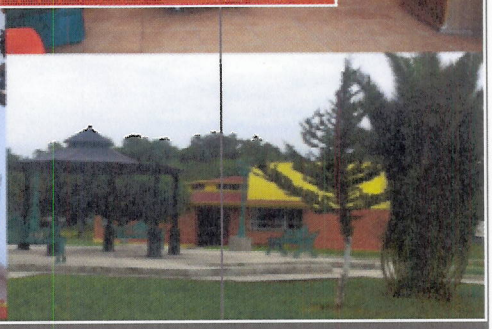
2012

Evaluación al Modelo Nacional de Atención en Salud Mental "Miguel Hidalgo", en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago". Informe Final



Dirección General de Epidemiología
Consejo Nacional de Salud Mental

Septiembre, 2012

Tabla de contenido

Introducción **3**
Modelo Asilar 3
La Desinstitucionalización 4
Modelo Nacional de Atención a la Salud Mental "Miguel Hidalgo". 5
Situación actual 7
Objetivo 8
Metodología **8**
Estudio cuantitativo: Expedientes clínicos 8
Estudio cualitativo: Encuesta de rehabilitación psicosocial 9
Resultados **10**
Estructura 10
Programas de rehabilitación psicosocial: Talleres ocupacionales, Banco reforzador y paseos terapéuticos 11
Recursos humanos 12
Capacitación y difusión de medidas preventivas 12
Perfil epidemiológico de las usuarias 12
Expedientes clínicos 13
Indicadores médicos 15
MODELO ASILAR VS MODELO HIDALGO (2005-2012) 15
ESTRUCTURA DEL MODELO HIDALGO (2009 - 2012) 16
Rehabilitación Psicosocial 18
Indicadores médicos en la rehabilitación psicosocial 21
Discusión **22**
Expedientes 23
Modelo Hidalgo 2009 y 2012 (Estructuras Villas vs Pabellones) 23
Situación actual (2012) 23
Encuesta de rehabilitación psicosocial 24
Impacto de los indicadores médicos sobre el grado de rehabilitación de las usuarias 27
Conclusiones **28**
Matriz FODA. Análisis del MNASMMH en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago" **30**
Bibliografía **30**
Anexo A: Encuesta de Unidad **32**
Anexo B: Diseño de indicadores médicos **36**
Anexo C. Recursos y fuentes de información **37**
Anexo D. Etapa I: Diseño de indicadores de rehabilitación psicosocial **38**
Anexo E. Etapa II: Diseño del instrumento **39**
Anexo F. Croquis del Hospital Psiquiátrico "José Sayago" **41**
Anexo G. Edad de las usuarias **42**

Introducción

El panorama de la Reforma Psiquiátrica del Sistema de Salud Mental en México tiene como antecedentes la Reforma Psiquiátrica promulgada en Trieste, Italia en 1971. A partir de esta Reforma varios países se sumaron entre ellos México en 1980 con el apoyo de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental (I.A.P.).

La Reforma Psiquiátrica se construyó basada en los principios de atención a los problemas de salud mental de la población en un ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización de corta estancia con el objetivo de lograr la desinstitucionalización de usuarios y usuarias que, como la historia de la psiquiatría ha demostrado, han permanecido en condiciones de vida inhumanas que proporcionan los Hospitales Psiquiátricos del Modelo Asilar. Esta reforma plantea el desarrollo de servicios en una red que incluya programas de rehabilitación psicosocial[1].

Modelo Asilar.

El modelo asilar fue implementado desde la época colonial, sin ningún fin terapéutico, con el único objetivo de separar a los pacientes psiquiátricos de la sociedad y con la visión de que el internamiento ayudaría a corregir sus patologías de fondo.[2]

Esta estructura, hasta nuestros días, ha propiciado la violación de los derechos humanos y el abandono social, manteniendo condiciones inhumanas, entre ellas problemas de infraestructura y sanitarias, por ejemplo, la falta de aseo de las instalaciones y el mantenimiento inadecuado de las mismas[3]. El efecto directo en los pacientes, era el olvido dentro de las instalaciones, tanto de familiares como del personal, siendo frecuente la deambulación, el encierro, la convivencia de adultos y niños, otros sin aseo personal. El aislar, encerrar y las restricciones físicas como la sujeción física en cama, hablan de la aplicación de un orden que propicia el modelo[3].

La estructura y la atención del modelo asilar carece de mecanismos de protección ~~diferenciados~~ para los enfermos mentales, así como instrumentos especializados extra hospitalarios para la rehabilitación de los usuarios[4] y el avance del conocimiento psiquiátrico no se refleja en el proceso de rehabilitación del paciente en el modelo asilar.

1. Organización Mundial de la Salud. Por la salud mental en el mundo. Ginebra, OMS, 2001.
2. Ottaviano, ML. La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. Revista electrónica de psicología política. 2011; (9) 26, junio/julio.
3. Hernández-Loeza, OR; Sarquis-Alarcón. El Encierro Institucionalizado. Revista electrónica de Psicología Iztacala. 2009(12)1, marzo.
4. Montero, F. Derechos de los enfermos mentales. Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg. 1997/1998; 2(2) / 3(1): 59-64.

Algunos hospitales contaban, además del modelo asilar con un modelo de atención carcelario (como La Castañeda), en el que se empleaban técnicas a para vigilar, corregir y castigar, usando aparatos de obediencia como terapéutica de disciplina pretendiendo lograr una forma de readaptación[5].

La Desinstitucionalización

El termino desinstitucionalización comenzó a utilizarse a principios de los años sesenta en los Estados Unidos de América, como respuesta a la crisis de la asistencia psiquiátrica tradicional[6]. Las deficiencias del hospital psiquiátrico como las discapacidades surgidas a consecuencia del aislamiento social y la atención institucional en manicomios apartados, dio origen al movimiento de desinstitucionalización. Aunque ésta es una parte importante de la reforma de la atención de salud mental, no es sinónimo de deshospitalización.

La desinstitucionalización es un proceso complejo que conduce al establecimiento de una red sólida de alternativas comunitarias. El cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan riesgoso para la salud de los pacientes con problemas psiquiátricos, como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Este proceso tiene tres componentes esenciales:

1. La prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios.
2. La reintegración a la comunidad de los pacientes institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados.
3. El establecimiento y mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados.

"...La desinstitucionalización (proporcionar atención a los enfermos mentales en entornos comunitarios y no en instituciones cerradas) guarda estrecha relación con la preocupación por los derechos humanos, siendo ésta una condición básica previa a toda reforma de la atención de salud mental...". Es un proceso complejo, que conlleva la adopción de una serie de soluciones alternativas, fuera de los muros del hospital psiquiátrico. En todos los países, este concepto en el que se dé prioridad a opciones comunitarias de atención, debería ser la norma[7].

Una estrategia de rehabilitación que plantea son los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), siendo un recurso especifico que ofrece de modo individualizado programas dirigidos a preparar y apoyar la inserción en el empleo de personas con problemas de salud mental, entre sus objetivos están apoyar a los usuarios que han alcanzado un buen nivel de autonomía a aprender a recuperar los hábitos y

5. CONSAME. Programa de Acción Específico Salud Mental, Secretaría de Salud. 2012.
6. Asociación española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo, 2002. Cuadernos técnicos.
7. Manuel Desviat. Vigencia del Modelo Comunitario en Salud Mental: teoría y práctica. México.88-96.

capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral, apoyar su integración y mantenimiento en el mismo[8].

Ante este panorama el modelo de atención basado en intervenciones comunitarias es un modelo alternativo de bajo costo y que busca reducir el tiempo de hospitalización, reingresos y erradicar definitivamente estancias prolongadas de hospitalización y condiciones humanas, devolviendo a los usuarios y usuarias una mejor calidad de vida con herramientas para su reintegración a la vida social.

Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se pretende lograr la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud mental que se le brinda a la población. La reforma psiquiátrica obedece a poderosas razones técnicas, la ineficacia, el fracaso como instrumento terapéutico del hospital psiquiátrico, del manicomio, y una razón ética, la necesaria restitución de la dignidad y sus derechos como personas a los pacientes mentales[1].

Modelo Nacional de Atención a la Salud Mental "Miguel Hidalgo".

En México, con base en la necesidad de proponer nuevos y eficientes modelos de atención, se inicia la Restructuración del Sistema de Servicios de Salud Mental, por lo que la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en conjunto con la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedad Mental (IAP), desarrollaron el Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Nacional de Atención a la Salud Mental "Miguel Hidalgo" (MNASMMH), implantado desde el año 2000 en el país y el cual está conformado por una red de servicios en todos los niveles[9].

La misión del Programa Nacional de Salud Mental con el Modelo Miguel Hidalgo, es contar con Servicios de Salud Mental que brinden atención de calidad y con calidez respetando los derechos humanos de los usuarios y usuarias. El objetivo del programa es reestructurar el Sistema de los Servicios de Salud Mental a nivel nacional con el planteamiento de una Red de Servicios Comunitarios de Prevención, Atención Primaria, Hospitalización y Reinserción Social[5].

El MNASMMH incluye diversas estrategias, una de ellas está relacionada con la hospitalización donde operan dos componentes: la hospitalización ligada a la red de servicios comunitarios y el desarrollo de las Villas de Transición Hospitalaria; estos componentes tienen como acciones principales la atención integral por medio de tratamiento farmacológico y rehabilitación psicosocial a fin de que los usuarios y las usuarias cuenten con una mejor calidad de vida y logren una mayor autonomía preparándose para la reinserción social.

---

8. Hernández-Monsalve M, Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. Estudios de Psicología, España 2011; 16(3), septiembre-diciembre. pp 295-303.
9. Consejo Nacional de Salud Mental. Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo. 2012. Documento técnico.

Las Villas de Transición Hospitalaria, son áreas físicas donde se realiza la hospitalización con características estructurales específicas que fomentan la rehabilitación psicosocial de los usuarios y usuarias que se encuentran en transición hacia la reinserción social. Se constituyen de cuatro recámaras cada una con baño, sala, comedor, cocina, consultorio y módulo de enfermería, lavandería, patio y áreas verdes, lo cual facilita la adquisición de habilidades para la vida cotidiana así como la posibilidad de contar con un tratamiento integral aplicado por personal multidisciplinario y programas individualizados.

En este MNASMMH la Rehabilitación Psicosocial cuenta con un conjunto de estrategias de intervención psicosocial que complementan a las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas orientadas fundamentalmente a mejorar el funcionamiento personal, social, calidad de vida y a apoyar la integración comunitaria de las personas con enfermedad mental, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas. Los programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuo es necesario para favorecer la integración social y familiar en forma efectiva familiar[6].

La rehabilitación psicosocial contribuye a que las personas superen o compensen las dificultades psicosociales y de integración social, apoyándolas en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de forma más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios. La rehabilitación funciona apoyando a la persona con trastorno mental en los difíciles retos que supone su desenvolvimiento e integración en la vida social normalizada, ayudándole a recuperar su dignidad como persona y como ciudadano; propiciando a reconstruir una mínima red social de apoyo como en la difícil tarea de buscar un empleo, o de recuperar una autonomía personal que muchas veces está deteriorada.

El MNASMMH ofrece los programas de rehabilitación psicosocial denominados: talleres protegidos, paseos terapéuticos y bancos reforzadores, que conforman el proceso en el que los usuarios y usuarias tienen la oportunidad de elegir una actividad remunerada lo que le permite salir del hospital e ir recuperando habilidades para integrarse a la normalidad.

Los Programas de Rehabilitación Psicosocial cuentan con sus propios lineamientos que deben ser realizados por el personal que participa, estos se fundamentan en la NOM 025 –SSA2_1994 y el respeto a los derechos humanos de los usuarios.

Los talleres de inducción laboral son concebidos en espacios donde realizan diferentes actividades con tareas que les generan una remuneración económica. Los usuarios y usuarias asisten voluntariamente y diariamente, teniendo la libertad de abandonar el taller cuando así lo decidan. La duración de los talleres contempla 45 minutos de actividad y 15 minutos de descanso, por su actividad reciben una

remuneración económica que deberá aumentar en función del costo de vida en las diferentes regiones del país.

Dentro del MNASMMH se ha incluido un Centro Básico de Abasto (Tienda o Banco reforzador), de beneficio exclusivo para los usuarios, donde se venden los artículos a precio de costo. Siguiendo los lineamientos del programa se vigila que los alimentos y productos expendidos sean de calidad, no se venden bebidas alcohólicas y el usuario puede adquirir los productos a libre demanda así como lo haría cualquier consumidor fuera de las instalaciones de salud.

Esta medida de rehabilitación está disponible para todos los usuarios y usuarias, incluso para los que en su estancia se encuentren en fase aguda o crónica. Las autoridades y el personal de rehabilitación psicosocial son responsables de supervisar que en la tienda se venda a precio de costo.

Otro de los componentes del MNASMMH en el proceso de transición hospitalaria son las Salidas Terapéuticas, que son paseos que se realizan en grupo o individual fuera de la institución cuyo objetivo es lograr la integración social. Estos paseos son organizados por la institución y una figura de vigilancia llamada comité ciudadano, en estos se llevan a los pacientes a distintos sitios y van acompañados por el personal del hospital que no porta su uniforme, promoviendo así la reintegración social y evitando la estigmatización. Durante estos se garantiza la administración de sus tratamientos farmacológicos[10].

Situación actual

La OMS ubica a los trastornos mentales y del comportamiento en el quinto lugar de causas de morbilidad entre las personas de 15 a 44 años en el mundo. Entre estos figuran la depresión, los trastornos relacionados al consumo de alcohol, las autolesiones, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En México, el trastorno depresivo ocupa el primer lugar en cuanto a la pérdida de años de vida saludables (el 6.4% de población lo padece), los trastornos relacionados por el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%). Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en el año 2000, los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida; el 50% de los adultos informaron haber sufrido un trastorno mental antes de los 21 años de edad[11].

La atención de los trastornos mentales impone retos en la organización y gestión de los servicios, ya que demandan una atención multidisciplinaria compleja, de larga duración y costosa; ante tales circunstancias, la protección de la salud de los mexicanos requiere de estrategias integrales, diferenciadas, que fortalezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos

10. CONSAME. Lineamientos General Programas de Rehabilitación Psicosocial, 2012.Documento técnico.
11. Medina-Mora y Cols. Prevalence of mental disoders and use of services. Results from the Mexican National Survey of Psichiatric Epidemiology. Salud Mental, 2003; 26(4) ,1-16.

de vida saludables, promoviendo altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia. Con base en estas premisas de operación del MNASMMH se propone este proyecto para cubrir el siguiente:

Objetivo

Evaluar el grado de rehabilitación psicosocial de las usuarias del MNSMMH en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago" del Estado de México.

Metodología

Se realizó la evaluación cualitativa y cuantitativa en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago".

Estudio cualitativo: se desarrollo en dos fases, la primera consistió en el análisis FODA, basado en un cuestionario diseñado y aplicado a la unidad a través del personal de la dirección, subdirección médica, subdirección administrativa, área de rehabilitación psicosocial, área de enseñanza y jefatura de enfermería(Anexo A). Las variables de estudio relacionados a la unidad fueron estructura arquitectónica, funcionamiento, recursos humanos; además de información de la atención a las usuarias como actividades de rehabilitación, programas preventivos y morbilidad. Y la segunda mediante la medición del grado de rehabilitación psicosocial de las usarías atendidas con el MNASMMH, con la aplicación a las usuarias de un cuestionario.

Estudio cuantitativo: estudio observacional que se desarrolló en dos fases, donde se evaluaron indicadores médicos (intercurrencias, uso de medicamentos, lesiones y paseos terapéuticos) del MNASMMH en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago" a partir de su implantación en el 2006.

Estudio cuantitativo: Expedientes clínicos

Se realizó una comparación caso-caso (Modelo Asilar vs Modelo Miguel Hidalgo) con tres mediciones de comparación (2005, 2009, 2012). Las variables médicas exploradas para medir el cambio cuantitativo fueron:

- Número de medicamentos psiquiátricos
- Número de intercurrencias
- Número de lesiones
- Número de permisos temporales

Además el diagnóstico y edad actual, entidad de procedencia, institución de referencia y los años de hospitalización (Anexo B, C) Se incluyeron las usuarias que estuvieron seis meses como mínimo en cada uno de los modelos y que actualmente se encuentren hospitalizadas.

El tamaño de la muestra se realizó a conveniencia con la población de las usuarias en villas y en pabellones, se seleccionaron con un muestreo aleatorio sistemático (n: 21 en villas y 20 en pabellones).

Las fuentes de información primaria fueron: expediente clínico, hojas de supervisión de enfermería, informes estadísticos del área administrativa y el registro de permisos temporales por año.

Primera medición (2005): se realizó con la información del expediente clínico del primer semestre del año 2005 (Estructura Asilar), en caso de no existir la información de ese año, se revisaron las notas médicas del año anterior (2004).

Segunda medición: (Estructura Hidalgo y asilar) información del 1° semestre del año 2009.

Tercera medición: (Estructura Hidalgo y asilar) información del primer semestre del 2012.

Con las mediciones de 2005 y 2012 se comparó la estructura y modelo Asilar contra estructura y modelo Hidalgo.

Con la medición 2009 y 2012 se comparó la estructura del pabellón y la influencia de la estructura de las villas, las dos bajo el MNASMMH.

Estudio cualitativo: Encuesta de rehabilitación psicosocial

Se realizó a través de la aplicación de una encuesta en la modalidad de "entrevista informal" a una muestra de usuarias de la fase 1 (villas) y otra muestra para los usuarias hospitalizadas en pabellón (estructura asilar). El criterio de inclusión de las usuarias seleccionadas fue el estar hospitalizadas en las villas o en los pabellones al momento del estudio; se excluyeron aquellas con un déficit cognoscitivo severo.

El tamaño de la muestra fue por conveniencia y la selección fue aleatorizada, sistematizada y por bloques.

La medición de la rehabilitación psicosocial se realizó en tres etapas:

- Etapa I: Diseño de indicadores de rehabilitación psicosocial: autonomía, asistencia, funcionalidad, habilidades instrumentales, socialización, sentido de propiedad e integración a la comunidad. (Anexo D)
- Etapa II: Diseño del instrumento de evaluación que consta de 36 reactivos medidos mediante la escala de Likert.(Anexo E)

- Etapa III: Aplicación del instrumento.

El proceso de la rehabilitación psicosocial es dinámico e individual; para medir dicho proceso se diseñaron indicadores apoyados en índices geriátricos (índice de Katz, índice de Barthel, escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria "AIVD") adaptados a la población de estudio y en índices del comportamiento; los indicadores se basaron en la metodología de evaluaciones sumarias (escala de Likert). El resultado se midió con el grado de rehabilitación (Rehabilitada, en proceso de rehabilitación y no rehabilitada).

Resultados

Estructura

En el año 2006 el hospital adopta el MNASMMH, sustituyendo algunos de los pabellones asilares por 12 villas de transición hospitalaria (12 usuarias por villa con 144 camas censables). Cada una de estas cuenta con: cuatro recámaras, sala, comedor, cocina, consultorio, modulo de enfermería, un baño por recámara, área de lavado, un patio y áreas verdes (Anexo F); en estas se proporciona la atención integral médico psiquiátrica y psicológica que comprende las actividades preventivas, de tratamiento farmacológico y de rehabilitación psicosocial. Sin embargo, aún existen 100 camas censables bajo la antigua estructura de pabellones, en la que se comparten cuatro baños por cada 50 camas. En estas últimas se encuentran hospitalizadas las usuarias que requieren mayor asistencia y que tienen más limitaciones para su movilidad.

El hospital cuenta con 17 consultorios distribuidos dentro del hospital, 12 en las villas, 2 en pabellones, 2 en consulta externa y uno en el servicio de central médica. En el área de central médica hay 14 camas para estabilizar a las usuarias que llegan con descontrol de su enfermedad o de algún otra comorbilidad, además en el área de consulta externa se recibe a las usuarias ambulatorias que se encuentran en tratamiento. Ambas áreas reciben usuarias referidas de la misma institución y de otros hospitales psiquiátricos que requieran el apoyo. También cuenta con los servicios de farmacia, laboratorio de análisis clínicos, servicio de radiología, servicio dental y aulas para los talleres ocupacionales (Anexo F). El laboratorio ofrece seis pruebas: biometría hemática, química sanguínea de seis elementos, examen general de orina, coprocultivo, pruebas de embarazo en sangre y determinación del tipo y grupo sanguíneo.

Programas de rehabilitación psicosocial: Talleres ocupacionales, Banco reforzador y paseos terapéuticos.

El tratamiento médico de las usuarias se complementa con los talleres ocupacionales, el banco reforzador y los paseos terapéuticos, estos conforman las actividades de rehabilitación psicosocial junto con las intervenciones personalizadas dentro de las villas y de los pabellones. Los talleres de terapias ocupacionales se realizan en aulas construidas para ello.

Talleres: con 7 actividades en: fieltro, expresión corporal, educación especial, bordado, reciclado, cerámica y florería. La productividad en el 2012 de estos talleres es de 108 sesiones impartidas con un promedio de 22 asistentes por sesión (Cuadro 1).

Cuadro 1. Talleres ocupacionales, Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.

Taller	Sesiones al mes	Días de la semana	Asistencias
Fieltro	16	L, M, J y V	476
Expresión corporal	12	L, J y V	600
Educación especial	16	L, M, J y V	400
Bordado	16	L, M, J y V	160
Reciclado	16	L, M, J y V	224
Cerámica	16	L, M, J y V	416
Flores	16	L, M, J y V	160
TOTAL	108	L, M, J y V	2376

Fuente: Registros hospitalarios, 2012.

Banco reforzador: consiste en una tienda donde las usuarias pueden obtener productos a precio de costo, conocido en el modelo como el Centro Básico de Abasto (Tienda).

Paseos terapéuticos: es la tercera intervención donde las usuarias tienen la oportunidad de salir del hospital, bajo supervisión del personal, llevando a las usuarias a lugares cercanos al hospital donde pueden interactuar con la comunidad. Estos paseos tienen una duración aproximada de 4 horas y se realizan con una periodicidad de cinco días por semana, permitiendo salir a todas aquellas usuarias cuyo padecimiento se encuentra bajo control las veces que ellas deseen, para los paseos se cuenta con tres camiones.(Cuadro 2)

Cuadro 2. Asistencia a las terapias de rehabilitación psicosocial, Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.

Actividades de Rehabilitación	Días de la semana	Asistencias al mes
Talleres protegidos	L, M, J y V	2,376
Bancos reforzados	L, M, M, J y V	1,500
Paseos Terapéuticos	L, M, M, J y D	664
TOTAL		**4,540**

Fuente: Registros hospitalarios 2012

Sumado a los paseos terapéuticos, en el hospital se realizan convivencias entre las usuarias con motivo del festejo de sus cumpleaños, así como de algunas festividades como el día de la independencia, navidad, etc. Estas se realizan en conjunto con otros usuarios de hospitales psiquiátricos periféricos.

Recursos humanos

El personal que labora en el hospital se divide en personal de contratación del ISEM y los servicios subrogados. Estos últimos son los de intendencia, seguridad o vigilancia de las instalaciones y quienes elaboran los alimentos en el comedor general del hospital.

En relación al personal propio de la institución, hay 1 director, 3 subdirectores, 14 médicos generales, 11 psiquiatras, 2 urgenciólogos, 20 psicólogos, 10 trabajadores sociales, 158 enfermeras, 3 nutriólogos, 1 administrador, 11 secretarias, 3 técnicos de almacén, 2 técnicos en laboratorio, 18 terapistas ocupacionales, 2 técnicos radiólogos, 3 médicos odontólogos y 12 técnicos en mantenimiento. Los médicos, enfermeras y psicólogos están divididos para la atención tanto de las usuarias hospitalizadas en pabellones como en las villas. Actualmente el índice de médicos psiquiatras es de 1 por cada 20 camas censables. El índice para enfermería es de 1.2 por cada 20 camas censables. El índice para médicos generales es de 1 por cada 20 camas censables.

Capacitación y difusión de medidas preventivas

Existe un programa de capacitación continua dirigido a médicos psiquiatras y generales, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y terapistas.

A partir de la implementación del MNASMMH se cuenta con 3 programas preventivos:

- Psicoeducativos para familiares,
- Psicoeducativos para usuarias y
- Terapia de grupo usuaria-usuaria.

En el último año se han impartido 1,586 pláticas a usuarios y 933 a familiares.

Perfil epidemiológico de las usuarias

Desde su implementación del MNASMMH hasta el 2011, el 70% de usuarias han ingresado de los pabellones a las villas y el 30% restante se programó para este año. Actualmente se atienden a 141 usuarias en villas y 75 en pabellones.

Actualmente los principales diagnósticos fueron la esquizofrenia paranoide con 30%, trastorno de ansiedad generalizada con 25% y el 20% con epilepsia generalizada (Cuadro 3).

Cuadro 3. Diagnósticos en las usuarias del Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.

Diagnóstico	%
Esquizofrenia Paranoide	30
Retraso mental	32.3
Esquizofrenia	38.7
Epilepsia generalizada, idiopática y síndromes epilépticos	10.9
Trastorno esquizoafectivo de tipo maniático	5.7
Demencia, enfermedad Alzheimer	5.1
Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniático	3.9
Trastorno del humor (afectivo) Orgánico	3.3
TOTAL	100

Fuente: Registros hospitalarios 2012

Por lugar de referencia, del total de usuarias atendidas en el último semestre el 50% fueron referidos de otros hospitales psiquiátricos (Cuadro 4).

Cuadro 4. Institución de referencia de las usuarias que ingresan al Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.

Lugar de referencia	%
Hospitales Psiquiátricos	50
Hospitales de atención general	15
Desarrollo Integral de la familia	15
Protección civil	10
Familiares	10
TOTAL	100

Fuente: Registros hospitalarios 2012.

En el periodo del 2006 al 2012, de las villas han egresado 20% de las usuarias por mejoría, 5% por defunción y el 2% por solicitud de la usuaria o de su familiar; mientras que en pabellones ha egresado el 1% por mejoría y el 5% por defunción.

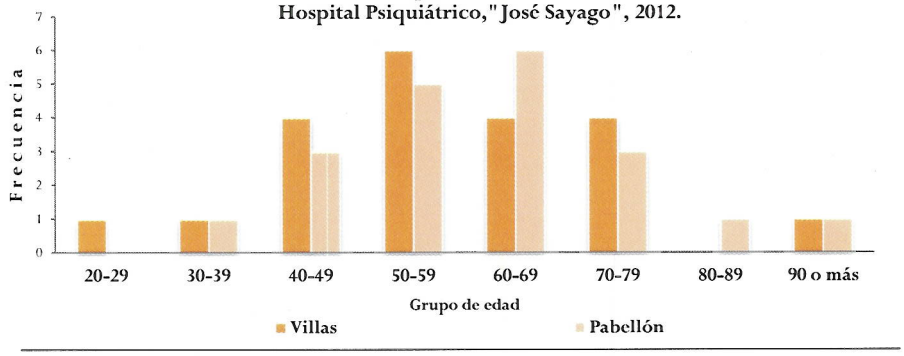
Como parte del modelo, cuando las usuarias están controladas y rehabilitadas psicosocialmente, son trasladadas a la casa de medio camino, con capacidad para seis usuarias. Desde el inicio del modelo en el hospital a la fecha, el 5% de las usuarias se ha enviado a esta casa.

Las mayoría de las usuarias se encuentran en situación de abandono, el 48.1 % no tiene familiar, el 39.3% cuenta con apoyo familiar y el 12.5% tiene familiares pero sin su apoyo.

Expedientes clínicos

La población de estudio fue de 41 usuarias, 20 del área asilar (pabellón) y 21 del área de villas con una edad media de 59 años (mín.: 25; máx.: 92) en el 2012, el grupo de edad que predomina es el de 50 a 59 años con el 28.6% (6) (Gráfica 1). Las usuarias procedían de seis entidades federativas, la mayoría son originarias del Distrito Federal 34.1% (14) y del Estado de México 31.7% (13) (Cuadro 5).

Gráfica 1. Grupos de edad de las usuarias, Hospital Psiquiátrico, "José Sayago", 2012.



Fuente: Expediente clínico.

Cuadro 5. Entidad de origen de las usuarias Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.		
Estado	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Distrito Federal	14	34.1
Estado de México	13	31.7
Veracruz	4	9.8
Guerrero	2	4.9
Hidalgo	2	4.9
Coahuila	1	2.4
Morelos	1	2.4
Oaxaca	1	2.4
Querétaro	1	2.4
Tamaulipas	1	2.4
Desconocido	1	2.4
Total	**41**	**100**

Fuente: Expediente clínico

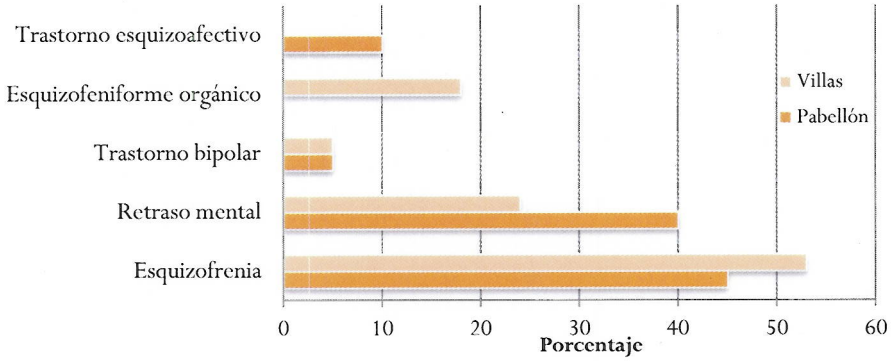
Las usuarias del hospital son referidas principalmente de otras instituciones psiquiátricas (21; 51.2%) seguido de las usuarias que son referidas por sus familiares o conocidos (10; 24.4%) (Cuadro 6). El tiempo promedio de años de internamiento es de 24 años (mín.:7; máx.:50) hasta el 2012.

Cuadro 7. Distribución por lugar de referencia de las usuarias, Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.		
Lugar de referencia	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Hosp. Psiquiátrico	21	51.2
Domicilio	10	24.4
Casa asilo	3	7.3
Dir.Gral. de Salud Mental	3	7.3
Hosp.General	1	2.4
DIF	1	2.4
Sin datos	2	4.9
Total	**41**	**100**

Fuente: Expediente clínico

Los dos principales diagnósticos en las villas y en los pabellones son: esquizofrenia con 53% y 45% seguido por retraso mental con 24% y 40%, respectivamente (Gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución de diagnósticos en las usuarias, Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.



Fuente: Expediente clínico.

Indicadores médicos

El promedio de intercurrencias por usuaria en el año 2005 fue de 1.73 y en el último año del periodo fue de 2.04. El promedio de medicamentos para el tratamiento psiquiátrico oscilo entre 2.95 en el 2005 y 2.34 en el 2012. Las lesiones tuvieron un comportamiento similar en sus promedios por usuaria pasando de 0.75 a 0.34 del 2005 al 2012. (Cuadro 7)

Cuadro 8. Promedio de los Indicadores médicos, Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2005-2012.

n=41	2005	2009	2012
Intercurrencias	1.73	1.75	2.04
Medicamentos	3.95	3.73	2.34
Lesiones	0.75	0.56	0.34
Permisos temporales	SD	0.61	0.51

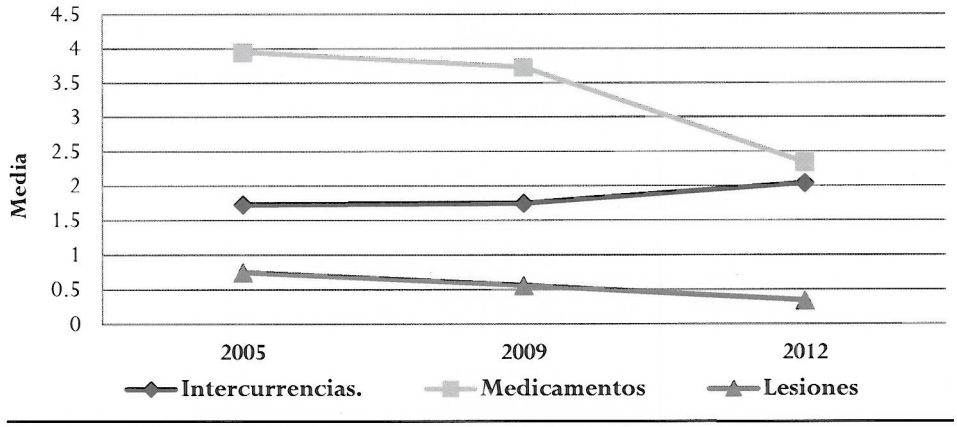
Fuente: Expediente clínico.

MODELO ASILAR VS MODELO HIDALGO (2005-2012)

En las variables medidas en ambos modelos, se observó que el número de medicamentos entre el grupo del Modelo Asilar y el MNASMMH disminuyó el 68% (IC 95% 53 - 83), con una media de 3.9 en el 2005 y 2.4 en el 2012 (Gráfica 3). El promedio de intercurrencias en ambos modelos aumentaron un 46% (IC 95% 30 - 62) siendo mayor para el modelo Hidalgo al final del periodo. El promedio de las lesiones fue igual para ambos modelos ya que en el 68% (IC 95% 53 - 83,3) de los usuarias no se registraron diferencias.

(Cuadro 8)

Gráfica 3. Comportamiento de los indicadores médicos Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2005-2012.



Fuente: Expediente clínico.

Cuadro 8. Cambios en los indicadores médicos de las usuarias, Hospital Pisiquiátrico "Jóse Sayago", 2005-2012".

	Total			Villas			Pabellon		
	Dif. Proporción	IC 95%		Dif. Proporción	IC 95%		Dif. Proporción	IC 95%	
		(-)	(+)		(-)	(+)		(-)	(+)
No.Intercurrencias									
Disminuyó	0.32	0.17	0.47	0.29	0.08	0.50	0.35	0.12	0.58
Aumentó	0.46	0.30	0.62	0.48	0.24	0.71	0.45	0.21	0.69
Sin cambio	0.22	0.09	0.35	0.24	0.04	0.44	0.20	0.01	0.39
No.Farmacos									
Disminuyó	0.68	0.53	0.83	0.67	0.45	0.89	0.70	0.48	0.92
Aumentó	0.12	0.02	0.23	0.19	0.01	0.37	0.05	-0.05	0.15
Sin cambio	0.20	0.07	0.32	0.14	-0.02	0.31	0.25	0.04	0.46
No. Lesiones									
Disminuyó	0.24	0.11	0.38	0.10	-0.04	0.23	0.40	0.16	0.64
Aumentó	0.07	-0.01	0.16	0.10	-0.04	0.23	0.05	-0.05	0.15
Sin cambio	0.68	0.53	0.83	0.81	0.63	0.99	0.55	0.31	0.79

Fuente: Expedientes clínicos

En el modelo Asilar no se identificaron registros de permisos temporales en las usuarias estudiadas, a diferencia del modelo Hidalgo donde a 38% de las usuarias (8) se les otorgó en promedio 1 permiso temporal, con un promedio de 5 días (min.:0, max.:61días) en el periodo de estudio.

ESTRUCTURA DEL MODELO HIDALGO (2009 - 2012)

Los indicadores médicos presentaron un comportamiento diferente de acuerdo al diagnóstico de las usuarias (Cuadro 9). En las intercurrencias, el promedio por paciente es mayor en las usuarias con Trastorno

Esquizoafectivo tanto en las villas como en pabellones (13 y 7), no así en las usuarias con Retraso Mental, donde el promedio de intercurrencias fue de 2 en las villas y 5.3 en pabellones.

Con respecto a la ministración de medicamentos en usuarias de las villas con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo y Esquizofrenia tuvieron el mayor promedio de medicamentos con 13 y 8 respectivamente.

Cuadro 10. Promedio por usuaria de los indicadores médicos por diagnóstico y estructura Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2009-2012.

Diagnóstico	Intercurrencias		Medicamentos		Lesiones		Permisos	
	Villas	Pabellón	Villas	Pabellón	Villas	Pabellón	Villas	Pabellón
Retraso Mental	2	5.3	5.6	5.2	1	1.3	1.6	0
Esquizofrenia	3	2.4	8	4.4	0.5	0.3	1.6	0.3
Trastorno Bipolar	4	7	4.5	6	1	3	4.5	1
Esquizofreniforme Orgánico	0.5	0	5.5	0	0	0	3	0
Transtorno Esquizoafectivo	13	7	13	5.5	0	2.5	0	1

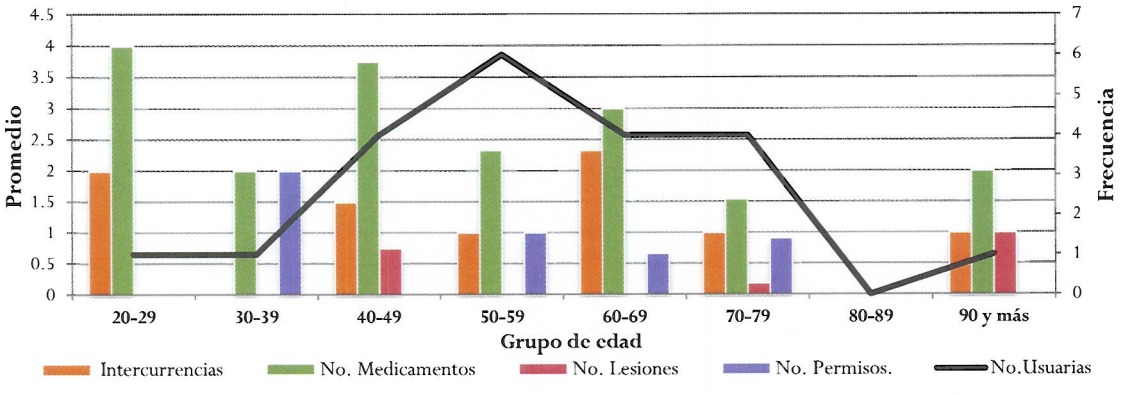
Fuente: Expediente clínico

En el analisis estratificado por grupo de edad, el promedio de las intercurrencias fue de 1.5 en el grupo de 40-49 años de las usuarias de las villas y de 5.6 en pabellones. Por otro lado, en el grupo de 50-59 años el promedio fue de 1 en las usuarias de las villas en contraste con las del pabellon que tuvieron 3.8(Gráfica 4 y 5).

En relación al promedio de medicamentos administrados se observo un comportamiento descendente con el aumento de la edad de las usuarias de las villas. Al revisar el número de medicamentos usados, fue mayor en las villas que en los pabellones.

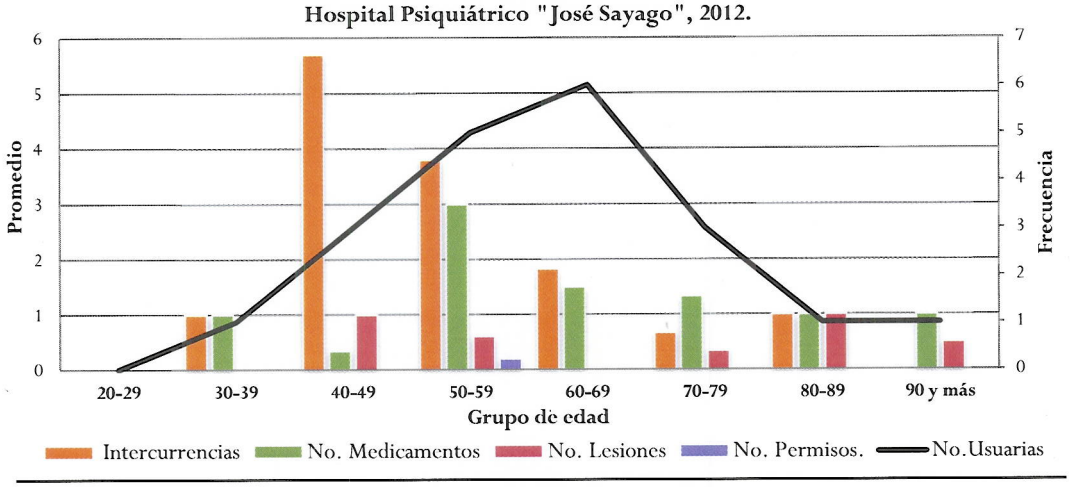
El promedio de lesiones por grupo de edad en villas y pabellones no superó la unidad.

Gráfica 4. Promedio de los indicadores médicos por grupo de edad en las villas Hospital Psiaquiátrico "José Sayago", 2012.



Fuente: Expediente clínico.

Gráfica 5. Promedio de los indicadores médicos por grupo de edad en pabellones
Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.



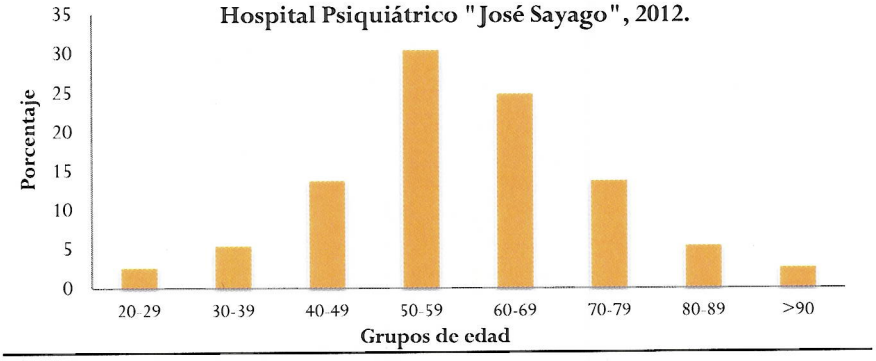
Fuente: Expediente clínico.

Con respecto a los permisos temporales solo se encontraron registros en los grupos de 30-39 y 50-59 años con un promedio de 2 permisos por usuaria de las villas en el año.

Rehabilitación Psicosocial

Se aplicó la encuesta a 36 usuarias, 24 de villas y 12 de pabellones. La media de edad de toda la muestra fue de 58.7 (DS: 14.03), el grupo de edad que predomina es el de 50-59 años (11; 30.6%) seguido de las de 70-79 (5; 13.9%) y el de 40-49 años con el mismo porcentaje (Gráfica 6).

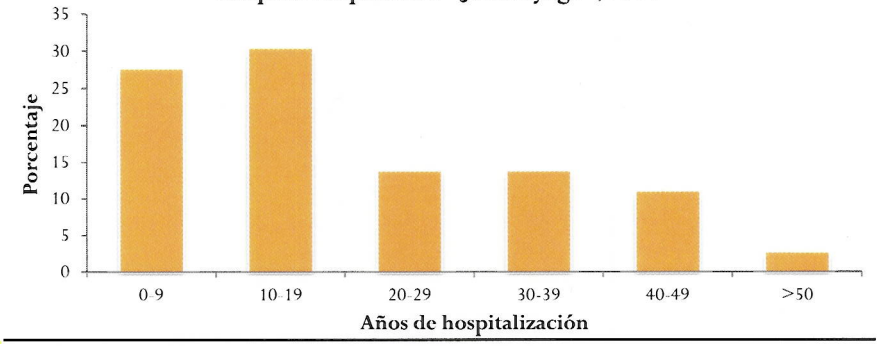
Gráfica 6. Distribución por grupo de edad de las pacientes encuestadas
Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.



Fuente: Encuesta de rehabilitación psicosocial

En relación al tiempo que llevan hospitalizadas se obtuvo una media de 20.6 años (DS: 14,74) (Gráfica 7).

Gráfica 7. Distribución de los años de hospitalización (decenios) en las pacientes encuestadas Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.



Fuente: Encuesta de rehabilitación psicosocial

Con respecto al apoyo de los familiares hacia las usuarias el 47.2% (17) respondieron que cuentan con el apoyo de sus familiares y el 52.8% (19) no tienen apoyo.

En la reintegración psicosocial las usuarias que obtuvieron puntuaciones dentro del rango de rehabilitadas fueron 83.3% (31), de las cuales, 24 fueron de las villas (Cuadro 10).

Cuadro 10. Distribución del grado de rehabilitación psicosocial Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012

Estructura	Reahabilitado	En Rehabilitación	No Rehabilitado
PABELLÓN (n=12)	7 (58.3%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)
VILLA (n=24)	24 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Total (N=36)	31 (86.1%)	4 (11.1%)	1 (2.8%)

Fuente: Encuesta de rehabilitación psicosocial, 2012.

Para considerar si una usuaria ha logrado rehabilitarse, a través de diferentes indicadores de habilidades se midió el grado de rehabilitación.

- Indicador de Autonomía: el 91.7% (33) de las entrevistadas logró este indicador.
- Indicador de Asistencia: Las usuarias requirieron de asistencia del personal para realizar sus actividades cotidianas en el 13.9% (5).
- Indicador de funcionalidad: en el 11.1% (4) necesitaron del apoyo
- Indicador de habilidades instrumentales: En relación a la capacidad de tener algunas habilidades instrumentales el 80.62% (29) es capaz de tener ese nivel de independencia.
- Indicador de socialización: el poder socializar con personas de su entorno el 91.7% (33) puede realizarlo.
- Indicador del sentido de propiedad: el sentir como propio objetos ha sido posible en el 75% (27) de las usuarias.
- Indicador de integración a la comunidad: son capaces de participar en actividades con su comunidad en el 88.9% (32) (Cuadro 11).

Cuadro 11. Indicadores de rehabilitación psicosocial en las usuarias encuestadas, Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.					
		Frecuencia	Proporción	Diferencia	IC 95%
Autonomía	Autonomía	33	91.7	83.4	82.1 — 100
	No Autonomía	3	8.3		
Asistencia	No recibe apoyo	31	86.1	72.2	72.2 — 97.9
	Recibe apoyo	5	13.9		
Funcionalidad	No necesita apoyo	32	88.9	77.8	77.8 — 99.7
	Necesita apoyo	4	11.1		
Habilidades instrumentales	Independiente	29	80.6	61.1	66.9 — 94.1
	Dependiente	7	19.4		
Socialización	Socializa	33	91.7	83.4	83.3 — 100
	No socializa	3	8.3		
Sentido de propiedad	Tiene sentido de propiedad	27	75	50	60.1 — 89.9
	No tiene sentido de propiedad	9	25		
Integración a la comunidad	Se integra a la comunidad	32	88.9	77.8	78.1 — 99.7
	No se integra a la comunidad	4	11.1		

Fuente: Encuesta de habilidades de rehabilitación psicosocial.

Las habilidades en las usuarias encuestadas en las que se presentó un cambio mayor fue el **Sentido de Propiedad** con 75 puntos porcentuales ($p<0.05$), en las **Habilidades Instrumentales** con 34 puntos ($p<0.05$) y en las usuarias que no requieren de **Asistencia en sus Cuidados Personales** 29 puntos ($p<0.05$) (Cuadro 12).

Cuadro 12. Indicadores de rehabilitación psicosocial de las usuarias que lograron las habilidades Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.						
Habilidades	Villas (n:24)		Pabellones (n:12)		Dif	p<05
	fx	%	fx	%		
Autonomía	24	100	9	75	25	0.0112
Sin Asistencia	23	95.8	8	66.7	29	0.0267
Funcionalidad	23	95.8	9	75	21	0.0738
Habilidades instrumentales	22	92	6	58	34	0.0335
Socialización	22	91.6	11	91.7	0	1
Sentido de propiedad	24	100	3	25	75	0
Integración a la comunidad	24	100	8	67	42	0.0008

Fuente: Encuesta de habilidades de rehabilitación psicosocial.

Indicadores médicos en la rehabilitación psicosocial

Se obtuvo una muestra de 32 usuarias a las que se les realizó la encuesta de rehabilitación psicosocial y a estas mismas por expediente clínico se analizó el número de intercurrencias, medicamentos, lesiones y permisos terapéuticos.

Al hacer la comparación por modelos de atención, el Modelo Asilar en el 2005 y el MNASMMH en el año 2012, relacionando al grado de rehabilitación psicosocial que tienen actualmente, con las variables medidas por expediente clínico, se obtuvo lo siguiente: en el 37.5% de las pacientes que se encontraban rehabilitadas aumento el número de intercurrencias en el MNASMMH, en el 56.3% disminuyó el número de medicamentos y en el 59.4% el número de lesiones no presentó cambios entre los dos modelos de atención(Cuadro 13).

Al realizar la comparación de los mismos indicadores por estructura arquitectónica evaluando a las usuarias que se encontraban en villas y pabellones en los años 2009 y 2012, se encontró que en las usuarias rehabilitadas de villas hay una disminución en el promedio de las intercurrencias del 40%, en cuanto al promedio de medicamentos disminuyó en villas en un 65%, y el número de lesiones y permisos temporales se mantuvieron sin cambios. (Cuadro 14).

Cuadro 13. Grado de rehabilitación de las usuarias por modelo y indicadores médicos Hospital Psiquiátrico" José Sayago", 2005 y 2012.

n=32	Rehabilitados	En proceso de rehabilitación	No Rehabilitados
Intercurrencias.			
Disminuyó	31.3%	3.1%	3.1%
Aumentó	37.5%	3.1%	0%
Sin cambios	15.6%	6.3%	0%
Medicamentos			
Disminuyó	56.3%	6.3%	3.1%
Aumentó	12.5%	3.1%	0%
Sin cambios	15.6%	3.1%	0%
Lesiones			
Disminuyó	18.8%	0%	3.1%
Aumentó	6.3%	3.1%	0%
Sin cambios	59.4%	9.3%	0%

Fuente: Expediente clínico y encuesta de rehabilitación psicosocial, 2012.