	DELEGACION	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO DE ENVIO:
	UNIDAD CONSULTADA	DELEGACION		FECHA EN QUE SE ESTABLECE EL DIAGNOSTICO EN EL I.M.S.S. DIA MES AÑO TIEMPO DE EVOLUCION:
	UNIDAD Y SERVICIO QUE SOLICITA	DELEGACION		FECHA EN QUE SE SOLICITA LA INTERCONSULTA:

FACTORES DE RIESGO	
HEREDITARIOS	1.- DIABETES <input type="checkbox"/> 2.- HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/> 3.- CARDIOPATIA ISQUEMICA O A.V.C. <input type="checkbox"/> 4.- CANCER <input type="checkbox"/> 5.- ALERGIA <input type="checkbox"/> 6.- OTROS <input type="checkbox"/>
PERS. PATOLOGICOS	7.- DIABETES <input type="checkbox"/> 8.- HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/> 9.- TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> 10.- OTRA ENF. CRONICA <input type="checkbox"/> 11.- ALERGICOS <input type="checkbox"/> 12.- INGESTION CRONICA DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> 13.- OTROS <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
8.- EDAD <input type="checkbox"/> 9.- SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 10.- OCUPACION CON AMBIENTE ADVERSO <input type="checkbox"/> 11.- ESTRATO SOCIOECONOMICO BAJO <input type="checkbox"/> 12.- HACINAMIENTO <input type="checkbox"/> 13.- SANEAMIENTO BASICO DEFICIENTE <input type="checkbox"/> 14.- HABITOS ALIMENTARIOS DEFICIENTES BAJO PESO <input type="checkbox"/> SOBRE PESO <input type="checkbox"/> 15.- PRACTICA REGULAR DE EJERCICIO <input type="checkbox"/> 16.- ESTADO TENSIONAL PROLONGADO <input type="checkbox"/> 17.- TABAQUISMO <input type="checkbox"/> 18.- ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> 19.- EMBARAZO ACTUAL <input type="checkbox"/> 20.- AUTOMEDICACION <input type="checkbox"/> 21.- PROXIMA INTERVENCION QUIRURGICA <input type="checkbox"/> MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____	

ESTADO ACTUAL

PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS:

INTERPRETACION AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO UTILIZADO:

MOTIVO DE ENVIO:

1.- SIN RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	4.- RIESGO DE SECUELA <input type="checkbox"/>
2.- COMPLICACION <input type="checkbox"/>	5.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA <input type="checkbox"/>
3.- AUXILIARES DE DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/>	6.- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>

INCAPACIDAD	FOLIO	EG	AT	EP	MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y MATRICULA
INICIO	DIAS AMPARADOS				

MANEJO

MANEJO ESPECIALIZADO
 FECHA EN QUE SE OTORGA LA PRIMERA CONSULTA
 DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO INICIAL _____

DIAGNOSTICO FINAL _____

PRONOSTICO _____

DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DIO EL ALTA

INTERPRETACION DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS:

EVOLUCION

TOTAL CONSULTAS OTORGADAS _____

RESUMEN: _____

FECHA DE ALTA DEL SERVICIO
 DIA MES AÑO

RECOMENDACIONES

MEDICAMENTOS	DOSES	TIEMPO DE ADMINISTRACION
NOMBRE GENERICO		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS O DE CONTROL _____

DEBE CONTINUAR CON INCAPACIDAD SI NO

REQUIERE NUEVA VALDRACION POR EL SERVICIO CONSULTADO:
 SI NO

CUANDO _____

TIEMPO PROBABLE _____

INCAPACIDAD	FOLIO	EG	AT	EP	MEDICO RESPONSABLE FIRMA Y MATRICULA
INICIO DIA MES AÑO	DIAS AMPAHADUS				

ANEXO 2
CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

Instrucciones: Anote en la casilla de la derecha el número que coincida o más se acerque a su respuesta.

DATOS GENERALES: (INDICADORES)

1.- Sexo:
(1) masculino (2) femenino

2.- Edad:

3.- Estado civil:
(1) soltero(a) (2) casado(a)
(3) unión libre (4) separado(a)
(5) viudo(a) (6) divorciado(a)

4.- Escolaridad:
(1) analfabeta
(2) primaria 1 2 3 4 5 6 T
(3) secundaria 1 2 3 T
(4) carrera técnica o comercial 1 2 3 T
(5) preparatoria o vocacional 1 2 3 T
(6) profesional 1 2 3 4 5 T
(7) post-grado 1 2 T

5.- Años de estudio:

6.- Ocupación:
(1) desempleado(a) (2) hogar
(3) obrero(a) (4) estudiante
(5) pensionado(a) o jubilado(a) (6) sub-empleado(a)
(7) empleado(a) (8) sub-empleado/estudiante

- 7.- Tipo de vivienda:
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| (1) casa propia | (2) casa rentada |
| (3) departamento propio | (4) departamento rentado |
| (5) casa de los padres | (6) casa de los suegros |
| (7) casa de los hermanos | (8) casa de los hijos |
| (9) casa de los abuelos | |

- 8.- ¿ Cuenta con todos los servicios intradomiciliarios ?
- (1) si (2) no

TIEMPO QUE TARDA EL PACIENTE PARA ACUDIR A SOLICITAR ATENCION MEDICA Y TIEMPO EN QUE ESTA DEMANDA ES SATISFECHA

- 9.- ¿ Qué medio de transporte utiliza de su casa, o de su trabajo, para trasladarse al hospital ?
- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| (1) camión | (2) microbús |
| (3) metro | (4) taxi |
| (5) automóvil propio | (6) camión y/o microbús |
| (7) metro y/o microbús | (8) camión o automóvil propio |
| (9) caminando | |

- 10.- ¿ Cuánto paga de pasajes para trasladarse de su casa al hospital ?
- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| (1) .40 ctvs. y/o N\$1.00 | (2) N\$ 1.50 a N\$ 2.00 |
| (3) N\$ 3.00 a N\$ 4.00 | (4) N\$ 5.00 a N\$ 6.00 |
| (5) N\$ 7.00 a N\$ 8.00 | (6) N\$ 9.00 a N\$10.00 |
| (7) N\$11.00 a N\$12.00 | (8) N\$13.00 a N\$15.00 |
| (9) no paga pasaje | |

- 11.- ¿ Cuánto paga de pasajes para trasladarse de su trabajo al hospital ?
- | | |
|------------------------|--------------------|
| (1) .40 ctvs. | (2) N\$ 1.00 |
| (3) N\$ 1.50 a N\$3.00 | (4) no paga pasaje |

- 12.- ¿ Considera que el costo del pasaje motivo que abandonara el tratamiento ?
- (1) si (2) no

13.- ¿ Cuánto tiempo tarda en trasladarse de su casa al hospital ?

- | | |
|----------------|--------------------|
| (1) 5 minutos | (2) 10 minutos |
| (3) 15 minutos | (4) 20 minutos |
| (5) 25 minutos | (6) 30 minutos |
| (7) 1 hora | (8) 1 hora y media |

14.- ¿ Cuánto tarda en trasladarse de su trabajo al hospital ?

- | | |
|--------------------|---------------|
| (1) 30 minutos | (2) 1 hora |
| (3) 1 hora y media | (4) 5 minutos |
| (5) 45 minutos | |

15.- ¿ El tiempo de traslado de su casa, o de su trabajo motivo que abandonara el tratamiento ?

- | | |
|--------|--------|
| (1) si | (2) no |
|--------|--------|

16.- ¿ Acudió con su médico familiar cuando empezó a sentirse mal (sentimientos de tristeza, falta de aire, dolor de cabeza, etc.) ?

- | | |
|--------|--------|
| (1) si | (2) no |
|--------|--------|

17.- Antes de acudir con su médico familiar por las molestias presentadas, recurrió a:

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| (1) médico general particular | (2) remedios caseros |
| (3) "limpias" | (4) automedicación |
| (5) otros especialistas | (6) médico del trabajo |
| (7) leer la Biblia | (8) no hizo nada |

18.- ¿ Cuánto tiempo paso entre sus primeras molestias y el acudir a solicitar atención a su médico familiar ?

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| (1) 1 día a 15 días | (2) 1 mes a 3 meses |
| (3) 4 meses a 6 meses | (4) 7 meses a 11 meses |
| (5) 1 año a 1 año y medio | (6) 2 años a 4 años |
| (7) 6 años a 9 años | (8) 10 años a 15 años |
| (9) 16 años a 20 años | |

19.- ¿ Cuánto tiempo paso entre la primera consulta con su médico familiar y su envío a este servicio ?

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| (1) 1 día a 15 días | (2) 1 mes a 3 meses |
| (3) 4 meses a 6 meses | (4) 7 meses a 11 meses |
| (5) 1 año a 1 año y medio | (6) 2 años a 4 años |
| (7) 5 años a 7 años | (8) 8 años a 10 años |

20.- ¿ Su médico familiar le informo los motivos por los cuales lo(a) enviaba a éste servicio ?

- (1) si (2) no

21.- ¿ Cuánto tiempo acudió al servicio de psiquiatría ?

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| (1) una sola vez | (2) 15 días a 1 mes |
| (3) 2 meses a 4 meses | (4) 5 meses a 7 meses |
| (5) 8 meses a 10 meses | (6) 11 meses a 1 año |

22.- El ver o saber que su padecimiento requería de tiempo prolongado en el servicio, para sentir mejoría, ¿motivo su abandono ?

- (1) si (2) no

ENVIO DEL PACIENTE AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA

23.- ¿ Sabía usted que existía el servicio de psiquiatría ?

- (1) si (2) no

24.- ¿ Sabía usted que su padecimiento debía ser atendido por éste servicio ?

- (1) si (2) no

25.- ¿ Considera que sólo los "locos" asisten a éste servicio ?

- (1) si (2) no

26.- ¿ Sabe usted que clase de padecimientos o enfermedades se

atienden en éste servicio ?

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| (1) no | (2) depresión |
| (3) "nervios" | (4) problemas psicológicos |
| (5) angustia | (6) alcohol, drogas |
| (7) epilepsias | (8) agresión |
| (9) problemas mentales | |

27.- Su envío al servicio de psiquiatría de debió a:

- (1) petición propia
- (2) decisión del médico familiar
- (3) médico particular
- (4) sus familiares u otras personas le informaron que éste servicio le podía brindar ayuda.

SI LA RESPUESTA DE ESTA PREGUNTA CORRESPONDE AL PUNTO 1, HACER LA PREGUNTA 28, DE LO CONTRARIO, SI CORRESPONDE AL PUNTO 2 PASAR A LA PREGUNTA 29.

28.- El pedirle a su médico familiar que lo(a) enviara a éste

servicio fue porque:

- (1) consideró que éste servicio le podía brindar apoyo con respecto a su enfermedad
- (2) usted sabía que su enfermedad debía ser atendida en éste servicio
- (3) alguien le dijo que su enfermedad debía ser tratada por un psicólogo
- (4) ya había recurrido a éste tipo de servicio
- (5) tiene un familiar que es atendido por el servicio y el médico tratante de éste le solicitó el pase

29.- Su médico familiar lo envió a éste servicio al considerar que usted:

- (1) "no tenía nada"
- (2) eran sus "nervios"
- (3) por cambio de medicamento
- (4) por no seguir atendiéndole
- (5) estaba "loco(a)"
- (6) tener un familiar que es atendido en éste servicio y el médico tratante de éste le solicitó el pase

- (7) fue atendido en el área de urgencias del Hospital General de Zona y fue canalizado a éste servicio
- (8) por estar deprimido
- (9) por intervención quirúrgica
- (10) no le informo el motivo

30.- ¿ Considera que una vez que fue atendido, su enfermedad no correspondía a éste servicio y por eso decidió abandonar el tratamiento ?

(1) si (2) no

31.- ¿ Dejó de asistir al servicio por temor a ser internado ?

(1) si (2) no

**CITAS SUBSECUENTES EN LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRIA,
PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL**

32.- Sus citas subsecuentes en psiquiatría le fueron programadas:

(1) cada semana (2) cada 15 días
(3) cada mes (4) cada dos meses
(5) sólo asistió a una (6) no le dieron citas subs.

33.- El intervalo de tiempo entre una cita y otra, en el área de psiquiatría,

lo considero:

(1) adecuado (2) espaciado
(3) continuas (4) le fue indiferente
(5) ya no asistió

34.- El horario en que le fueron programadas sus citas en psiquiatría fue:

(1) inadecuado (2) adecuado
(3) indiferente (4) ya no asistió

35.- Dejó de asistir a su cita a psiquiatría por:

(1) sentir mejoría

- (2) no sentir mejoría
- (3) indiferente
- (4) no tenía quien le acompañara a su cita
- (5) ya no le programaron más citas
- (6) problemas laborales
- (7) se le pasó la cita
- (8) no sintió confianza
- (9) mucho tiempo haciendo pruebas psicológicas
- (10) actitud grosera del médico tratante
- (11) problemas familiares
- (12) cita en otros servicios del Instituto
- (13) el tratamiento lo considero muy largo
- (14) temor a ser internado
- (15) consideró que su padecimiento no correspondía a éste servicio
- (16) no estaba "loco(a)" para seguir asistiendo
- (17) esperar mucho tiempo para ser atendido(a)
- (18) cambio de domicilio

36.- La falta de interconsulta (ser atendido(a) antes de la cita programada)
en psiquiatría, ¿ contribuyó para que abandonara el tratamiento ?:
(1) sí (2) no

37.- El no solicitar una nueva cita en psiquiatría se debió a:
(1) tiempo para trasladarse
(2) por sentir mejoría
(3) por no sentir mejoría
(4) falta de dinero para pasajes
(5) por no querer tomar el medicamento
(6) la actitud grosera del médico tratante
(7) problemas laborales
(8) problemas familiares
(9) el médico tratante le dijo que ya no asistiera (pero sin ser dado de alta)
(10) no estaba "loco(a)"
(11) falta de tiempo

43.- El horario en que le fueron programadas sus citas en psicología fue:

- (1) inadecuado (2) adecuado (3) indiferente

44.- Dejó de asistir a su cita a psicología por:

- (1) sentir mejoría
(2) no sentir mejoría
(3) se le pidió que asistiera algún familiar y no fue posible
(4) se le olvidaron las citas
(5) por haber sido incluido(a) en terapia de grupo
(6) problemas laborales
(7) problemas familiares
(8) actitud grosera del médico tratante
(9) voluntad propia
(10) el tratamiento lo consideró muy largo
(11) no estaba "loco(a)"
(12) falta de tiempo
(13) por no ser atendido(a) en el horario programado
(14) fue dado(a) de baja por faltas
(15) poca confianza en el tratamiento

45.- La falta de interconsulta (ser atendido(a) antes de la cita programada) en psicología ¿ contribuyó para que abandonara el tratamiento ?:

- (1) si (2) no

46.- El no solicitar una nueva cita en psicología se debió:

- (1) al tiempo de traslado
(2) por no sentir mejoría
(3) por sentir mejoría
(4) falta de dinero para pasajes
(5) problemas laborales
(6) problemas familiares.
(7) no deseaba recibir el mismo trato que le dio el (la) psiquiatra
(8) no querer estar en psicoterapia de grupo
(9) voluntad propia
(10) se le olvidaban las citas

- (11) no se respetaba el horario de consulta
- (12) tener que pedir un nuevo pase al médico familiar
- (13) sufrir un accidente
- (14) no estaba "loco(a)"
- (15) el familiar no quiso asistir

- 47.- ¿ A cuántas sesiones psicoterapéuticas asistió ?
- (1) 1 sesión (2) 2 sesiones
 - (3) 3 sesiones (4) 4 a 6 sesiones
 - (5) 7 a 10 sesiones (6) 11 a 13 sesiones
 - (7) 14 a 16 sesiones (8) ninguna sesión subsecuente
- 48.- El no haber sido enviado al servicio de psicología motivo que abandonara el tratamiento:
- (1) si (2) no
- 49.- ¿ Fue enviado a realizar pruebas psicológicas ?
- (1) si (2) no
- 50.- El acudir a realizar pruebas psicológicas lo consideró:
- (1) necesario (2) innecesario
 - (3) indiferente (4) pérdida de tiempo
- 51.- El intervalo de tiempo entre una cita y otra, para realizar pruebas psicológicas fue:
- (1) adecuado (2) espaciado
 - (3) continuas (4) indiferente
- 52.- El horario en que le fueron programadas sus citas para realizar pruebas psicológicas, fue:
- (1) inadecuado (2) adecuado (3) indiferente
- 53.- ¿ Considera que el haber sido enviado(a) a realizar pruebas psicológicas motivo que abandonara el tratamiento ?

(1) si (2) no

54.- ¿ Fue enviado(a) al servicio de trabajo social ?
(1) si (2) no

55.- Sus citas en trabajo social le fueron programadas:
(1) cada semana (2) cada quince días
(3) cada mes (4) sólo le programaron una cita
(5) no localizó a la trabajadora social

56.- El intervalo de tiempo entre una cita y otra en el área de trabajo social lo consideró:
(1) adecuado (2) espaciado
(3) continuas (4) indiferente

57.-El horario en que le fueron programadas sus citas en trabajo social fue:
(1) inadecuado (2) adecuado (3) indiferente

58.- Dejó de asistir a su cita a trabajo social por:
(1) sentir mejoría
(2) no sentir mejoría
(3) se le pidió que acudiera algún familiar y no fue posible
(4) problemas laborales
(5) se sintió mal con los medicamentos
(6) por falta de dinero y tiempo
(7) se le pasó la cita
(8) por no querer comentar sus problemas
(9) problemas familiares
(10) ya no le dieron otra cita
(11) fue dado(a) de baja por faltas
(12) no localizó a la trabajadora social
(13) consideró que ya no necesitaba asistir a éste servicio

59.- La falta de interconsulta (ser atendido(a) antes de la cita programada) en trabajo social contribuyó para que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no

60.- El no solicitar una nueva cita en trabajo social se debió a:
(1) tiempo para trasladarse
(2) por no sentir mejoría
(3) por sentir mejoría
(4) falta de dinero para pasajes
(5) problemas laborales
(6) consideró que su padecimiento no correspondía a éste servicio
(7) problemas familiares
(8) fue dado(a) de baja por faltas
(9) no localizó a la trabajadora social
(10) por no seguir con el tratamiento psicofarmacológico
(11) ayudarse sola al no querer comentar sus problemas
(12) ya no se le programó otra cita
(13) por no pedir otro pase al médico familiar

61.- El no haber sido enviado al servicio de trabajo social motivo que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no

**INTERVENCION DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL : PSIQUIATRA,
PSICOLOGO, TRABAJADORA SOCIAL**

62.- ¿ Cuándo acudió a su primera consulta estaba presente el equipo interdisciplinario (psiquiatra, psicólogo(a), trabajadora social) ?
(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA FUE NEGATIVA PASARA A LA PREGUNTA 63; SI FUE AFIRMATIVA PASAR A LA PREGUNTA 66

63.- En el transcurso de la elaboración de su historia clínica, le aciaró

el médico tratante, que su tratamiento iba a ser manejado por un equipo de profesionales ?

(1) si (2) no

64.- Su médico le informó ¿ cuál o cuáles de los integrantes del equipo interdisciplinario faltaba ?

(1) si (2) no

65.- ¿ Recuerda usted, que integrantes del equipo no estaban presentes cuando le realizaron su historia clínica?:

- (1) psiquiatra (médico tratante)
- (2) psicólogo(a)
- (3) trabajadora social
- (4) psiquiatra y psicólogo(a)
- (5) psiquiatra y trabajadora social
- (6) psicólogo(a) y trabajadora social
- (7) psiquiatra, psicólogo(a) y trabajadora social

66.- ¿ Le fueron presentados los integrantes del equipo interdisciplinario ?

(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA FUE NEGATIVA, HACER LA PREGUNTA 67; SI FUE AFIRMATIVA PASAR A LA PREGUNTA 68.

67.- El que no le fueran presentados los integrantes del equipo interdisciplinario:

- (1) le molestó
- (2) le fue indiferente
- (3) provocó que abandonara el tratamiento
- (4) sintió temor

68.- El ver varias personas reunidas cuando le realizaron la historia clínica lo consideró:

- (1) adecuado (2) le incomodó
- (3) indiferente (4) le molestó

médico tratante fue:

(1) agradable

(2) molesto

(3) no le dio importancia

(4) lo que deseaba era ser atendido

(5) lo(a) motivo a abandonar el tratamiento

75.- La actitud hacia usted, en sus citas subsecuentes, a las que acudió con su médico tratante, la percibió:

(1) amable (2) molesta (3) grosera

(4) indiferente (5) poco tolerante (6) agresiva

(7) ya no asistió

76.- En sus citas subsecuentes, ¿ su médico tratante le aclaraba las preguntas que usted le formulaba ?

(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA HACER LA PREGUNTA 77; SI FUE AFIRMATIVA PASAR A LA PREGUNTA 78.

77.- El que sus preguntas o dudas no hayan tenido una respuesta lo(a) motivo a abandonar el tratamiento:

(1) si (2) no

78.- El tiempo que le prestó su médico tratante, en sus citas subsecuentes, fue:

(1) suficiente

(2) poco tiempo

(3) demasiado tiempo

(4) no tomo en cuenta este factor

79.- Se presentó a alguna cita subsecuente en donde no se presentó su médico tratante, y tampoco fue atendido(a) por un médico residente:

(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA HACER LA PREGUNTA 80, SI FUE NEGATIVA PASAR A LA PREGUNTA 81 SIEMPRE QUE HAYA PASADO AL SERVICIO DE PSICOLOGIA (PSICOTERAPIA); SI SOLO PASO A VALORACION PSICOLOGICA PASAR A LA PREGUNTA 92, DE LO CONTRARIO, PASAR A LA PREGUNTA 103 SI FUE ENVIADO(A) AL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL, DE NO SER ASI, IRSE DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA 114.

80.- El no ser atendido(a) motivo que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no

81.- La atención recibida por él o la psicóloga, en la consulta de primera vez, la consideró:
(1) agradable (2) grosera
(3) indiferente (4) poco atenta
(5) no estaba presente

82.- Por lo general él(la) psicólogo(a) le atendió en el horario programado
en sus citas subsecuentes:
(1) si (2) no
(3) le atendía antes (4) le atendía después
(5) ya no se presentó el paciente

83.- El no haber sido atendido en el horario programado, considera
que se debió a:
(1) en ese momento no se encontraba él(la) psicólogo(a)
(2) lo(a) hizo esperar, aún cuando usted consideraba que estaba desocupado(a)
(3) estaba ocupado(a) atendiendo a otro paciente
(4) usted no llegó a tiempo y tuvo que esperar

84.- El no haber sido atendido(a) en el horario programado, motivo que abandonara el tratamiento
(1) si (2) no

85.- El(la) psicólogo(a) le aclaró las dudas o preguntas que usted le

planteaba:

(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA HACER LA PREGUNTA 86; SI ES AFIRMATIVA PASAR A LA PREGUNTA 87.

86.- El que sus preguntas no hayan sido aclaradas motivo que abandonara el tratamiento:

(1) si (2) no

87.- La actitud hacia usted, en sus citas subsecuentes a las que acudió con el(la) psicólogo(a), la percibió:

(1) amable (2) molesta
(3) grosera (4) indiferente
(5) poco tolerante (6) agresiva
(7) ya no asistió

88.- El tiempo que le dedicó el(la) psicólogo(a) en sus sesiones subsecuentes fue:

(1) suficiente (2) demasiado tiempo
(3) poco tiempo (4) no tomo en cuenta este factor
(5) ya no asistió

89.- Se presentó a alguna sesión psicoterapéutica en donde el(la) psicólogo(a) no se presentará:

(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA HACER LA PREGUNTA 90; SI ES NEGATIVA PASAR A LA PREGUNTA 91.

90.- El no ser atendido(a) motivo que abandonara el tratamiento:

(1) si (2) no

91.- Las sesiones psicoterapéuticas a las que asistió las consideró:

- (1) como apoyo a su enfermedad
- (2) no tenía relación con su enfermedad
- (3) no sentía mejoría
- (4) no podía hablar delante de otros

SI PASO A VALORACION PSICOLOGICA HACER LAS PREGUNTAS SIGUIENTES, SINO PASAR A LA PREGUNTA 103 SI FUE ENVIADO(A) AL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL, DE NO SER ASI, IRSE DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA 114.

92.- La atención recibida por la psicóloga al realizar pruebas psicológicas,
la consideró:

- (1) agradable
- (2) grosera
- (3) indiferente
- (4) poco atenta

93.- Por lo general la psicóloga le atendió en el horario programado en sus citas subsecuentes:

- (1) si
- (2) no
- (3) le atendía antes
- (4) le atendía después

SI LA RESPUESTA CORRESPONDE A LOS INCISOS 2 ó 4 HACER LAS PREGUNTAS 94 Y 95, SI CORRESPONDE A LOS INCISOS 1 ó 3 PASAR A LA PREGUNTA 96.

94.- El no haber sido atendido(a) en el horario programado, considera que se debió a:

- (1) en ese momento no se encontraba la psicóloga
- (2) lo(a) hizo esperar, aún cuando usted consideraba que estaba desocupada
- (3) estaba ocupada atendiendo a otro paciente
- (4) usted no llegó a tiempo y tuvo que esperar

95.- El no haber sido atendido(a) en el horario programado, motivo que abandonara el tratamiento:

- (1) si
- (2) no

96.- La psicóloga le aclaró las preguntas que usted le planteaba:
(1) si (2) no

97.- El que su preguntas no hayan sido aclaradas motivo que abandonara
el tratamiento:
(1) si (2) no

98.- La actitud hacia usted, en sus citas subsecuentes a las que acudió
con la psicóloga, la percibió:
(1) amable (2) molesta
(3) grosera (4) indiferente
(5) poco tolerante

99.- El tiempo que le dedicó la psicóloga en sus citas subsecuentes fue:
(1) suficiente (2) demasiado tiempo
(3) poco tiempo (4) no tomo en cuenta este factor

100.- Se presentó a alguna cita, para realizar pruebas psicológicas, en
donde la psicóloga no se presentará:
(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA HACER LA PREGUNTA 101; SI ES
NEGATIVA PASAR A LA PREGUNTA 102.

101.- El no ser atendido(a) motivo que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no

102.- Las citas a las que asistió para realizar pruebas psicológicas
las consideró:
(1) como apoyo a su enfermedad
(2) no tenían relación con su enfermedad
(3) no supo porque se le envió

SI PASO AL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL CONTINUAR CON LAS

PREGUNTAS, DE NO SER ASI, IRSE DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA 114.

103.- La atención recibida por la trabajadora social, en la consulta de primera vez, la consideró:
(1) agradable (2) grosera
(3) indiferente (4) poco atenta
(5) no estaba presente

104.- Por lo general la trabajadora social le atendió en el horario programado en sus citas subsecuentes:
(1) si (2) no
(3) le atendía antes (4) le atendía después
(5) ya no asistió la paciente

105.- El no haber sido atendido(a) en el horario programado, considera que se debió a:
(1) en ese momento no se encontraba la trabajadora social
(2) lo hizo esperar, aún cuando usted consideraba que no estaba ocupada
(3) estaba ocupada atendiendo a otro paciente
(4) usted no llegó a tiempo y tuvo que esperar

106.- El no haber sido atendido(a) en el horario programado, motivo que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no

107.- La trabajadora social le aclaró las dudas o preguntas que usted le planteaba:
(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA HACER LA PREGUNTA 108; SI ES AFIRMATIVA PASAR A LA PREGUNTA 109.

108.- El que sus preguntas no hayan sido aclaradas motivo que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no

109.- La actitud, hacia usted, en sus citas subsecuentes a las que acudió con la trabajadora social, la percibió:
(1) amable (2) molesta
(3) grosera (4) indiferente
(5) poco tolerante (6) nunca la localizó

110.- El tiempo que le dedicó la trabajadora social en sus entrevistas subsecuentes fue:
(1) suficiente (2) demasiado tiempo
(3) poco tiempo (4) no tomo en cuenta este factor

111.- Se presentó a alguna entrevista en donde la trabajadora social no se presentara:
(1) si (2) no

112.- El no ser atendido(a) motivo que abandonara el tratamiento
(1) si (2) no

113.- Las entrevistas a las que asistió las consideró:
(1) como apoyo a su enfermedad
(2) no tenía relación con su enfermedad

MOTIVOS DE ABANDONO POR PARTE DEL PACIENTE

114 - El tener que renovar sus recetas en un horario establecido motivo que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no

115.- El que sus recetas no le fueran surtidas por falta de medicamento,
motivo que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no (3) siempre se las surtieron

116.- Los lugares en donde se realizaron las diferentes consultas
(psiquiátricas, psicológicas y de trabajo social) los consideró:
(1) adecuados
(2) inadecuados por el tamaño
(3) inadecuados por falta de ventilación
(4) inadecuados por falta de luz
(5) no tomo en cuenta este factor
(6) le molestaba que fumaran
(7) inadecuados por falta de comodidad

117.- El que no hubiera un espacio disponible cuando acudió a sus
sesiones psicoterapéuticas y tuviera que esperar algunos minutos,
motivo que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no

SI PASO A PRUEBAS PSICOLOGICAS HACER LA PREGUNTA 118; SINO HACER LA PREGUNTA 120.

118.- ¿ Cómo considero, el estar en un consultorio, que a su vez era
compartido por otros psicólogos y otros pacientes al mismo tiempo ?
(1) adecuado
(2) le molesto al no haber privacidad
(3) no le dio importancia
(4) se distraía
(5) no estuvo en esa situación

SI LA RESPUESTA CORRESPONDE AL INCISO 2 HACER LA PREGUNTA

119.- Considera que el no haber tenido privacidad para realizar las pruebas psicológicas motivo que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no

120.- Considera que tenía que repetir la misma información en las diferentes áreas en la que fue canalizado:
(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA PASAR A LA PREGUNTA 121; SI ES NEGATIVA PASAR A LA PREGUNTA 125.

121.- Consideró que el repetir la misma información, en las diferentes áreas, tuvo el mismo manejo o respuesta por parte de los integrantes del equipo:
(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA FUE NEGATIVA PASAR A LA PREGUNTA 122; SI FUE AFIRMATIVA PASAR A LA PREGUNTA 124.

122.- Por el contrario, el referir la misma información, le permitió entender un poco más el porque de su enfermedad:
(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA HACER LA PREGUNTA 123; SI ES POSITIVA PASAR A LA PREGUNTA 124.

123.- Por el contrario, el referir la misma información, le confundió aún más con respecto a su enfermedad:
(1) si (2) no

124.- El tener que repetir la misma información, en algunos casos, lo (a) motivo a abandonar el tratamiento:
(1) si (2) no

125.- ¿ Se le informó en la consulta de primera vez, que si acumulaba
usted un total de tres faltas (tomando en cuenta todos los servicios
{psiquiatría, psicología y trabajo social}) sería dado de baja y tendría
que pedir un nuevo pase a su médico familiar ?
(1) si (2) no

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA HACER LA PREGUNTA 126; SI FUE
AFIRMATIVA PASAR A LA PREGUNTA 128.

126.- El haber acumulado tres faltas, sin conocer esta regla interna, lo
consideró:
(1) inadecuado
(2) adecuado
(3) necesario para evitar inasistencias
(4) una arbitrariedad por no habercele comunicado esta regla interna
(5) no le interesó ya que no pensaba regresar

127.- El tener que solicitar un nuevo pase a su médico familiar lo(a)
motivo a abandonar el tratamiento:
(1) si (2) no

128.- La actitud mostrada, hacia usted, por parte de las asistentes mé-
dicas cuando pasaba a registrar sus citas fue:
(1) agradable (2) grosera
(3) indiferente (4) poco atenta

SI LA RESPUESTA CORRESPONDE A LOS INCISOS 2 ó 4 HACER LA
PREGUNTA 129; SINO PASAR A LA PREGUNTA 130.

129.- Considera que la actitud mostrada por las asistentes médicas
motivo que abandonara el tratamiento:
(1) si (2) no

130.- Ahora bien, otras personas han manifestado algunos motivos por los que no siguieron acudiendo al servicio; queremos saber si a usted le paso lo mismo y que tanto le molestó esta situación:

	Molestia			Motivo de abandono		
	Poca	Moderada	Alta	Sí	No	
1.- Falta de atención por parte de alguno de los integrantes del equipo de salud.						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.- Sentir mejoría.						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.- No sentir mejoría.						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.- No estaba "loco(a)".						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.- Temor a ser internado.						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.- Falta de espacio físico para una buena atención.						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.- Problemas laborales						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.- Falta de dinero para los pasajes.						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.- Falta de interconsulta						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.- Falta de confianza en el tratamiento.						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

11.- No le programaron más citas en psiquiatría.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- "Flojera" para asistir a consulta (olvido).						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.- Temor a ser regañado por algún miembro de equipo al no presentarse en cita anterior.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.- Haber sido canalizado a psicoterapia de grupo						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.- Consideró que podía ayudarse sólo(a).						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.- Consideró que su problema no era psicológico sino físico.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.- Problemas familiares.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.- No quiso asistir algún familiar citado						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.- Atención grosera del médico tratante						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.- La atención no era cálida sino "fría".						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.- El recordar acontecimientos pasados.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.- Por enfermedad o accidente						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.- No haber sido canalizado a una área específica.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.- Temor a volverse adicto a los medicamentos.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.- Tener que solicitar un nuevo pase al médico fam.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.- No se le informó de las tres faltas injustificadas.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.- Tiempo prolongado para sentir mejoría.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.- Citas lejanas en los servicios.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.- La atención recibida por la asistente médica.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.- Tiempo para trasladarse.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.- No respetar el horario programado.						<input type="checkbox"/>
32.- Falta de información con respecto a su enfermedad.						<input type="checkbox"/>

131.- Su médico tratante (psiquiatra) fue:

- (1) Dra. Betancourt (2) Dra. García
(3) Dra. Sánchez (4) Dr. Taylor
(5) Médico residente

132.- El(la) psicólogo(a) tratante fue:

- (1) Psic. Pozas (2) Psic. Vargas (3) Psic. Ramírez

133.- La psicóloga que le realizó las pruebas psicológicas fue:

- (1) Psic. Meza (2) Psic. Merino

134.- La trabajadora social que le atendió fue:

- (1) T.S. Hernández (2) T.S. Avila
(3) T.S. Gómez (4) T.S. Cornejo

135.- Comentarios generales:

A N E X O 3
INASISTENCIA A CONSULTA

TABLA 34 INASISTENCIA A CONSULTA

FACTORES INSTITUCIONALES

No se programaron más citas, pero no fue dado de alta

Considerar que se perdía mucho tiempo en la realización de pruebas psicológicas.

Actitud grosera del médico tratante (psiquiatra).

Acudir a citas programadas en otras Unidades de Medicina Familiar del Instituto para recibir consulta.

Esperar mucho tiempo para ser atendido.

Haber sido incluidos en terapia de grupo.

Ser dado de baja por haber acumulado tres faltas injustificadas.

No localizar a la trabajadora social.

FACTORES PERSONALES

Sentir mejoría.

No sentir mejoría

No tener un familiar o conocido que lo acompañara a las consultas.

Se le pasó la cita.

No tener quien le cuidara a sus hijos.

Temor a tomar los medicamentos

El paciente considero que su padecimiento no correspondía al servicio.

No sintió confianza en el tratamiento.

Considero el paciente que no estaba "loco".

El paciente cambio de domicilio.

Considerar el tratamiento muy largo.

Temor a ser internado.

FACTORES LABORALES

No autorizaban permisos para asistir al servicio.

Descuento de la parte proporcional del tiempo que ocupaba para asistir al hospital, repercutiendo en su economía.

Fueron liquidados o dejaron de trabajar por lo que se dejo de tener derecho al servicio médico.

A N E X O 4
NO SOLICITAR OTRA CITA

TABLA 35 NO SOLICITAR OTRA CITA

FACTORES INSTIUTCIONALES

- Actitud grosera del médico tratante (psiquiatra).
- El médico tratante no se presentó en la cita programada
- Tener que pedir un nuevo pase al médico familiar.
- No ser atendido en el horario programado.
- No haber sido enviado al servicio de psicología.
- Haber sido incluido en terapia de grupo.
- No localizar a la trabajadora social.

FACTORES PERSONALES

- Sentir mejoría.
- No sentir mejoría.
- Falta de tiempo para trasladarse.
- Falta de dinero para el transporte.
- Por no tomar el medicamento.
- No tener con quien dejar a sus hijos.
- Considerar que no estaba "loco".

Considerar que su padecimiento no correspondía a este servicio.
Voluntad propia.

Por accidente.

No quiso asistir un familiar que fue citado.

No deseaba comentar sus problemas.

PROBLEMAS LABORALES

Falta de permisos laborales para solicitar otra cita.

Dejó de trabajar y ya no tuvo derecho al servicio médico.

A N E X O 5
MOLESTIAS POR EL ABANDONO

TABLAS 62 Y 63 MOLESTIAS POR EL ABANDONO

FACTORES INSTITUCIONALES

Falta de atención por parte de alguno de los integrantes del equipo interdisciplinario.

Falta de espacio físico para una buena atención.

Falta de interconsulta.

No programaron más citas en psiquiatría y no fue dado de alta.

Haber sido incluido en terapia de grupo.

Atención grosera del médico tratante (psiquiatra).

No haber sido canalizado al área de psicología.

Tener que solicitar un nuevo pase al médico familiar.

No se le informó de las tres faltas injustificadas.

Citas lejanas en los servicios.

La atención recibida por la asistente médica.

No respetar el horario programado.

Falta de información con respecto a su enfermedad.

FACTORES PERSONALES

Sentir mejoría

No sentir mejoría.

Ser internado
No estaba "loco".

Falta de dinero para los pasajes.

Falta de confianza en el tratamiento.

"Flojera u olvido" para asistir a la consulta.

Temor a ser regañado por algún integrante del equipo interdisciplinario por no presentarse a citas anteriores.

Podía ayudarse solo.

Considerar que su problema no era psicológico sino físico.

Por casarse

No tener con quien dejar a sus hijos.

Tener que cuidar a un familiar enfermo.

No quiso asistir algún familiar citado.

Sentir que la atención no era "cálida" sino "fría".

El recordar cosas pasadas le hacía sentirse más mal.

Por enfermedad.

Por accidente.

Temor a volverse adicto a los medicamentos.

Tiempo prolongado para sentir mejoría.

Tiempo para trasladarse.

FACTORES LABORALES

Falta de permisos para asistir a consulta.

Descontar el tiempo que acudiera a consulta, repercutiendo en su economía.

Fue liquidado o dejó de trabajar y ya no tuvo derecho al servicio médico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Calderón Narváez, G.** (1987). Depresión. México Trillas.
- 2.- **Caraveo, A.J., González, F.C., Ramos, LI, Mendoza, B.P.** Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. Salud Pública México. 1986; 28, (5): 504-514.
- 3.- **Caraveo-Anduaga, J. y Mas-Conde, C.** (1990). Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. Salud Pública de México, 1990, Vol. 32 No. 5, 523-531.
- 4.- **Carrillo, R.N.** (1987). Deserción de pacientes que acuden a consulta en el Centro de Psiquiatría Social y Salud Mental. Tesina para obtener la especialidad en psiquiatría. UNAM.
- 5.- **Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch.** (1980). Tratado de psiquiatría. "Las reacciones neuróticas agudas" (psiconeurosis emocionales) 3 (1), 205-210. Estados depresivos y crisis de melancolía. 3 (3), 224-255. Las neurosis. 8 (2), 374-395. México: Masson.
- 6.- **Gater, R., Almeida, B:S., Barrientos, G., Caraveo, J., Chandrashekor, C.R., Dhadphela, M., Goldeberg, D., Kathiri, A., Mubashar, M., Silhan, K., Thong, D., Torres-González, F & Sartorues, N.** (1991). The pathways to psychiatric care: a cross cultural study. Psychological Medicine, 1991, 21, 761-774.
- 7.- **Goldman, H:H. y Reus, V.I.** (1989). Psiquiatría general. Trastornos afectivos. 3, 30, 349-366. México: El Manual Moderno.
- 8.- **Ibañez Brambiña, B.** (1990). Manual para la elaboración de tesis. México: Trillas.
- 9.- **Jackson, W.S.** (1989). Historia de la melancolía y la depresión. México: Turner.

- 10.- Kerlinger, F.N. (1979). Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. Problemas e hipótesis. 2, 11-18. Construcciones hipotéticas, variables y definiciones. 3, 19-33. México: Interamericana.
- 11.- Levin, J. (1979). Fundamentos de estadística en la investigación social. Medidas de tendencia central. 4, 39-52. Chi cuadrada y otras pruebas no paramétricas. 10, 169-195. México: Harla.
- 12.- Padua, J., Ahman, I., Apezachua, H. y Borsotti, C. (1979). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. Muestreo. 3, 46-85. El cuestionario. 4, 86-121. México: Fondo de Cultura Económica.
- 13.- Pucheu, R.C. (1987). Plan General de Psiquiatría y Salud Mental. Introducción. 1, 5-11. Marco Conceptual Normativo. 2, 12-20. Objetivo. 3, 38-39. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 14.- Pucheu, R. y Padilla, G.P. (1986). Reflexiones sobre la frecuencia de los desórdenes mentales en la práctica médica general/familiar. Facultad de Medicina. UNAM. 1-15.
- 15.- Puente-Silva, F.G., Cicero, R., Ramírez Casanova, E., López Rodríguez, A., Pucheu, R., Domínguez, B., Sánchez-Sosa, J.J., Ruiz de Chávez, M., Cuevas Córdoba, S. y García-Palio, S. (1984) Adherencia terapéutica. ¿ Qué es la adherencia terapéutica ? 1, 1-18. Contribuciones de la investigación en psicología a la adherencia terapéutica. 4, 86-91. Adherencia al tratamiento: un enfoque preventivo. 7, 87-96. La falta de cumplimiento terapéutico. Implicaciones para el sector salud. 8, 92-112.
- 16.- Rojas Soriano, R. (1987). Guía para realizar investigaciones sociales. Planteamiento del problema. 4, 47-60. Estructuración del marco teórico y conceptual de referencia. 5, 59-68. Técnicas e instrumentos para recopilar la información. 7, 121-162. Diseño de la muestra. 8, 163-180. México: Plaza y Valdés.

- 17.- Rossi, R., Nanni, S., File, P. y Troverso, S. (1993). A propósito del enlace entre la medicina de la mente y la medicina del cuerpo. Salud mental. V. 16 No. 4. 26-36.
- 18.- Siegel, S. (1976). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas.
- 19.- Vázquez-Barquero, J.L., Peña, J.F., Díez, M. y Liaño, R. Perfiles de riesgo de enfermedad mental en la población general. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., (1991) 19, 1, 62-76.
- 20.- Vázquez-Barquero, J.L., Herrero Castanedo, Artal, J. et. al. (1993). Factores Implicados en las "rutas asistenciales" en salud mental". Actas Luso-Esp. Neurol.Psiquiat., 21, 5 189-203.
- 21.- Lotus 1-2-3, versión DOS.
- 22.- Microsoft, Foxpro V 2.5, DOS.
- 23.- Ms - office Word 6.0, Excell versión 5.0.
- 24.- Systat, paquete estadístico versión DOS.