

**Cuadro 14. Grado de rehabilitación de las usuarias por estructuras e indicadores médicos
Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2009 y 2012.**

Villas=20 Pabellones=12	Rehabilitados		En proceso de		No Rehabilitados	
	Villas	Pabellón	Villas	Pabellón	Villas	Pabellón
Intercurrencias						
Disminuyó	40%	17%	0%	17%	0%	0%
Aumentó	35%	33%	0%	8%	0%	8%
Sin cambios	25%	8%	0%	8%	0%	0%
Medicamentos						
Disminuyó	65%	17%	0%	8%	0%	0%
Aumentó	15%	17%	0%	17%	0%	0%
Sin cambios	20%	25%	0%	8%	0%	8%
Lesiones						
Disminuyó	20%	25.00%	0%	8%	0%	8%
Aumentó	20%	8.30%	0%	8%	0%	0%
Sin cambios	60%	25.00%	0%	16%	0%	0%
Permisos Temporales						
Disminuyó	35%	17%	0%	8%	0%	0%
Aumentó	15%	0%	0%	0%	0%	0%
Sin cambios	50%	42%	0%	25%	0%	8%

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

Discusión

Dentro de la atención de salud mental existen diferentes modelos de atención con diversos objetivos. En México se implementa un nuevo modelo sustentado en las recomendaciones de la OMS, donde se pretende mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud mental que se le brinda a esta población.

El Hospital Psiquiátrico "José Sayago" se inauguró el 2 de enero de 1963 con el objetivo de mejorar la atención del enfermo psiquiátrico, cambiando el sistema asilar caracterizado por hacinamiento, sujeción, rejas y privación, por un hospital con actividades rehabilitadoras, dormitorios dignos bien ventilados, iluminados, confortables, seguros, higiénicos y de puertas abiertas con áreas verdes donde los usuarias pueden circular libremente. El Instituto de Salud del Estado de México tiene clasificado al Hospital "José Sayago" como un hospital de segundo nivel de atención que ofrece sus servicios a población del sexo femenino.

Expedientes

Este primer acercamiento describe las características principales de las pacientes, como el lugar de origen, que es más frecuente en el Distrito Federal y Estado de México, debido a su cercanía geográfica, sin embargo se encuentran usuarias de otros estados. Las usuarias son referidas principalmente por instituciones de salud o por sus familiares, algo muy importante y lo que hace que se piense en la reestructuración de los modelos de salud mental son las largas estancias en las instituciones, con usuarias entre la quinta y sexta década de la vida con un promedio de 24 años de hospitalización.

Modelo Hidalgo 2009 y 2012 (Estructuras Villas vs Pabellones)

El mayor promedio de interurrencias se observó en las usuarias con diagnóstico de Trastorno bipolar y esquizoafectivo en pabellones, y con Trastorno esquizoafectivos en las villas. Sin embargo el resultado se modifica por tener un mayor número de pacientes con este último diagnóstico. Además, en las pacientes con diagnóstico esquizoafectivo el promedio de medicamentos es mayor en villas que en pabellones.

Para los medicamentos, se observó que las usuarias con diagnóstico de Trastorno Bipolar fue en el único que disminuyó el número de medicamentos administrados, para el resto de los padecimientos aumento.

Las lesiones disminuyeron en las usuarias que se encuentran en las villas con los diagnósticos de Retraso Mental, Trastorno Bipolar y Trastorno Esquizoafectivo, en esta estructura las usuarias tienen acceso libre a las áreas verdes y deambulan por toda la institución por lo que esperaríamos un incremento de accidentes y por consiguiente de lesiones.

El MNASMMH favorece la reintegración psicosocial a través de los permisos temporales a las usuarias que están en condiciones de ejercerlo, previa autorización médica. A su vez, con este permiso se interactúa y motiva a los familiares para mantener una relación afectiva con la usuaria, fortaleciendo así el tratamiento y apego a una rutina lo más cercano posible a la normalidad del día a día de cada persona. Las usuarias con trastorno bipolar son las que cuentan con el mayor promedio de permisos temporales (75%), esto representa que las usuarias con este diagnóstico logren más fácilmente su control con el tratamiento farmacológico, además de verse favorecidas por el apoyo familiar.

Situación actual (2012)

Durante el año 2012 en los pabellones se observó un incremento de interurrencias en el grupo de 40-49 años, lo que, puede estar relacionado con el grado de severidad de la enfermedad, el hacinamiento, dependencia, asistencia y sobrecarga de trabajo del personal de enfermería. Caso contrario sucede con el promedio de medicamentos que se administran a las usuarias por grupo de edad, se observó que es

mayor en el grupo de 20 a 29 años y menor en el grupo de 90 y más. El riesgo de la polifarmacia en usuarias seniles además de su variada comorbilidad, podrían ser algunos de los motivos por los que sus médicos les administren un menor número de medicamentos. Sumado a lo anterior, las usuarias con mayor edad son aquellas que tienen una estancia más prolongada en el hospital a diferencia de las más jóvenes que tienen un ingreso más reciente, suponiendo así que las primeras ya se encuentran en control psiquiátrico. Actualmente en este hospital el grupo de edad de 40 a 69 años representa el 85% de las usuarias.

Las lesiones por grupo de edad no presentaron cambios importantes tanto para villas como para pabellones y esto puede ser debido a que ambos grupos de usuarias están expuestos al mismo modelo de atención.

En relación a los permisos temporales, tenemos que en promedio las usuarias de las villas salen más que las de pabellones y el grupo de edad con más salidas es el de 30 a 39 años. Esto puede ser debido a que están familiarizadas con el ritmo y estilo de vida semejante al que se encontraban en su núcleo familiar, facilitando así la interacción entre las usuarias. Al mismo tiempo que se incluye a los familiares en la rehabilitación psicosocial, responsabilizándose de su tratamiento mientras este bajo su custodia, comprometiéndose del retorno de la usuaria al hospital en el momento que así lo requiera o lo decidan los familiares.

Encuesta de rehabilitación psicosocial

AUTONOMÍA

La autonomía se refiere a la libertad de poder elegir, en este indicador se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, las usuarias de villas se perciben aun más autónomas que las que viven en unidades. Esta diferencia se puede explicar debido a que en villas se facilita la individualización del tratamiento por parte del equipo multidisciplinario.

Los miembros del equipo de villas tienen mayor posibilidad de escuchar a la usuaria en un espacio privado y sin interrupciones, lo que permite interesarse y responder a lo que la persona tiene que decir de sus preferencias y necesidades, y de esta forma incentivarlo a que tome las decisiones que le permitan el mayor grado de autonomía posible para elegir como llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana como su higiene, cuidado de la apariencia personal y la selección de su ropa, su tiempo libre y participación en las actividades de rehabilitación, como talleres y paseos terapéuticos. Mientras que en las unidades, no tienen la posibilidad de elegir su ropa y zapatos ya que es comunitaria, además de que cuentan con menos opciones para llevar a cabo actividades para realizar en su tiempo libre, ya que aunque cuentan con televisión es una para por lo menos 30 usuarias, limitando la posibilidad de elegir.

De acuerdo a Uriarte (2004), un elemento fundamental de la calidad de vida es la capacidad de decisión sobre su propio destino la autonomía y la máxima independencia, de acuerdo con una política de los derechos humanos. Las villas facilitan que el usuario tenga un mínimo de supervisión, por lo tanto mayor libertad de elegir que quiere hacer y lograr concretar sus metas, lo que fomenta su autoconfianza y autonomía. Además, que al contar con un espacio propio y personalizado le permite tener un sentido de propiedad mayor.

ASISTENCIA

Entendido como el grado en que las usuarias reciben asistencia para realizar las actividades de la vida cotidiana. Se encontraron diferencias significativas en ambos grupos lo que indica que las usuarias de villas reciben menos asistencia del equipo multidisciplinario, para realizar actividades de la vida cotidiana como bañarse, ir al baño, en su arreglo personal o para caminar o alimentarse que las usuarias de unidades. Esto puede deberse a que en las Villas existe la posibilidad de que la planeación de las actividades sea más flexible y se consideren las preferencias individuales, como bañarse de noche o comer más tarde. Así mismo, el personal de villas tiene la visión de que tiene que al promover la máxima independencia posible se facilita que la usuaria intente hacer las actividades por sí misma.

A diferencia de lo anterior, lo que sucede en la estructura asilar es que el personal apoya en el baño y aliño de usuarias favoreciendo las rutinas de atención. Puesto que el diseño arquitectónico impide que estas actividades se realicen de individualizadamente, por ejemplo, cuentan con un máximo de cuatro regaderas para treinta usuarias, que tienen que asistir al comedor en un horario establecido, por lo que personal apoya a las usuarias estén listas en poco tiempo y las ayuda a realizar esta actividad. Sumado a lo anterior, el mayor número de pacientes hospitalizadas en pabellones que deben ser atendidas, limita la independencia de las usuarias.

NIVEL DE FUNCIONALIDAD

Entendido como el grado en que las usuarias necesitan el apoyo del equipo multidisciplinario, para realizar las actividades de la vida cotidiana.

En este indicador no se encontraron diferencias significativas, ambos grupos mostraron un buen nivel de funcionalidad, son capaces de realizar actividades tales como bañarse, ir al baño, hacerse cargo de su arreglo personal, deambular y alimentarse. Las usuarias tienen un nivel similar de funcionalidad ya que el modelo Miguel Hidalgo establece que el grado de funcionalidad no es un criterio para ingresar a Villas, la premisa es que cualquier usuario puede adquirir, recuperar y mantener habilidades. Una característica del modelo es que cualquier persona puede beneficiarse de los programas de rehabilitación, independientemente de los niveles de discapacidad intelectual o física, no es excluyente.

HABILIDADES INSTRUMENTALES.

Se refiere a las actividades que la usuaria lleva a cabo para lograr independencia. En este indicador se encontraron diferencias significativas es decir que las usuarias de villas poseen mayor capacidad para usar el transporte público, cubiertos y aparatos eléctricos, así como administrar su dinero y solicitar algún servicio. Esto se debe a que las usuarias de Villas, se encuentran en un proceso de rehabilitación más avanzado, favorecido por la estructura física, ya que cuentan con un televisor, radio, dvd y lavadora, que comparten solo 12 usuarias, por lo que tienen mayor oportunidad de acceder a ellos y concretar el desarrollo de habilidades.

Otro aspecto relevante, es la posibilidad de realizar salidas individuales como parte del Programa de rehabilitación Psicosocial personalizado, las cuales tienen como objetivo facilitar las condiciones para que ella pueda concretar sus actividades planeadas de forma independiente, como asistir a un supermercado, salir a solicitar un servicio, salir a visitar un familiar o amigos, continuar con su educación formal o salir a buscar trabajo, de esta forma desarrollan la capacidad del uso del transporte público y recuperar o fortalecer la habilidad de administrar su dinero, lo que promueve su integración a la comunidad.

SOCIALIZACION.

Entendida como la capacidad de interactuar con personas de su entorno, no se encontraron diferencias significativas entre grupos esto se debe a que tanto las usuarias de Villas como las de que viven en la estructura asilar participan en las actividades de Rehabilitación Psicosocial como: talleres, paseos terapéuticos, actividades sociorecreativas y culturales, dichas actividades favorecen la expresión de emociones y necesidades y la interacción como parte de una red social.

Las usuarias tienen la posibilidad de asistir al taller de su preferencia, por lo tanto en un mismo taller pueden convivir usuarias que se encuentran en villas y en la estructura asilar, favoreciendo el desarrollo de habilidades sociales. Asimismo las actividades sociorecreativas que se llevan a cabo en el hospital, como los festejos de cumpleaños y celebración de fechas importantes, permiten que las usuarias experimenten conductas que resulten eficaces en la interacción social, que incluyen varios aspectos como la comunicación verbal y no verbal, la autoconciencia de sentimientos internos, la percepción del contexto y la capacidad de ofrecer respuestas adaptadas.

Durante los paseos terapéuticos las usuarias interactúan no solo con sus compañeras, sino con personas de la comunidad lo que permite aplicar sus habilidades sociales adquiridas y enfrentar situaciones nuevas, lo que se traduce en una mejora en sus habilidades para una vida independiente. El MSMMH en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago" ofrece el mismo tratamiento médico, acceso a los talleres y paseos independientemente de la estructura donde se encuentren hospitalizadas las usuarias (pabellón o villa)

SENTIDO DE PROPIEDAD

Respecto al sentido de propiedad descrito como el identificar objetos y espacios como propios, se encontró una diferencia significativa observándose que las usuarias de villas perciben su espacio físico y artículos personales como propios; situación que las usuarias de se encuentran en la estructura asilar no experimenta, puesto que la estructura física de unidades y villas es distinta, siendo que la estructura de villas promueve la personalización de un espacio del que la usuaria logra apropiarse y cuenta con la oportunidad de guardar artículos personales y objetos significativos, favoreciendo el logro de su identidad y que mantenga un vínculo con su mundo exterior; en contraste con las usuarias de la estructura asilar quienes perciben los artículos de los que hacen uso, como comunitarios ya que la estructura asilar no posibilita el sentido de pertenencia debido a que carecen de espacios de los que puedan apropiarse.

INTEGRACIÓN A LA COMUNIDAD

En cuanto a la integración a la comunidad definida como la posibilidad de participar en las actividades de la comunidad, se observa una diferencia significativa identificando que las usuarias de villas logran su integración a ésta, a través de las distintas actividades que lleva a cabo rehabilitación psicosocial que promueve la libertad para poder elegir sus actividades y por ende solicitar apoyo de parte del equipo multidisciplinario para lograr su meta, contando con una mayor posibilidad de llevarlo a cabo debido a que la atención es personalizada en comparación con la estructura asilar en donde también se cuenta con la oportunidad de participar en actividades recreativas y socioculturales de manera grupal; identificando que el trato personalizado, las salidas individuales y la promoción del uso de ropa de calle evita la estigmatización de las usuarias y promueve su integración a la comunidad.

Impacto de los indicadores médicos sobre el grado de rehabilitación de las usuarias.

Las encuestas de rehabilitación psicosocial y del expediente clínico, que compararon el Modelo Nacional Miguel Hidalgo y Modelo Asilar, mostraron un incremento en el promedio de interurrencias en usuarias del MNSMMH, sin embargo el mayor porcentaje de estas son de pacientes rehabilitadas. Esto puede atribuirse a que las pacientes rehabilitadas tienen más contacto con la comunidad e integración dentro y fuera del hospital, lo que puede generar mayor número de interurrencias. El modelo asilar no permitía este contacto e integración con la comunidad.

Entre la comparación de los modelos se encontró que en las usuarias rehabilitadas en el MNSMMH disminuyó el número de medicamentos suministrados en comparación que en el modelo asilar. En cuanto a número de lesiones no se observó un cambio entre modelos, esto probablemente porque en

el modelo asilar no se les permitía deambular o interactuar entre las pacientes, aunque el modelo Hidalgo lo permite, no se observó cambio en el número de lesiones.

En las comparaciones que se hicieron por estructura durante el periodo 2009 a 2012 se observa una reducción en el número de interurrencias en las usuarias de villas en comparación con las de pabellón. En las usuarias rehabilitadas se registró un mayor número de permisos temporales en ambos grupos, sin embargo, en cuanto al número de medicamentos que toman se observó que este disminuyó en villas y en pabellones permaneció igual. Con respecto a las lesiones estas permanecieron igual en las pacientes rehabilitadas en villas.

Conclusiones

El programa de rehabilitación psicosocial que se lleva a cabo en el hospital Psiquiátrico “José Sayago”, a través de un conjunto de intervenciones psicosociales como son talleres protegidos, centro de abasto, paseos terapéuticos y eventos sociorecreativos que se complementan con las intervenciones farmacológicas mejoran la calidad de vida de las personas con enfermedad mental promoviendo su integración a la comunidad.

Este programa de Rehabilitación Psicosocial MNSAMMH se ha aplicado desde hace por lo menos seis años, en la estructura asilar y villas lo que se evidencia en el grado en que ambos grupos mostraron un nivel similar de socialización y funcionalidad en sentido positivo. Las estrategias de intervención mostraron su eficacia en estos indicadores.

Los indicadores mostraron que las usuarias de Villas son más autónomas y con sentido de propiedad, favorecido por la estructura física de villas que consolidan el proceso de rehabilitación. La estructura aporta un espacio adecuado y un ambiente normalizado que le permite a la persona desintitucionalizarse, es decir que ayuda para recuperar o desarrollar habilidades básicas para la integración a la comunidad.

Otra fortaleza que se observó de la estructura de villas es que disminuye el nivel de **Asistencia** que se otorga a las usuarias en sus actividades cotidianas, entre otras cosas, porque en cada villa se adecua la planeación de las actividades de acuerdo a las necesidades de las personas que ahí viven. En tanto en la estructura asilar el personal interviene de manera activa dirigiendo las distintas actividades acorde a los procesos de su trabajo, disminuyendo la flexibilidad de modificar horarios en relación a las necesidades de las usuarias, puesto que se realizan de forma grupal.

Nuevamente la estructura de villas facilita la atención personalizada por el equipo de salud, promoviendo la adquisición y mantenimiento de habilidades instrumentales, debido a una evaluación y

un seguimiento constante de cada usuaria. A diferencia de la estructura asilar en donde se les brinda mayor **Asistencia** limitando sus habilidades básicas de autocuidado que le permitan su independencia. Siendo así que las usuarias de las villas se rehabiliten y puedan egresar tempranamente del hospital.

En términos generales se observó que la estructura de Villas tiene un impacto positivo en la rehabilitación de las usuarias, siendo un elemento necesario e indispensable en la Rehabilitación Psicosocial e integración a la comunidad. Las usuarias que se encuentran en la estructura asilar, han logrado un avance significativo en su rehabilitación, no obstante, resulta necesario ofrecerle un Programa individualizado de tratamiento a través de un equipo de salud que tenga la oportunidad de hacer un acompañamiento constante y más cercano, que tome en cuenta sus necesidades y brinde el ambiente normalizado que se propicia en Villas.

El MNASMMH implementado en el Hospital Psiquiátrico “José Sayago” promueve como eje de tratamiento el respeto absoluto a los derechos humanos y percibe a la usuaria como una persona que puede participar activamente en la construcción de su proceso de rehabilitación, que es flexible, individualizado y humano.

El MNASMMH fue instrumentado en el Hospital Psiquiátrico Ocaranza años antes que en el Hospital “José Sayago”, por lo que se sugiere evaluar el modelo en otros hospitales para fortalecer las conclusiones obtenidas de esta evaluación y que se refuerzan en el análisis FODA que se presenta en el cuadro siguiente:

Matriz FO DA. Análisis del MN AS M MH en el Hospital Psiquiátrico "José Sayago".

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Respeto a los derechos humanos de las usuarias y favorecer su reintegración psicosocial. • Trabajo en equipo multidisciplinario capacitado. • Buena percepción del modelo de atención por parte del personal. • Infraestructura física acorde a lo proyectado para el modelo. • Programas de Rehabilitación psicosocial (Talleres ocupacionales, banco de reforzadores y paseos terapéuticos). • Permisos temporales a las usuarias que estén en condiciones de salir. • Rehabilitación continua mediante la casa de medio camino. • Espacio de las instalaciones de las villas que favorece el ámbito y convivencia familiar. • Apoyo de los institutos de tercer nivel para la atención integral de las usuarias. • Compromiso y dedicación del personal en la atención a las usuarias. • Talleres de reforzamiento para familiares y usuarias. • Apoyo de terapia física por personal habilitado para las usuarias que lo ameriten. • Las usuarias están afiliadas al Seguro Popular. • Contacto con familiares por personal del hospital en caso de contar con ellos. • Brigada de protección civil para respuesta inmediata en caso de algún evento de alto impacto a la salud de las usuarias. • Abasto de medicamentos y material de curación al 100%. • Asistencia de la central médica para cuidados especiales en caso de urgencias. • La atención que se brinda es de manera gratuita bajo los lineamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información estadística en el hospital. • Falta de médicos geriatras. • Falta de personal. • Falta de estructuras de reintegración social tales como: casas de medio camino, departamentos independientes, talleres comunitarios y cooperativas mixtas. • Falta de un programa de capacitación continua al personal. • Falta señalización de la ruta de evacuación en caso de algún evento de alto impacto a la salud de las usuarias.
Oportunidades	Amenazas.
<ul style="list-style-type: none"> • Concluir la transición con la apertura de villas para usuarias de la estructura del pabellón y así concluir la implementación del Modelo. • Implementar y realizar estudios epidemiológicos para hacer la vigilancia y evaluación de las usuarias. • Implementar sistemas de información y vigilancia epidemiológica. • Contratación de personal en las diferentes áreas como: terapeutas ocupacionales, psiquiatras, geriatras, ginecólogos, y enfermeras. • Incentivos económicos y bonos de productividad al personal. • Uso de la tecnología en atención integral de las usuarias. • Crear un centro nacional de capacitación continua donde se formen recursos humanos expertos en la aplicación del Modelo. • Crear un Centro nacional del Derechos Humanos para personas con padecimientos psiquiátricos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas en salud que pongan en riesgo la continuidad del Modelo Nacional de Atención a la Salud Mental "Miguel Hidalgo". • Desastres naturales (sismos, huracanes). • Personal que se encuentre únicamente por contrato temporal por el ISEM.

Bibliografía

1. OMS. 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.
5. Consejo Nacional de Salud Mental. 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.
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.
10. Consejo Nacional de Salud Mental. Lineamientos Generales Programas de Rehabilitación Psicosocial, 2012. Documento técnico.
11. Medina-Mora y Cols. Prevalence of mental disorders and use of services. Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. Salud Mental, 2003;26(4),1-16.

Anexo A: Encuesta de Unidad

Cuestionario de Unidad

"Hospital Psiquiátrico José Sayago"

Fecha: _____.

1. ¿Hay pacientes de primer contacto que han sido atendidos en la consulta externa en los últimos seis meses?

Sí..... 1 2. En caso de que sí ¿Cuántos? _____.
No..... 2

3. ¿Cuántos pacientes subsecuentes han sido atendidos en la consulta externa en los últimos seis meses?

Número: _____

4. ¿Cuántos pacientes de primer contacto han sido referidos al modelo de atención hidalgo en los últimos seis meses?

Número: _____ 5. ¿Cuántos de estos han sido referidos a villas?..... _____
6. ¿Cuántos de estos han sido referidos a pabellones?.... _____

7. ¿Hay pacientes subsecuentes que han sido reingresados al modelo de atención hidalgo en los últimos seis meses?

Sí..... 1 8. En caso de que sí ¿Cuántos? _____.
No..... 2

9. ¿Cuáles son los Principales diagnósticos de atención en Modelo de atención Hidalgo?

- a) _____.
- b) _____.
- c) _____.
- d) _____.
- e) _____.
- f) _____.
- g) _____.

10. ¿Cuáles son las Pruebas de laboratorio que se realizan en el hospital?

- a) _____.
- b) _____.
- c) _____.
- d) _____.
- e) _____.
- f) _____.
- g) _____.

11. En qué porcentaje de los pacientes que llegan a esta unidad vienen referidos de:

Centro de Salud %
Hospitales..... %
Hospitales Psiquiátricos..... %
Desarrollo Integral de la Familia.. %
Protección Civil..... %
Por sí mismos..... %
Platicas preventivas..... %

12. ¿Qué porcentaje de los usuarios que atiende en modelo de atención hidalgo se encuentran en abandono?
_____ %

13. ¿Qué porcentaje o número de los pacientes que atienden en el Modelo de atención Hidalgo han sido egresados desde la implementación?

Egreso por mejoría.	Egreso por defunción.
Número en villas _____, _____ %	Número en villas _____,
_____ %	
Número en pabellones _____, _____ %	Número en pabellones _____,
_____ %	

14. ¿Cuántos de ellos se han referido a casas de medio tiempo? _____, _____ %
 15. ¿Cuántos de ellos se ha egresado por solicitud del usuario? _____, _____ %
 16. ¿Cuántos de ellos se ha egresado por solicitud del familiar? _____, _____ %

17. ¿Cuántos usuarios se atienden en ...?

Villas _____.
 Pabellones _____.

18. ¿Qué porcentaje de pacientes que se atienden en la estructura pabellón han ingresan a las villas ?

Desde la implementación del modelo Hidalgo _____ %
 En el último año..... _____ %

19. ¿Cuántos talleres se imparten en el mes y número de asistentes ?:

	Cantidad de Talleres	Frecuencia	Número de Asistentes.
Filtro	_____	_____	_____
Expresión Corporal	_____	_____	_____
Educación especial	_____	_____	_____
Bordado	_____	_____	_____
Reciclado	_____	_____	_____
Cerámica	_____	_____	_____
Flores	_____	_____	_____
Barro	_____	_____	_____
Rehabilitación psicosocial	_____	_____	_____

20. ¿Cuántas actividades preventivas intrahospitalarias realizan con los pacientes y familiares?

Número con usuarios _____ Número con familiares _____

21. ¿Tipos de programas preventivos (Nombres de los programas)?

- a) _____.
 b) _____.
 c) _____.
 d) _____.
 e) _____.
 f) _____.
 g) _____.

22. Actividades de rehabilitación se llevan a cabo y con qué frecuencia:

	Sí	No	Frecuencia	# Asistentes x mes
a) talleres protegidos	1	2	_____.	
_____.				
b) banco reforzados.....	1	2	_____.	
_____.				
c) paseos terapéuticos.	1	2	_____.	
_____.				

23. ¿Realizan actividades de enseñanza y capacitación por miembros del equipo interdisciplinario?

Sí..... 1
 No..... 2

24. ¿Cuentan con un Programa anual de capacitación continua?

Sí..... 1
 No..... 2

La capacitación del programa se brinda a:

De la NOM-025:

	Sí	No	Sí	No
Médicos Generales	1	2	1	2
Médicos Psiquiatras	1	2	1	2
Enfermeras	1	2	1	2
Trabajadores sociales	1	2	1	2
Psicólogos	1	2	1	2
Terapeutas físicos	1	2	1	2
Terapeutas	1	2	1	2
Mantenimiento y limpieza	1	2	1	2
Comedor y nutriología	1	2	1	2
Vigilancia	1	2	1	2

25. ¿Existen listas de asistencia que validen las actividades?

Sí..... 1
 No..... 2

VILLAS DE TRANSICIÓN HOSPITALARIA.

26. ¿Con cuantas villas se cuenta?

_____.

27. Estructura física de cada villa:

	Sí	No
4 Recamaras.....	1	2
Sala.....	1	2
Comedor.....	1	2
Cocina.....	1	2
Consultorio.....	1	2
Módulo de enfermería.	1	2
Baños	1	2
Lavandería	1	2

28. Registrar el número de colaboradores que trabajan en el Modelo de Atención Hidalgo por tipo de puesto.

	Cantidad Total	Villas	Pabellón	Urgencias	Consulta Externa
Directores de la Unidad	_____	_____	_____	_____	_____
Subdirector de la Unidad	_____	_____	_____	_____	_____
Medico General	_____	_____	_____	_____	_____
Médico Psiquiatra	_____	_____	_____	_____	_____
Médico Urgenciólogo	_____	_____	_____	_____	_____
Psicólogo	_____	_____	_____	_____	_____
Trabajador Social	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermeros	_____	_____	_____	_____	_____
Nutriólogo	_____	_____	_____	_____	_____
Administrador	_____	_____	_____	_____	_____

Secretarias	_____	_____	_____	_____	_____
Mantenimiento y limpieza.	_____	_____	_____	_____	_____
Cocinero	_____	_____	_____	_____	_____
Vigilancia	_____	_____	_____	_____	_____
Almacén	_____	_____	_____	_____	_____
Laboratorio	_____	_____	_____	_____	_____
Terapista	_____	_____	_____	_____	_____
Terapista Físico	_____	_____	_____	_____	_____
Técnico radiólogo	_____	_____	_____	_____	_____
Médico Radiólogo	_____	_____	_____	_____	_____
Odontólogo	_____	_____	_____	_____	_____

29.¿Registrar el número de personal en servicio social que elaboran en el Modelo de atención Hidalgo?

Psicología.....
 Enfermería
 Otro:

30.¿Cuántos personaltiene los siguientes servicios brindando atención?

		General	Consulta Externa	Urgencias	Villas	Pabellón
Profesionista	Médico	_____	_____	_____	_____	_____
	Lic. Enfermería	_____	_____	_____	_____	_____
	Psicólogo	_____	_____	_____	_____	_____
	Odontólogo	_____	_____	_____	_____	_____
	Médico Rx.	_____	_____	_____	_____	_____
	Químico	_____	_____	_____	_____	_____
	Quím. Farmacéutico	_____	_____	_____	_____	_____
Técnicos	Enfermería	_____	_____	_____	_____	_____
	Laboratorista	_____	_____	_____	_____	_____
	Farmacéutico	_____	_____	_____	_____	_____
Especialista	Enfermería otras esp.	_____	_____	_____	_____	_____
	Enf. en Psiquiatra	_____	_____	_____	_____	_____
	Psiquiatras.	_____	_____	_____	_____	_____
Auxiliares	Enfermería	_____	_____	_____	_____	_____

31.¿Número de atenciones que se brindan al día en :

	Consulta Externa	Urgencias	Villas	Pabellón
Médicas general	_____	_____	_____	_____
Médicas Psiquiátricas	_____	_____	_____	_____
Psicología	_____	_____	_____	_____

32. Número de camas censales:

1. Villas _____
 2. Pabellones _____

23. Número de camas no censales:

Urgencias....._____

24. Número de consultorios por:

Consulta Externa.....
 Urgencias.....
 Villas.....
 Pabellones.....

33. Número de módulos dentales

34. Número de equipos de rayos x

Anexo B: Diseño de indicadores médicos

Indicador	Definición operacional	Escala de Medición
Medicamentos	Fármacos administrados para el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica	Cuantitativa continua discreta
Intercurrencias	Eventos relacionados con una agudización de la enfermedad psiquiátrica.	Cuantitativa continua discreta
Lesiones	Heridas o contusiones accidentales o provocadas por terceros que generaron algún daño físico durante su hospitalización.	Cuantitativa continua discreta
Permisos temporales	Salidas de la usuaria autorizadas por el médico, que estarán bajo la responsabilidad de un tercero.	Cuantitativa continua discreta
Diagnóstico	Clasificación (CIE 10) de la enfermedad en el último año de hospitalización registrada en el expediente clínico.	Cualitativa nominal
Años de hospitalización	Tiempo que la usuaria ha permanecido bajo tratamiento intrahospitalario.	Cuantitativa continua discreta
Edad	Medición cronológica del tiempo vivido por unidad en años.	Cuantitativa continua discreta
Entidad de procedencia	Lugar de origen.	Cualitativa nominal
Institución de referencia	Lugar de donde es enviada la paciente para su ingreso al hospital.	Cualitativa nominal

Anexo C. Recursos y fuentes de información

I. FUENTES DE INFORMACION.

Fuentes de información primaria.

- Encuestas de rehabilitación psicosocial.
- Expediente clínico (41 usuarias del estudio)
20 expedientes clínicos de pabellón, 21 expedientes clínicos de villas

Fuentes de información secundaria.

- Hojas de supervisión de enfermería. Hojas diarias de supervisión del año 2012.
- Registro de permisos temporales de trabajo social del año 2012.
- Informe estadístico del área administrativa.

II. RECURSOS HUMANOS

SECRETARIA DE SALUD.

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCION DE LA SALUD

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA. (DGAE)

Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus.

Dr. Fernando Meneses González.

Dr. Felipe Sánchez Cervantes.

Dra. Paola Olmos Rojas.

Dra. Diana Carrasco Alcántara.

Dra. Diana Patiño Morales.

Dra. Judith Ángeles Rodríguez Pacheco.

Dr. Miguel Ángel Xolocotzi Juárez

CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL.

TR. Virginia González Torres.

Dra. Sonia Fátima Meave Loza

Mtra. Karla María Barragán Peña

Mtra. Psic. Inés Soto Miranda.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “JOSÉ SAYAGO”.

Lic. Psic. Gabriela Sánchez Calvo

Dr. Oscar Bernardo Segura Santos.

Dra. Adriana C. Amerelle.

Lic. Enf. Alejandra Medina Monroy.

Psic. Ana Ivette Ambrosio Suarez.

HOSPITAL ADOLFO M. NIETO

Dra. Guadalupe del Carmen Villegas Pérez

Mtra. Inés Soto Miranda

Anexo D. Etapa I: Diseño de indicadores de rehabilitación psicosocial

Indicador	Definición operacional	Ítems que miden al indicador	Escala de Medición	Operacionalización de la escala
Autonomía	Libertad de poder elegir.	<ul style="list-style-type: none"> a) Poder salir de la villa, pabellón o unidad hospitalaria sin pedir permiso b) Qué hacer con su dinero c) Su ropa casual y zapatos d) Qué hacer con su tiempo libre e) A que taller asistir f) Actividades recreativas. g) Participar en paseos terapéuticos h) Su apariencia personal 	<u>Escala de Likert</u> Siempre-2 A veces-1 Nunca-0	0 a 7 puntos: No autonomía 8 a 16 puntos: Autonomía
Nivel de Asistencia	Grado en que recibe el apoyo del equipo multidisciplinario, para realizar las actividades de la vida cotidiana.	<ul style="list-style-type: none"> a) Aseo (Bañarse) b) Ir al baño c) Arreglo personal d) Deambular e) Alimentación 	<u>Escala de Likert</u> Siempre-0 A veces-1 Nunca-2	0 a 4 puntos: Recibe apoyo. 5-10 puntos: No recibe apoyo.
Nivel de Funcionalidad	Grado en que necesitan apoyo por el equipo multidisciplinario, para realizar las actividades cotidianas.	<ul style="list-style-type: none"> a) Aseo (Bañarse) b) Ir al baño c) Arreglo personal d) Deambular e) Alimentación 	<u>Escala de Likert</u> Siempre-0 A veces-1 Nunca-2	0 a 4 puntos: Necesita apoyo 5-10 puntos: No necesita apoyo.
Habilidades instrumentales	Capacidad de realizar actividades que le permitan independencia.	<ul style="list-style-type: none"> a) Usar el transporte público b) Usar los cubiertos c) Usar el dinero d) Usar aparatos eléctricos o electrodomésticos e) Solicitar un servicio. (comida, ropa, información, en base a una necesidad). f) Salir a trabajar fuera de la institución. 	<u>Escala de Likert</u> Siempre-2 A veces-1 Nunca-0	0 a 5 puntos: No es independiente 6 a 12 puntos: Independiente
Socialización	Capacidad de interactuar con las personas de su entorno.	<ul style="list-style-type: none"> a) Mantener un vínculo significativo con alguien b) Seleccionar la conducta apropiada a la situación. c) Expresar sus emociones de manera verbal o no verbal. d) Expresar sus necesidades de manera verbal o no verbal e) Identificarse como parte de una red social 	<u>Escala de Likert</u> Siempre-2 A veces-1 Nunca-0	0 a 4 puntos: No socializa 5 a 10 puntos : Socializa
Sentido de Propiedad	Tener identificado como propio objetos y espacios.	<ul style="list-style-type: none"> a) Espacio físico para su ropa, y artículos. b) Espacio propio y personalizado c) Dinero u objetos significativos en un espacio seguro d) Ropa casual y zapatos propios. 	<u>Escala de Likert</u> Siempre-2 A veces-1 Nunca-0	0 a 3 puntos: No tiene sentido de propiedad. 4 a 8 puntos: Tiene sentido de propiedad.
Integración a la comunidad	Posibilidad de participar en las actividades de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> a) Convivencia y uso de servicios dentro de la institución b) Convivencia y uso de servicios en la comunidad local (iglesias, escuela, centro comercial, restaurant). c) Convivencia y uso de servicios fuera de la comunidad local.(lugares, otras ciudades) 	<u>Escala de Likert</u> Siempre-2 A veces-1 Nunca-0	0 a 2 puntos: No integrado a la comunidad 3 a 6 puntos: Integrado a la comunidad.

Anexo E. Etapa II: Diseño del instrumento

ENCUESTA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Fecha: _____

Folio: _____

Persona a quien se le observa:

1. Usuaría Villa
2. Usuaría Pabellón

Edad: _____.

Años de hospitalización: _____.

Red de apoyo externa:

Sí..... 1
No..... 2

Circule los siguientes aspectos que observe:

1-Autonomía.

- La libertad de poder elegir.

	Siempre	A veces	Nunca
a) Elige poder salir de la villa, pabellón o unidad hospitalaria sin pedir permiso	2	1	0
b) Elige qué hacer con su dinero	2	1	0
c) Elige su ropa casual y zapatos.	2	1	0
d) Elige qué hacer con su tiempo libre	2	1	0
e) Elige a que taller asistir	2	1	0
f) Elige actividades recreativas.	2	1	0
g) Elige participar en paseos terapéuticos.	2	1	0
h) Elige su apariencia personal.	2	1	0

0-7 puntos: No autonomía

8-16 puntos: Autonomía.

2-Nivel de Asistencia

-Grado en que reciben el apoyo del equipo multidisciplinario, para realizar las actividades de la vida cotidiana.

	Siempre	A veces	Nunca
a) Aseo Bañarse	0	1	2
b) Ir al baño	0	1	2
c) Arreglo personal	0	1	2
d) Deambular	0	1	2
e) Alimentación.	0	1	2

0-4 puntos: Recibe apoyo.

5-10 puntos: No recibe apoyo.

3-Nivel de Funcionalidad

-Grado en que necesitan el apoyo del equipo multidisciplinario, para realizar las actividades de la vida cotidiana.

	Siempre	A veces	Nunca
a) Aseo Bañarse	0	1	2
b) Ir al baño	0	1	2
c) Arreglo personal	0	1	2
d) Deambular	0	1	2
e) Alimentación.	0	1	2

0-4 puntos: Necesita apoyo

5-10 puntos: No necesita apoyo.

4-Habilidades instrumentales

Capacidad de realizar actividades que le permitan independencia.

Es capaz de :	Siempre	A veces	Nunca
a)usar el transporte público	2	1	0
b)usar los cubiertos	2	1	0
c)usar dinero	2	1	0
d)usar aparatos eléctricos o electrodomésticos	2	1	0
e)solicitar un servicio.(comida, ropa, información, en base a una necesidad).	2	1	0
f)de salir a trabajar fuera de la institución.	2	1	0

0-5 puntos: No es independiente

6-12 puntos: Independiente

5-Socialización

-Capacidad de interactuar con las personas de su entorno.

Es capaz de:	Siempre	A veces	Nunca
a)Mantener un vínculo significativo con alguien.	2	1	0
b)Seleccionar la conducta apropiada a la situación.	2	1	0
c)Expresar sus emociones de manera verbal o no verbal.	2	1	0
d)Expresar sus necesidades de manera verbal o no verbal.	2	1	0
e) Identificarse como parte de una red social	2	1	0

0-4 puntos: No socializa

5-10 puntos : Socializa

6-Sentido de Propiedad

-Tener identificado como propio objetos y espacios.

Tiene:	Siempre	A veces	Nunca
a)Espacio físico para su ropa, y artículos.	2	1	0
b)Espacio propio y personalizado.	2	1	0
c) Dinero u objetos significativos en un espacio seguro	2	1	0
d)Ropa casual y zapatos propios.	2	1	0

0-3 puntos: No tiene sentido de propiedad.

4-8 puntos: Tiene sentido de propiedad.

7- Integración a la comunidad.

-Posibilidad de participar en las actividades de la comunidad.

Posibilidad de:	Siempre	A veces	Nunca
a)Convivencia y uso de servicios dentro de la institución	2	1	0
b)Convivencia y uso de servicios en la comunidad local (iglesias, escuela, centro comercial, restaurant).	2	1	0
c) Convivencia y uso de servicios fuera de la comunidad local. (lugares otras ciudades)	2	1	0

0-2 puntos: No integrado a la comunidad.

3-6 puntos: Integrado a la comunidad.

Observaciones:

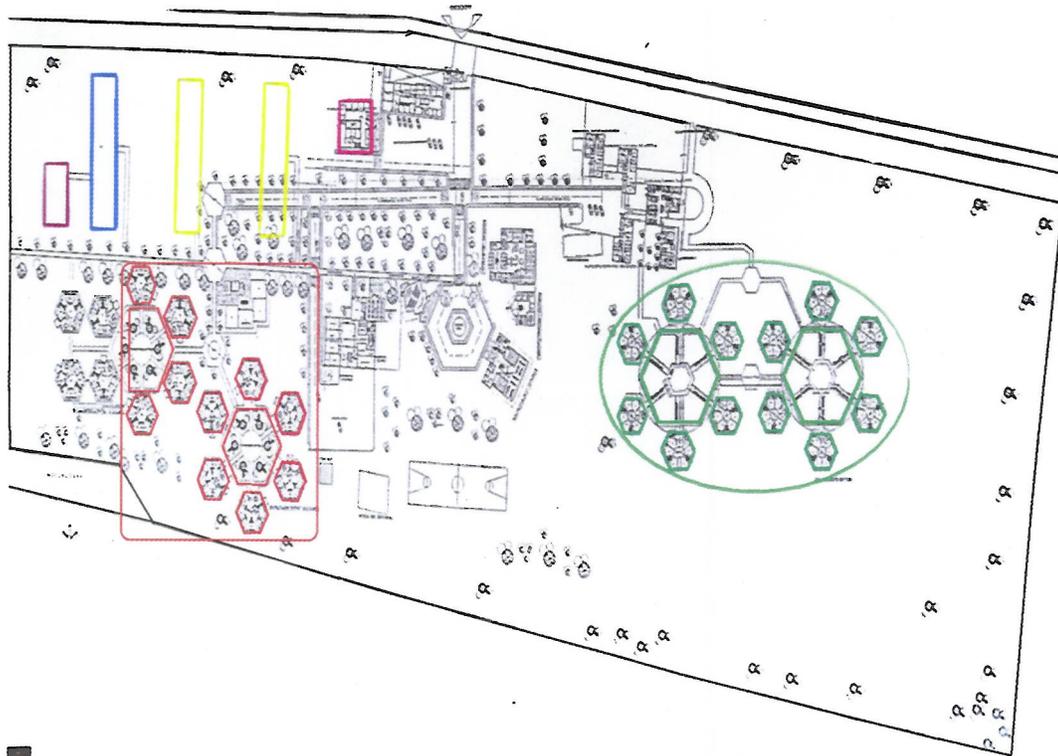
48 a 72 puntos: Rehabilitado psicosocialmente.

Elaboró: _____

24 a 47puntos: En rehabilitación.

0-23 puntos: No rehabilitado.

Anexo F. Croquis del Hospital Psiquiátrico “José Sayago”



Simbología

-  12 Villas funcionando desde 2006
-  10 Villas proyectadas
-  Pabellones
-  Sala de talleres
-  Tienda
-  Área de Consulta externa

Anexo G. Edad de las usuarias

Edad de las usuarias del estudio por estructura de atención, Hospital Psiquiátrico "José Sayago", 2012.																					
Núm. Usuaría	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Villas	25	33	42	43	45	47	51	53	55	57	58	59	60	61	65	69	70	71	72	78	92
Pabellón	32	40	40	49	50	50	54	58	59	62	62	64	65	67	68	70	71	76	81	91	

Fuente: Expedientes Clínicos, 2012.