

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

COLEGIO DE PSICOLOGIA

*Estudio Psicológico sobre la Externación
y Tutela del Enfermo Mental*

T E S I S P R O F E S I O N A L

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

P S I C O L O G O

P R E S E N T A

LUZ ANTONIETA POLANCO ORTIZ

MEXICO 1966



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

2.5053.08
UNAM, 44
1966.
es.2



FILOSOFIA

M.-160952

lpe 65

A MIS PADRES

CARLOS POLANCO JACOME

I

ANTONIA ORTIZ DE POLANCO

248

0235

A LA MEMORIA DE MIS ABUELITOS

A MI TIA

JOSEFINA

A MI HERMANA

MARIA EUGENIA

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
BREVES CONSIDERACIONES HISTORICAS SOBRE EL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL EN MEXICO	5
CAPITULO II	
LA ATENCION DEL ENFERMO MENTAL EN LAS INSTITUCIONES DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA	16
DESCRIPCION DE LA ATENCION QUE SE LE BRINDA AL ENFERMO MENTAL EN EL MANI- COMIO GENERAL.	20
CAPITULO III	
INGRESOS Y ESTADISTICAS DEL ENFERMO MENTAL EN EL MANICOMIO GENERAL	34
CAPITULO IV	
DESCRIPCION DE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA EXTERNACION	65
CAPITULO V	
SUJETOS, METODO Y PROCEDIMIENTO.	69
CAPITULO VI	
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	91
CONCLUSIONES	101
BIBLIOGRAFIA	103

INTRODUCCION

La atención de los enfermos mentales en las instituciones de asistencia incluye varios aspectos, cada uno de los cuales presenta sus problemas específicos.

Uno de ellos es el de la externación y tutela, que incluye situaciones relacionadas con la última fase de la permanencia del enfermo en la institución asistencial y con la de su reintegración al núcleo familiar y social.

Se han realizado estudios, algunos de ellos muy valiosos, sobre muchos aspectos conectados con la atención a los enfermos mentales en México. Sin embargo, el problema específico de la externación y tutela, no ha sido tratado hasta el momento, ni bajo el aspecto puramente psiquiátrico, ni bajo el ángulo psicológico.

Una revisión de la bibliografía sobre el tema, indica que tampoco ha sido tratado en otros países, por lo menos en lo que ha sido posible investigar para los fines del presente estudio.

Por esta razón se ha pensado que una investigación enfocada sobre este aspecto del ya complejo problema de la atención del enfermo mental en el medio mexicano, sería de alguna utilidad tanto para el momento presente por el que atraviesa la asistencia hospitalaria especializada para los enfermos mentales, como para un futuro inmediato, que ya se perfila inminente, y en el cual se deben tomar en cuenta y valorar con objetividad las experiencias logradas en mas de medio siglo de existencia del centro de salud para enfermos mentales más grande de la República Mexicana, el Manicomio General de la Castañeda, en la Ciudad de México.

En esta forma quedan justificados, tanto el tema de la presente Tesis recepcional, como la contribución que pueda significar para el mejor conocimiento de un problema importante, entre los muchos que confronta aún México en cuanto a la atención hospitalaria especializada.

Existe en los medios psiquiátricos la convicción de que la inasistencia de los enfermos dados de alta a los servicios de consulta externa, va unida directamente a la reincidencia en el padecimiento, motivo de la internación en la casa de salud, y, por tanto, en su reingreso a la misma. Si el hecho esto es la inasistencia existe, se pueden conocer sus causas. Será de interés el comprobar objetivamente la hipótesis común y de paso conocer cuáles son las posibles causas del fenómeno.

Antes de entrar al estudio preciso del problema, se ha -- visto conveniente hacer una revisión histórica de los servicios -- asistenciales que, en diversos momentos de la historia de México, se han brindado a los enfermos mentales, desde la época precorte-- siana hasta nuestros días, incluyendo aquí los planes ambiciosos que ha puesto en marcha el Gobierno Federal en el presente año. -- Como los pacientes estudiados para esta Tesis fueron todos atendi-- dos en el Manicomio General de la Castañeda, de la Ciudad de Méxi-- co, se hace mención de una serie valiosa de datos, aportados por -- la tesis profesional del Dr. Gilberto García González, datos que -- servirán como marco de referencia para el estudio y valorización de algunas fases específicas de la investigación objeto de la pre-- sente Tesis.

Muchas personas han colaborado desde diversos puntos para la realización de esta investigación, para quienes dejo constancia de mi agradecimiento. El Dr. Guillermo Calderón Narváez, Director de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con-- sagró muchos momentos de su tiempo para la lectura de todos los -- capítulos, a los cuales hizo valiosas observaciones. El Dr. Hector Cabildo Arellano, Subdirector de Salud Mental de la misma Secreta-- ría, proporcionó las informaciones de primera mano para la elabora-- ción de la primera parte del Capítulo II. La Dirección del Manico-- mio General facilitó ampliamente la consulta de expedientes y demás fuentes de información. La Mtra. Carmen Landero Rodríguez, direc--

tora de la tesis, no escatimó tiempo ni paciencia para la revisión del esquema fundamental y de su desarrollo. El psicólogo Fernando Garzón Arteaga supervisó la redacción final de los Capítulos, especialmente la del V y VI. El Dr. Oscar Humberto Saldaña Hernández, Jefe de Servicio del Pabellón Central del Manicomio, brindó todas las facilidades para que la investigación se llevara a efecto y revisó en particular el Capítulo IV. El Dr. Gilberto García González autorizó gentilmente el que se pudiera citar en esta investigación el rico material de su tesis profesional "Intento de clasificación de los padecimientos de los enfermos del Manicomio General". El Dr. Alejandro Roldán brindó importantes aportaciones. Tanto los Jefes de los diferentes servicios del Manicomio como los médicos -- del Pabellón Central, brindaron su colaboración decidida para la -- información necesaria para la segunda parte del Capítulo II, y contestaron gustosos el cuestionario especial que les fué aplicado. - La Sra. Hermila I. de Arenas, trabajadora social del Manicomio, - - aportó valiosos puntos de vista sobre la aplicación de su especialidad en esa casa de salud. Finalmente la Srita. Emma Robles Olguín, Secretaria del Director del Manicomio, hizo la transcripción mecanográfica de la Tesis.

C A P I T U L O I

BREVES CONSIDERACIONES HISTORICAS SOBRE EL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL EN MEXICO.

Los cronistas e historiadores que han escrito sobre las gentes y cosas del México Antiguo, han consignado testimonios valiosos acerca de las costumbres higiénicas en boga a la llegada de los españoles en 1520.

Entre los aztecas, el templo de la Diosa Tlazolteotl constituyó la primera Institución dedicada a la Salud Mental. Al respecto nos relata Sahagun en el Códice Florentino: "Tlazolteotl era la unica capáz de limpiar los corazones de la inmundicias de la vida, era capaz de dar paz y enardecer los corazones de la gente. Ella - - los lavaba, los bañaba, en sus manos estaban las aguas que limpian". Y de este modo libraba a los hombres de estas inmundicias, así los curaba de su enfermedad. Delante de Tlazolteotl, se cuentan, se relatan los hechos vergonzosos.

En ésta forma el azteca hacía catarsis y recibía un efecto psicoterápico. Esta era una de las medidas a su alcance para lograr su salud mental, además de las drogas contenidas en las yerbas que - ellos usaban para sus dolencias físicas y psíquicas.

En la época Colonial, México fué el primer país de América y uno de los primeros en el mundo en fundar un hospital para enajenados: el de San Hipólito, establecido el 2 de noviembre de 1566 por un fraile llamado Bernardino Alvarez, ilustre fundador de la Congregación llamada Hermanos de la Caridad. La obra de este fraile y su desarrollo fué tal, que en el siglo XVIII el visitador José Galvez, enviado por Carlos III expresó en su informe: "No tiene igual con ninguno de los hospitales que de ésta clase he visto en Europa".

El hospital de San Hipólito, exclusivo para varones, surgió gracias a la iniciativa del mencionado fraile, quien fué ayudado en esta empresa por Don Miguel Dueñas y su esposa, Doña Isabel de Ojeda, con el subsidio del gobierno virreynal.

Posteriormente Alvarez fundó una congregación religiosa que se llamó de los Hipólitos, que por muchos años se encargó de la atención de los enfermos mentales que el hospital alojaba. A excepción de esta obra, desde la conquista a la Independencia poco se hizo en favor de los enajenados. En éste período tan grande sólo se puede mencionar al magnánimo Virrey de Bucareli, quien dispuso se hicieran mejoras en el edificio y aumentó el subsidio, dando además ayuda económica de su propio peculio. La triste situación de los enajenados llegó a preocuparle tanto, que en una carta que escribió al rey de España, entre otras cosas le decía: "Inmensamente afligido está mi corazón al contemplar la extrema miseria del Frenocomio en México, que no es suficiente para albergar el crecido número de enfermos mentales y que además carece de medios para remediar la tragedia de

estos pobres enfermos".

Debido a que el hospital de San Hipólito solo atendía a -- enfermos del sexo masculino, las enfermas mentales estaban abandona-- das hasta que un modesto carpintero llamado José Sáyago con la ayu-- da de su esposa comenzó a recoger de la calle y a cuidar a las en-- fermas mentales en su propia casa.

Al principio tropezaron con muchas dificultades, pero mas tarde se simplificó su labor benefactora, por haber sido ayudados -- por el Arzobispo de México, Don Francisco Aguilar y Seija, y por -- otras autoridades religiosas. Posteriormente se compró una finca -- que sirviera para ayudar al sostenimiento de la obra. En esta forma quedó organizado el Hospital del Divino Salvador para Enfermas Men-- tales, en la calle de La Canoa en 1700.

En la atención que se les dió a estas enfermas se contó con la colaboración eficiente de las monjas de la Orden del Divino Sal-- vador. Desgraciadamente sufrieron muchas vicisitudes y pobreza. Era en tal forma lamentable la situación económica en que se encontraban, que el padre General del Hospital pudo decir en el informe que diri-- gió al Virrey de Bucareli: "la miseria en que estan estas enfermas -- es tan grande que carecen de ropas, están hambrientas, no tienen me-- dicinas, por lo tanto se necesita un rápido auxilio económico".

En 1821, el cuidado de las enfermas recluidas en el Hospi-- tal de la Canoa dejaba mucho que desear ya que las monjas del Divino Salvador se alejaron de él por haberse extinguido su orden a raiz de la expulsión de los Jesuitas, pasando entonces el hospital a ser ad--

ministrado por el Municipio.

Años más tarde, el Municipio consideró que era indispensable la cooperación gratuita que habían estado dando las monjas y -- consintió en que los religiosos enclaustrados siguieran cuidando a los enfermos hasta el año de 1843.

Desde 1824 hasta 1861, el hospital pasó una precaria situación económica; se sostuvo en pésimas condiciones a pesar de que le concedieron parte de una lotería.

Para estas fechas en el interior de la República se contaba con hospitalización para enfermos mentales en Puebla, Guadalajara--ra, Monterrey, Orizaba y más tarde en Mérida.

Al principio del presente siglo los hospitales de San Hipólito y de la Canoa estuvieron en completo abandono, pero afortunadamente el movimiento mundial a favor de los enfermos mentales, en el que no podemos dejar de mencionar a Pinel, en Francia; Turka, en Inglaterra; Reil, en Alemania; Benjamín Rush, en Estados Unidos; dejó sentir su influencia en nuestro país, bajo la concepción de reforma asistencial que se imponía como primera importante evolución psiquiátrica para los alienados; así fué como, en la primera década de este siglo, se comenzó a estudiar la fenomenología del enfermo mental.

Con inquietud científica encabezó estos estudios el doctor Juan Peón del Valle (padre), quién fué la primera figura médica que realizó importantes investigaciones de índole psiquiátrica. A él, y al Dr. Enrique O. Aragón se debió la idea fundamental de crear un -

gran hospital tipo para enfermos mentales de ambos sexos. Este hospital tuvo realización en la antigua Hacienda de la Castañeda, en Mixcoac, D.F., recibiendo el nombre de Manicomio General de México, el cual permanece en funciones hasta la fecha. Fué inaugurado en el año de 1910, con motivo de la conmemoración del Centenario de la Independencia Mexicana por el entonces Presidente Constitucional de la República, General Don Porfirio Díaz.

Esta institución fué dotada hacia 1929 de talleres para la laborterapia, promoviéndose las actividades recreativas y gimnásticas de los enfermos. Se introdujo también por primera vez los tratamientos a base de electrochoques. Hacia 1934 se le agregó un pabellón de Psiquiatría Infantil y un Servicio de Cirugía. Más tarde, hacia 1944 se inauguró el servicio de Neuro-cirugía.

La atención de los niños se inició con el Dr. Peón del Valle, quien, anexa al Hospital del Divino Salvador, fundó en 1906 la primera escuela para retrasados mentales.

Las autoridades de la Beneficencia Pública durante algún tiempo no prestaron mucha atención a los enfermos mentales, y fué hasta que uno de los dirigentes de la mencionada Beneficencia, General Eduardo Hay, dió todo su apoyo para reorganizar el Manicomio.

A partir de 1925 a la fecha, se han abierto Sanatorios particulares para la atención de enfermos mentales, esto ha sido tanto en la Capital de la República como en los Estados.

Hacia 1933 se fundó el Tribunal para Menores con la finalidad de que al ser estudiada la personalidad de los infractores -

se pudiera lograr una mayor readaptación de ellos a la sociedad.

Dependiente de la Secretaría de Educación se creó en este tiempo El Instituto Nacional de Pedagogía y después la Clínica de Conducta.

En 1937, el Departamento de Beneficencia Pública organizó un servicio de Psicometría en la Escuela Hogar "Liberación" y una Escuela Granja para adolescentes Débiles Mentales de Conducta Antisocial.

Posteriormente se fueron formando servicios de Psicometría y de Psico-diagnóstico en los centros de observación y en el Internado Nacional Infantil, dependientes de la Beneficencia Pública.

En 1944 la Secretaría de Salubridad y Asistencia fundó el Primer Hospital Granja para enfermos mentales en León, Guanajuato.

Con el objeto de atender tempranamente los desordenes de los niños y con la organización de los Centros de Salud, se creó el primer servicio de Higiene Mental en el Centro Materno Infantil "Maximino Avila Camacho" en el año de 1946, destinado particularmente a resolver los problemas emocionales de la infancia, y con funciones de docencia para Enfermeras, Médicos y Trabajadoras Sociales.

En 1947, los antiguos Departamentos de Salubridad y de Beneficencia Pública ya se habían transformado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y dentro de ellos se logró la creación de un departamento de Asistencia Psiquiátrica e Higiene Mental dependiente de la Dirección de Asistencia Médica.

Bajo los auspicios de este Departamento, que llegó a tener la categoría de Dirección se crearon Consultas Externas de Neuropsiquiatría como la del Hospital Juárez, el Dispensario Antiepiléptico, se hicieron mejoras importantes al Manicomio y se trabajó sobre un proyecto de Ley para la Legislación de Alienados.

En estas épocas se colaboró activamente con la Federación Mundial por la Salud Mental, para la organización del IV Congreso de Salud Mental, que se celebró en México en 1951. Haciéndose por primera vez un censo de instituciones de Asistencia Neuropsiquiátrica en la República y se procuró la creación de nuevos establecimientos en los Estados de la República que carecían de ellos.

Al final del año 1953 se favorecen las actividades de Higiene Mental en los Centros de Salud, creándose una oficina específica de Higiene Mental en la Dirección de Salubridad en el D.F., así como cuatro servicios de esta índole en los Centros de Salud más importantes de esa época.

En estos servicios se empezó a proyectar la obra de Salud Mental al seno de la comunidad a través de investigaciones y actuaciones sobre la problemática psicosocial de nuestro medio ambiente; se desarrolló un importante trabajo de educación higiénica y de estructuración de programas preventivos que sirvieron de modelo para la creación de servicios similares en Morelia, San Luis Potosí y Puebla.

Todos estos antecedentes en el campo de la prevención y en el campo de la Asistencia Psiquiátrica fueron los que permitieron -

que el C. Secretario de Salubridad y Asistencia Dr. José Alvarez -- Amézquita, creara la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental, el 10. de julio de 1959, que unos años después se transformó en la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación.

Y en este año fué dividida para la mejor atención del enfermo, en dos Direcciones de Salud Mental y de Rehabilitación.

La creación de este organismo ha representado un paso de - extraordinaria trascendencia para las labores de Salud Mental en la República Mexicana y en particular para la integración plena de las actividades de Salud Mental dentro de la Salud Pública.

En la actualidad hay muchos Hospitales en la República que cuentan con servicios psiquiátricos. Sólo en la Ciudad de México, - existen pabellones de este tipo en el Hospital Español, en el Hospital Militar, etc.

No sólo las autoridades asistenciales se han preocupado -- por solucionar los problemas de la atención de los enfermos mentales, sino que en las últimas 3 décadas han surgido muchas instituciones privadas para enfermos de esta índole. Entre ellos se deben enumerar: Sanatorio San Rafael, Sanatorio Falcón, Sanatorio Floresta, Sanatorio Lavista, etc.

En el siguiente cuadro se especifican las Instituciones y Servicios de Salud Mental en el D.F.

INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL D. F.

MEXICO - 1966

CLASIFICACIONES	S.S.A.	IMSS	ISSSTE	Otras Federa- les o Descen- tralizadas.	PRIVADAS	TOTAL
Servicios de Higiene Mental y Psiquiatría Infantil	12	1	--	4	--	17
Consulta Exter- na Psiquiátri- ca	5	8	2	6	1	22
Hospitalización Psiquiátrica	4	1	--	1	8	14
Centros para -- Deficientes Men- tales	2	--	--	8	6	16
T O T A L	23	10	2	19	15	69

FUENTE: Dirección de Salud Mental S.S.A.

Dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia --
existen los siguientes Hospitales Granja para rehabilitación del --
enfermo mental:

- 1.- Hospital Granja "Bernardino Alvarez" en Tlalpam, D.F. (1960)
- 2.- Hospital Granja "La Salud" en Zoquiapan, Edo.de México (1961)
- 3.- Hospital Granja para enfermos mentales de Villahermosa en
Tabasco (1962)
- 4.- Hospital Campestre "José Sáyo" en Tepexpan, Edo.de México
(1962)
- 5.- Hospital Granja "Cruz del Sur" en Oaxaca, Oax. (1963)
- 6.- Hospital "Cruz del Norte" en Hermosillo, Son. (1964)

En 1964 fué fundado también el Instituto Nacional de Neurología

Como señala el Dr. Guillermo Calderón Narváez en su trabajo
sobre "Hospitales Psiquiátricos en México" en el año de 1965 se pla-
neó la construcción de un nuevo hospital para alojar a todos los en-
fermos que actualmente se encuentran reclusos en el "Manicomio" y
este número asciende a 2,800 camas.

Las obras que actualmente se encuentran en construcción --
son como siguen:

- 1.- Un hospital para enfermos mentales agudos de 600 camas.
- 2.- Un hospital pediátrico para rehabilitación psiconeurológica
de 200 camas.
- 3.- Tres hospitales campestres de 500 camas cada uno.
- 4.- Dos hospitales-hogar para enfermos de difícil recuperación
de 250 camas cada uno.

El promedio de estancias que se calculó para los enfermos

fué de dos meses de estancia para el hospital de agudos y 8 para -- los hospitales campestres.

El hospital de Agudos tendrá un cupo de 600 enfermos.

El hospital pediátrico de rehabilitación psiconeurológica tendrá cuatro funciones diferentes en una sola unidad asistencial y son las siguientes:

- 1.- Dar alojamiento permanente a los niños que por sus alteraciones profundas deberán ser internados en forma custodial.
- 2.- Estancia breve para los casos de tipo agudo.
- 3.- Servicio de consulta externa, donde laborarán médicos, psicólogos, etc.
- 4.- Una guardería para pre-escolares que no ameriten hospitalización, y un hospital de día del mismo tipo para los niños mayores.

Hospitales Campestres

En cada hospital Granja serán alojados 500 enfermos, calculándose un promedio de estancia de 8 meses, estos hospitales estarán también permanentemente equipados, con todos los servicios.

En uno de estos nosocomios habrá una sección para reos -- enfermos mentales y otra para tuberculosos, encontrándose estas -- secciones debidamente aisladas del resto de los servicios.

Hospitales-Hogar para enfermos de difícil recuperación

Este tipo de hospitales será para enfermos crónicos y serán dos unidades de 250 enfermos cada una.

C A P I T U L O I I

LA ATENCION DEL ENFERMO MENTAL EN LAS INSTITUCIONES DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

Los servicios que le son prestados al enfermo mental por parte de la S.S.A. son varios y a diferentes niveles:

1 er. Nivel. En este aspecto se cuenta con un servicio de Higiene Mental que funciona de la siguiente forma:

Se hace un trabajo de tipo preventivo consistiendo éste, - en enviar personal capacitado a las casas con el objeto de fomentar la asistencia de las familias a los centros, estas personas están - también capacitadas para detectar si existen problemas dentro del - hogar y tratar por medio de conferencias, entrevistas personales, etc. de disminuirlos. *REVISION*

Se les practican estudios a los que van a contraer nupcias se les orienta, etc. Se da terapia durante el embarazo, consistente ésta en explicar a las señoras qué es el embarazo, qué precauciones deben tomar durante él y hasta donde los temores que tienen son - infundados.

Al nacer el niño también se hace higiene mental tanto en él como en sus familiares, cuidando especialmente de sus relaciones con los padres y de las relaciones de los padres entre sí.

Por otra parte también este servicio de Higiene Mental -- ayuda a la detección de enfermos psiquiátricos canalizándolos a la Consulta Externa de los Hospitales Psiquiátricos.

En estos centros se atienden solamente los casos de niños que presenten algún trastorno de tipo emocional, si el caso -- se considera lo suficientemente serio que necesitara atención especial, se envía al lugar correspondiente para su atención médica.

En estos mismos centros de Salud Mental se está pugnando por tener un servicio de Consulta Externa para enfermos neuróticos, el cual funcionaría solo por las tardes.

2o. Nivel, correspondería a la Consulta Externa. Este -- tipo de servicio actualmente se tiene en dos tipos de establecimientos los hospitales generales que tienen como misión atender padecimientos de tipo neurótico, psicótico y psicosomático. Esto -- también sirve de asesoría para los enfermos internados, pues los -- médicos que laboran en el servicio de Consulta Externa también -- atienden a los enfermos internados dentro del Hospital.

Una variante de esta consulta sería la de psicóticos que es la que se lleva a cabo en el Manicomio General.

En el Instituto Nacional de Neurología se reciben en Consulta Externa: niños, adultos con problemas neuróticos, y psicóticos. Se puede decir que en este hospital se concentra un poco lo

de otras partes.

En este mismo hospital está funcionando lo que se llama -- Hospital de Día, que se puede considerar como un variante de la Consulta Externa y que consiste básicamente en que el enfermo llega al hospital por la mañana, recibe su tratamiento, toma su alimentación y por la tarde se va.

Hospitalización de Enfermos Agudos..- Aquí se considerarán tres variantes que son las siguientes:

- a). Al ingresar el enfermo mental al hospital de agudos el tratamiento es farmacológico fundamentalmente y en segundo lugar psicoterápico y ocupacional.
- b). Sección psiquiátrica de hospital general.
- c). Hospital de noche, consistente en que el enfermo solo va a dormir al hospital, administrándole sus medicamentos y al otro día puede salir a sus labores.

Hospitalización de Larga Estancia..- Esto se refiere a los enfermos crónicos que estan en el hospital por un tiempo muy prolongado o -- algunos de ellos por toda la vida. Este tipo de hospital funciona -- de la siguiente manera:

- a). Los enfermos que pueden ser rehabilitados a largo plazo y -- que no pueden estar en un hospital de agudos. El tratamiento es fundamentalmente a base de terapia ocupacional sobre todo lo que se llama "La vida de comunidad terapéutica" -- donde tienen una vida como la normal, con un sistema de --

autogobierno. En esa forma se les prepara para poderse enfrentar con el medio ambiente cuando reingresan a él.

- b). Esta segunda variante se refiere a aquellos enfermos que por el deterioro que han sufrido ya no es posible rehabilitarlos, o los ancianos, éstos se canalizan a los Albergues donde permanecerán de por vida a menos que su familia acepte custodiarlos.

DESCRIPCION DE LA ATENCION QUE SE LE BRINDA AL ENFERMO MENTAL EN EL MANICOMIO GENERAL

El Manicomio General es un hospital con modalidades y características propias por la índole de padecimientos que trata, cuenta con Servicios Psiquiátricos de Agudos, Pabellones para la atención y estudio de enfermos crónicos, un Pabellón de Psiquiatría Infantil y Servicios Generales.

1.- Servicios Psiquiátricos de Agudos

Estan constituidos por cuatro pabellones el Central, Observación hombres, Observación mujeres y el Pabellón Piloto.

En primer lugar mencionaré el Pabellón Central por haber sido en el que he prestado mis servicios personales durante tres años. Consta de los siguientes servicios: Consulta Externa, Departamentos de Electroencefalografía, Oftalmología, Psicología y Trabajo Social. Estos servicios son proporcionados tanto a las personas de Consulta Externa como a los internados en los diferentes pabellones. Cuenta también este pabellón con salas para el internamiento de enfermos agudos, hombres y mujeres, siendo el promedio de estancia aproximadamente de tres meses.

Muchos de estos enfermos continúan asistiendo a la Consulta Externa. Este pabellón es exclusivamente para pensionistas -- pagándose una cuota de \$300.00 mensuales, con la salvedad de que en algunos casos la Dirección del Hospital concede excepciones y los enfermos sin pagar absolutamente nada, son tratados en este pabe--

llón. Esto acontece cuando por medio de la Oficina de Trabajo Social se ha comprobado que el enfermo no tiene medios económicos -- para su atención médica.

Los otros tres pabellones son los de Observación Mujeres, Observación Hombres y el Piloto, a los que ingresan todos los enfermos que llegan por primera vez al Manicomio, es aquí donde se les hace un estudio completo para llegar a un diagnóstico definitivo, se les aplican tratamientos intensivos, con el objeto de dar de alta por Remisión al mayor número de pacientes, y aquellos en donde se presenta cronicidad o muy lenta evolución, son trasladados a los diferentes pabellones de acuerdo con la clasificación de su padecimiento.

2.- Pabellones para enfermos crónicos.

El resto de los pabellones son propiamente de custodia, pues los enfermos que aquí pasan son individuos que van a permanecer en el hospital por un tiempo indefinido y en ocasiones por todo el -- resto de su vida, ya que los enfermos subagudos son generalmente -- trasladados a los Hospitales Granja de la Dirección de Salud Mental.

Existen dos tipos de pabellones: de pensionistas de primera y segunda y de indigentes.

En los pabellones de primera la cuota que el enfermo paga es de \$300.00 mensuales y en los de segunda \$150.00 mensuales, estribando la diferencia en que los enfermos tienen cuartos individuales en los primeros y sala general en los segundos, que a su vez -

se diferencia de los indigentes por la alimentación.

Existen 10 pabellones de indigentes y son los siguientes:
de hombres: Agitados, Reos y Toxicómanos, Trabajadores "A", Trabajadores "B" (llamados antes tranquilos) y Epilépticos.- De mujeres: Tranquilas 1/a. Sección, Tranquilas 2/a. Sección, Oligofrénicas, -- Seniles, Epilépticas y Agitadas y Reos.

3.- Pabellón de Psiquiatría Infantil.

El pabellón de Psiquiatría Infantil se considera como un - pequeño asilo neurológico, ya que la población del servicio casi en su totalidad está integrada por casos de secuelas post-encefálicas, secuelas por traumatismos post-partum y oligofrenias en sus diversos grados.

Expuesto lo anterior, el servicio se aboca a aquellos casos de posible recuperación en los aspectos educacionales y ortopédicos, es así como funciona una pequeña escuela primaria atendida - por maestros especializados.

El personal médico está compuesto en el momento actual - - por 3 Médicos Psiquiatras y 1 Pediatra y un total de Enfermeras y - Niñeras de 38 personas, para una población de 173 hospitalizados - de los cuales 124 son niños y 49 niñas.

4.- Servicios Generales

Existen también pabellones mixtos de Cirugía e Infecciones, en ellos se alojan en forma temporal enfermos intercurrentes de todos los pabellones.

Existe también un pabellón subrogado al Instituto Mexicano del Seguro Social, llamado Sanatorio Psiquiátrico el cual tiene funcionamiento y modalidades especiales, distintas al resto del hospital. Este pabellón está bajo el control inmediato del Director del Manicomio y es exclusivamente para enfermos del I.M.S.S.

A continuación se dará una información un poco más detallada de los distintos servicios que además del psiquiátrico propiamente dicho, le son prestados al enfermo mental.

Los que se encuentran dentro del pabellón Central son los siguientes:

1.- Consulta Externa.- Este servicio funciona por decirlo así en dos aspectos:

- a) Como una forma de tutela para los enfermos que han estado internados y al ser dados de alta deben seguirse tratando por un tiempo definido o indefinido.
- b) Este segundo aspecto estriba en dar consulta psiquiátrica a toda persona que lo solicite.

2.- Electroencefalografía.- Aquí se hacen estudios de pacientes internados y los procedentes de la consulta externa. El mayor porcentaje de pacientes que dentro de este servicio se atiende son epilépticos. El resto son enfermos con diferentes tipos de problemas psiquiátricos en los que se requiere el electroencefalograma para establecer un diagnóstico diferencial. Es un requisito indispensable para hacer el estudio, que el paciente vaya ya con su historia clínica, de lo contrario no es aceptado. En los casos en que

el paciente no coopera para su estudio, se le duerme usándose generalmente en estos casos Seconal o Cloropromazina. En otros casos se hace el estudio mediante la activación con Seconal provocando solo somnolencia, sin llegar al sueño profundo.

En el caso de pacientes epilépticos y no habiendo contraindicación se hace el estudio de preferencia sin medicación anticonvulsiva, de no ser esto posible se toma el trazo sin suspender el tratamiento, pero tomando esto en cuenta para su correcta interpretación.

Para los casos de problemas psiquiátricos de igual manera se hace el estudio cuando el paciente no ha recibido medicación; si ha sido tratado con electrochoques o comas insulínicos no se hace el estudio, sino hasta dos ó tres meses después del último tratamiento.

El mayor porcentaje de pacientes que acuden es de personas adultas y un pequeño grupo son niños procedentes de la consulta externa o del pabellón de Psiquiatría Infantil.

3.- Servicio de Psicología.- El trabajo del departamento de Psicología se ha dividido actualmente en varios aspectos:

El trabajo interno del pabellón, consistente en estudiar ampliamente al enfermo que ha ingresado a este servicio, mediante la aplicación de una batería integral de tests psicológicos de los cuales los más ampliamente usados son: Weschler (W A I S), - - Rorschach, Test de Apercepción Temática (T.A.T.), Test Gestálico Visomotor de Bender, Machover, Asociación de Palabras, Frases In-

completas, Formación de Conceptos, y otras técnicas específicas - para la detección de síntomas psiquiátricos especiales.

Por otro lado y dentro de esta misma línea se realizan - estudios de pacientes referidos por la consulta externa del hospital y por otros pabellones que carecen de un servicio organizado de psicología.

Otro aspecto importante es el de la terapia, se han iniciado grupos terapéuticos con el propósito de rehabilitar a los - pacientes psiquiátricos en una forma más integral.

Se ha propuesto así mismo que los psicólogos tomen en psicoterapia individual a pacientes de consulta externa, bajo la supervisión de un médico psiquiatra.

También se cuenta con un servicio de terapia ocupacional que está supervisada por el departamento de psicología.

Un segundo aspecto es el de la docencia, durante el presente año de 1966 se pretende adiestrar a un grupo de Psicólogos - Clínicos en el trabajo de hospital, con la mira de preparar profesionistas que puedan cubrir las demandas de los hospitales del -- futuro.

Un último aspecto de trabajo de este departamento es el - de investigación; en la actualidad se están realizando estudios -- sobre las diferentes pruebas disponibles para determinar su adaptabilidad a nuestros enfermos.

Se plantean investigaciones conjuntas con el cuerpo médico, las cuales permitirán conocer más acerca del objeto de - - -

nuestro estudio: el hombre.

4.- Servicio de Oftalmología.- Al enfermo que llega por primera vez a este servicio, se le somete a un interrogatorio ocular, -- seguido de un interrogatorio general, inmediatamente después se -- efectúa la exploración física que consiste en una exploración de to da la región orbitaria viéndose su aspecto exterior, cejas, parpa-- dos, paralelismo de los ojos, estado de las conjuntivas, cornea, -- iris, cristalino y por último el fondo de ojo.

A continuación se pasa a la exploración funcional, que -- consiste en observar la movilidad que hay en los ojos. Se investi-- gan reflejos oculares, tensión ocular de rutina en personas de más de 40 años, refractometría o sea el estudio de la refracción del -- ojo; estudio de la sensibilidad en padecimientos en que se juzga -- pertinente hacerlo por ejemplo en lesiones del Trigémino o en un -- Herpes Corniano. Investigación de la diplopia (visión doble) que -- es característica de cuadros neurológicos.

Hecho todo este estudio general se bosqueja un diagnóstico de presunción, sobre el cual se trabajará hasta volverlo definitivo e integral y sobre éste se da un pronóstico y tratamiento que puede ser dependiente exclusivamente del oculista o con la cooperación -- del equipo médico. Este tratamiento puede variar desde la simple -- aplicación de gotas hasta la intervención quirúrgica.

Los enfermos que son referidos para estudio oftalmológico son nuevamente reintegrados a su médico con el informe correspon--

diente, y los que son francamente oftalmológicos son tratados en el servicio.

Dentro del mismo Manicomio, pero fuera del Pabellón Central existen los siguientes servicios:

1) Servicio de Laboratorio.- Este funciona de la siguiente forma: Se le practican al enfermo una serie de pruebas, por ejemplo: líquido cefalorraquídeo y serología para descartar procesos luéticos, infecciosos, o tumorales del sistema nervioso. Igualmente se hacen todos los análisis de rutina de interés clínico.

Se atienden enfermos internados y de consulta externa, con el único requisito de presentar la orden de alguno de los médicos del hospital.

2) Servicio de Cirugía.- La forma como está organizado este servicio es la siguiente: Trabajan el Jefe de Servicio, dos médicos cirujanos, un anestesiologo y dos internos.

Este servicio atiende todos los casos quirúrgicos que se presentan en el Manicomio y en la actualidad se ven también casos médicos intercurrentes en padecimientos mentales que ameriten un tratamiento intensivo en un Servicio General.

Salvo contraindicación especial al respecto el tratamiento psiquiátrico no es discontinuado mientras se efectúa el tratamiento del cuadro intercurrente, al ser dado de alta el paciente de este servicio, se le regresa a su pabellón de origen.

El promedio de operaciones de emergencia es de 3 a 4 por semana, por lo que respecta a cirugía mayor se tiene cuando más un

caso por semana.

Para que a un paciente se le intervenga quirúrgicamente es necesaria la anuencia de los familiares y la orden del médico tratante, y en todos los casos se hace precisamente el estudio clínico, de laboratorio y de gabinete del cuadro intercurrente.

3) Servicio de Rayos X.- Cuando llega el enfermo a este servicio, si es de alguno de los pabellones, debe llevar una orden de su médico tratante, su nombre, número de expediente, edad, diagnóstico de presunción y el estudio que se va a efectuar.

Cuando van procedentes de la Consulta Externa deben llevar la orden del médico y un estudio de la Trabajadora Social en el cual se especifica si pasa exento o paga la cuota requerida para su estudio.

4) Trabajo Social.- Lo referente a este servicio será tratado con más amplitud por considerarlo una forma de servicio tutelar, siendo éste el objeto de estudio en nuestro trabajo.

El Trabajo Social en el Manicomio General está funcionando de la siguiente forma: Existen siete trabajadoras y una jefe de grupo que se encuentran distribuidas de la siguiente forma: -- Dos en la Oficina de Admisión cubriendo el servicio desde las ocho de la mañana hasta las 20 horas; ahí se lleva una pequeña encuesta para fijar cuotas de ingresos y donación de sangre a los enfermos que vienen de: las Delegaciones, de los Servicios de Cruz Roja y Cruz Verde, de Hogares Sustitutos, casas de Protección Social y --

Asilos para Ancianos, etc. Después de haber hecho la encuesta y de acuerdo a la situación socio-económica del paciente, se fijan las cuotas, pasando exentos si se encuentran en muy mala situación económica.

De las cinco trabajadoras restantes, una es la jefe de grupo que se encuentra en la oficina de Trabajo Social, y las demás están distribuidas en los 24 pabellones que tiene el Manicomio teniendo a su cargo cada una cuatro o cinco pabellones. Hay otra comisionada exclusivamente para el pabellón del I.M.S.S.

Es misión de las trabajadoras sociales el estar siempre conectadas con los enfermos y sus familiares, colaborar en las altas para el retorno a su hogar, vigilar que los enfermos acudan a la consulta externa con regularidad para su debido control post-internamiento, procurar ayudarlos para conseguir trabajo y orientarlos en él cuando ya lo han conseguido.

A las trabajadoras sociales se les ha fijado una jornada de trabajo de tres horas como mínimo dentro del hospital.

Tienen obligación de pasar diariamente a sus pabellones con objeto de informarse sobre internamientos, altas, fugas, accidentes, defunciones; vigilar con frecuencia el reparto de la comida, teniendo facultad para gestionar ante el Administrador y el Jefe de Cocina en los casos de falta de raciones o mala calidad de las mismas, rindiendo en cada caso un informe por escrito.

En cada pabellón se tiene una libreta de Trabajo Social en donde el médico anota específicamente la investigación social que

desea sobre ambiente familiar, medio de trabajo, antecedentes familiares, etc. La trabajadora social toma nota y realiza el estudio que es entregado al médico, después de haber sido supervisado por la Jefe del Servicio.

Otra de las obligaciones es vigilar que los enfermos tengan visita, así como apersonarse en el domicilio familiar del asilado, pues con alguna frecuencia suele suceder que es falso; aprovechando la visita de los familiares al enfermo, la trabajadora social ratifica con ellos el domicilio. Para este fin se han organizado guardias dominicales que desempeñan por rotación todas las trabajadoras sociales en la Oficina de Admisión, de las 9 a las 13 horas, anotando en un libro la fecha, el nombre, edad del enfermo, el pabellón, nombre del visitante, su domicilio y teléfono si es que tiene.

La ventaja obtenida de inmediato es la disminución de fugas los días de visita, pues con frecuencia los propios familiares ayudaban al enfermo a fugarse, con la creencia de que en esa forma les sería más fácil volverlos a internar cuando lo desearan. Con las anotaciones en el libro de los domicilios ha sido más facil localizar a los familiares o amigos del enfermo en caso necesario.

El aseo de los pabellones es también vigilado por las trabajadoras sociales, rindiendo informe por escrito sobre falta de útiles de aseo, destrucción de paredes, falta de vidrios, ropa, etc.

En ocasiones cuando los enfermos menos deteriorados desean trabajar, algunos de los trabajadores del mismo establecimiento so-

licitan permiso para emplearlos ya sea en sus domicilios o en las labores del propio hospital. En el caso de que el enfermosalga a trabajar fuera del hospital, la trabajadora social se encarga de hacer el estudio social del solicitante tomando en cuenta los factores siguientes: solvencia económica, moral, sueldo, condiciones en las cuales saldrá a trabajar el enfermo, revisión de expedientes para recabar permiso del responsable legal si lo tiene y autorización del médico, una vez que ya se encuentra trabajando - ella está encargada de vigilar las condiciones en que se desenvuelve el enfermo, así como el cumplimiento en el pago del sueldo, pues en el caso de no ser satisfactorio se recoge al paciente para volverlo a internar.

En los casos en los que el enfermo unicamente va a auxiliar por algunas horas a algún empleado dentro del establecimiento, la trabajadora social es quién controla el trámite una vez -- que ha dado su autorización el médico Jefe del Pabellón.

Atendiendo a la conservación de los nexos familiares, -- tan importantes para estos enfermos, con frecuencia se cita a los familiares con el objeto de interesarlos en los problemas de su enfermo y aprovechar la ocasión de hacer un poco de higiene mental con ellos, explicándoles el por qué de algunas actitudes de su -- enfermo, haciendo que se interesen por ayudar a los más desválidos, haciendo hincapié en la importancia que tiene para ellos el tratamiento a su allegado. En esta forma se pretende obtener la -- colaboración de ellos con los servicios hospitalarios de la insti-

tución. Se pone también mucho énfasis en explicarles ampliamente los fines positivos de asistir a la consulta externa después de haber salido de la hospitalización.

Se explica también a los familiares del enfermo el problema que trae consigo el abandono del hospital cuando el paciente se encuentra en pleno tratamiento, dificultando así la colocación ocupacional adecuada de los enfermos en remisión por la falta de amparo material y apoyo moral en el medio socio-económico a donde van a enfrentarse una vez egresados de la institución.

Las actividades rutinarias del Servicio Social son las siguientes:

a).- El aviso y la investigación inmediata en el domicilio de los familiares o del responsable legal, en el caso de fugas, accidentes y defunciones, independientemente del aviso telegráfico que en estos casos envía la Oficina de Admisión del hospital. En los casos de domicilios fuera de la ciudad, se envían comunicaciones por correo certificado a fin de tener la certeza absoluta que son recibidas o en caso contrario tener el comprobante de que se cumplió con este requisito.

b).- Ayudar a los familiares de los enfermos para solicitar altas o permisos, etc. Se debe hacer la aclaración de que por orden de la Dirección del Manicomio toda la correspondencia sale del Servicio Social con el visto bueno de la Supervisora del Servicio.

c).- En los pabellones de pensionistas el trabajo difiere un -

poco, en el sentido de que casi ningún enfermo está abandonado económicamente y en su mayoría reciben visitas regularmente; allí el problema más frecuente es el atraso en el pago de cuotas, para este fin la trabajadora social revisa mensualmente en la Caja el estado de cuenta de los enfermos, pasa nota a la supervisora del servicio de los pensionistas deudores y ella se encarga de enviar avisos de acuerdo con la Dirección a fin de que se cubra el adeudo en un tiempo razonable. Son las trabajadoras sociales que tienen a su cargo estos pabellones quienes realizan los estudios económico-sociales para rebajar de cuotas o excepción en el pago.

d).- También son las Trabajadoras Sociales las encargadas de - solicitar a los familiares autorizaciones por escrito para realización de tratamientos peligrosos, así como gestionar y controlar la venta de los artículos confeccionados o manufacturados por los enfermos.

C A P I T U L O I I I

INGRESOS Y ESTADISTICAS DEL ENFERMO MENTAL EN EL MANICOMIO GENERAL.

Como ingresa un enfermo mental al Manicomio.

Un enfermo puede ser remitido al Manicomio General por -- sus familiares ya sea que radiquen en esta capital o en los Esta-- dos de la República, por Autoridades Estatales, por una Delegación del D.F., por la Penitenciaría o por algún hospital: Hospital Ge-- neral, Hospital Militar, Hospital de Ferrocarriles, Hospital Infan-- til, etc.

El enfermo pasa inmediatamente a la Oficina de Admisión - en donde son anotados los datos que inician su expediente. La Tra-- bajadora Social se encarga de llenar el siguiente machote:

Nombre del enfermo.....
Domicilio.....
Procedencia del caso.....
Causas del internamiento.....
Relación que tiene con el enfermo.....
Domicilio del responsable.....
Teléfono.....
Médico que lo recibe.....Fecha.....
Diagnóstico médico al empezar.....
Condiciones en que ingresa.....
Antecedentes personales.....
Antecedentes familiares.....
Condiciones económico-sociales.....
Con quién vive.....
En qué trabaja.....

Condiciones económicas de sus egresos.....
Conceptos.....

Anotar los objetos de valor que lleve consigo
el enfermo:

1.....
2.....

La Trabajadora Social.

MEDIDAS MEDICO-SOCIALES PARA LA INTERNACION.- (Técnicas -- administrativas y control intrahospitalario del paciente).

Existen disposiciones que obligan a presentar para internar al enfermo mental, la serie de documentos siguientes:

- I.- Oficio de la autoridad remitente, en su caso.
- II.- Dos certificados médicos recientes, anotando el diagnóstico y los fundamentos de la conveniencia o necesidad - de internación.
- III.- Carta solicitud de los familiares responsables.
- IV.- Diagnóstico provisional del psiquiatra recepcionista. -
Una vez internado el paciente se deberán llenar los siguientes requisitos:
- V.- Certificado dentro de las 72 horas sobre necesidad del internamiento expedido por la institución, y firmado -- por el Jefe de Servicio, acreditado que existen tras--- tornos mentales y su evolución probable.
- VI.- Historia clínica completa dentro de los 10 primeros --- días del servicio de observación psiquiátrica.
- VII.- Diagnóstico del Pabellón de Observación al cabo de ese término.
- VIII.- Diagnóstico definitivo del médico del servicio permanente donde ha sido trasladado el paciente.
- IX.- Estudio evolutivo del caso. De esta suerte intervienen

en el caso de cada paciente: familiares, quejosos, autoridades (Delegaciones del Ministerio Público, Servicios de Médicos de Emergencia) y 5 médicos diferentes, 2 de ellos particulares y 3 oficiales, sucesivamente. (Dr. Ed mundo Buentello, 1965).

DATOS ESTADISTICOS DE ENFERMOS QUE HAN INGRESADO AL MANICOMIO GENERAL DESDE 1910 a 1960.

Hasta el 20 de noviembre de 1960, ingresaron al Manicomio General 51,696 enfermos, cifra muy elevada si se toma en cuenta que la estancia del enfermo mental es bastante prolongada.

El número de pacientes internados el 20 de noviembre de 1910 era de 913 y en el año de 1960 de 3,217.

De la revisión de los expedientes, se sacaron algunos datos de significación que a continuación serán expuestos:

1.- Ingresos.-- El número de ingresos fué en el año de:

AÑO	No. DE INGRESOS	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS
1910	1,004	387	580	37
1920	679	231	402	46
1930	1,001	335	627	39
1940	1,337	799	479	59
1950	2,051	1,340	616	95
1960	1,753	1,055	614	84

En el año de 1920 hay un aparente descenso de ingresos en relación con 1910 que no corresponde a la realidad, pues a la fundación del Manicomio Hubo un ingreso masivo de 848 pacientes.

Es importante la inversión de la proporción de ingresos de hombres y mujeres a partir de 1940, hecho que se sostiene hasta la fecha. Este fenómeno requiere ser investigado ya que es sorprendente.

Hay un descenso aparente entre 1950 y 1960 que tampoco obedece a la realidad, ya que los autores señalan que su estudio solo - abarcó hasta el 20 de noviembre y que era de preverse que esta cifra sería mayor al final del año.

En relación con la población de la República y particularmente con la del Distrito Federal, se puede afirmar que el número de ingresos es correlativo, excepción hecha de la última década en que las cifras de ingresos se mantienen iguales, habiendo un incremento - aproximado de 9,000,000 de habitantes para la República y de ----- 1,781,000 para el Distrito Federal. Lo anterior tiene una doble explicación, el aumento de instituciones públicas y privadas así como el empleo de farmaco psicotropos que se ha generalizado y que permite el manejo ambulatorio en mayor escala.

2.- Los diagnósticos.- La morbilidad específica ha requerido una minuciosa investigación pues se ha tenido que ajustar la nomenclatura antigua a los términos actuales con el estudio individual de los expedientes.

DIAGNOSTICOS EXPRESADOS EN %:

	1910	1920	1930	1940	1950	1960
Epilepsia.	22.90%	19.79%	14.92%	14.54%	13.00%	14.75%
Psicosis diversas.	22.31%	14.58%	15.32%	15.28%	4.10%	7.07%
Alcoholismo.	13.64%	18.30%	14.42%	14.47%	21.23%	19.44%
Oligofrenias.	12.84%	3.57%	4.07%	9.30%	6.79%	7.98%
Esquizofrenias.	11.45%	17.55%	28.25%	18.61%	18.07%	32.79%

	1910	1920	1930	1940	1950	1960
Psicosis Mania co Depresiva.	9.36%	3.42%	2.18%	5.61%	5.11%	5.70%
Neurosifilis.	2.88%	12.05%	11.44%	14.62%	10.22%	1.14%
Demencia Senil.	2.19%	3.42%	3.58%	4.43%	3.74%	5.47%

Los porcentajes calculados por los autores sobre el número de enfermos ingresados durante los años que se anotan, se piensa -- que dan un panorama más fiel que el que arrojaría el porcentaje de los enfermos internados en un momento dado.

Del estudio de los datos anteriores, se desprenden hechos de particular significado. Así puede verse, que la epilepsia se diagnosticaba con mayor frecuencia en 1910, dado que ocupa el primer lugar con el 22.90%, cifra que bajó hasta 14.71% en 1960, desplazándose al tercer lugar.

Es también señalado que en el renglón de Psicosis Diversas se han englobado diagnósticos de padecimientos poco frecuentes, dudosos, y sobre todo los correspondientes a enfermos mal estudiados. Esta cifra desciende de 22.31% en 1910 a 7.07% en 1960, lo cual implica un progreso importante en el estudio de los enfermos.

El alcoholismo sufre un incremento del 13.64% en 1910 al -- 19.45% en 1960.

La esquizofrenia, que arrojaba un 11.45% en 1910, ocupando el quinto lugar proporcional, asciende al primero en 1960, con un -- 32.97%. El incremento de estos dos últimos padecimientos plantean un

problema importante que debe ser tenido en cuenta por la Salud Pública.

La neurosífilis sufre una evolución importante. En 1910 fué diagnosticada en el 2.88% de los ingresos, teniendo un ascenso hasta el 12.5% en 1920 cifra que se mantiene, con poca variación, hasta el año de 1950, teniendo una caída casi vertical en 1960 y que apenas llega al 1.14%. El aumento inicial se debió a la mayor precisión diagnóstica y el decremento ulterior al uso efectivo de la penicilina.

La demencia senil que en 1910 alcanzaba apenas el 2.29% sube progresivamente hasta el 5.4% en 1960, lo cual se debe al aumento general del promedio de vida de la población. (Drs. José Luis Patiño Rojas e Ignacio Sierra Macedo).

ESTADISTICAS DE CASOS ATENDIDOS EN EL MANICOMIO GENERAL.- -

Con el objeto de ampliar un poco más el panorama de los enfermos del Manicomio General, se exponen a continuación algunos de los datos obtenidos por el Dr. Gilberto García González en su Tesis Profesional.

Lo que se expondrá serán los siguientes factores: Sexo, edad origen, distribución general según su origen, radicación, distribución general según su radicación, ocupación, estado civil, escolaridad, primer ingreso, número de ingresos, último ingreso, y antigüedad del padecimiento.

1.- Sexo.- Para este estudio el autor consideró dos grupos: Hombres y Mujeres, quedando englobados aquí los menores de edad del sexo correspondiente.

El resultado global de cada sexo y el porcentaje respectivo es el siguiente:

SEXO	TOTAL	PORCENTAJE
Grupo de Hombres.	1,370	44
Grupo de Mujeres.	<u>1,696</u>	<u>56</u>
T O T A L E S.	3,066	100 %

Se puede observar que existe una proporción mayor en el número de Mujeres, con una diferencia de 326 con respecto de los Hombres y un porcentaje excedente en un 12 %.

E D A D			
AÑOS	TOTAL		PORCENTAJE
0 - 10	50		1.63
11 - 20	284		9.26
21 - 30	638		20.81
31 - 40	725		23.65
41 - 50	560		18.26
51 - 60	438		14.29
61 - 70	243		7.93
Mayores de 71	118		3.84
se ignora	10		0.33
T O T A L E S	3,066		100 %
Menores de 18 años	229		7.47
Mayores de 18 años	2,827		92.20
Se ignoran	10		0.33
T O T A L E S	3,066		100 %

O R I G E N

Aquí estan considerados dos grupos: Nacionales y Extranjeros. El grupo de Nacionales está subdividido en: Foraneos y del Distrito Federal.

A continuación se exponen los datos. Mencionandose los totales de cada grupo y subgrupos respectivamente, así como el porcentaje de cada uno.

G R U P O S	T O T A L	P O R C E N T A J E
Nacionales	3,018	98.5
Extranjeros	48	1.5
T O T A L E S	<u>3,066</u>	<u>100 %</u>

S U B G R U P O S

Foráneos	2,320	76.9
Distrito Federal	698	23.1
	<u>3,018</u>	<u>100 %</u>

Dentro del grupo de los nacionales se encuentran considera dos los originarios del Distrito Federal y de todas las entidades - federativas que integran la República Mexicana. En el grupo de los extranjeros se encontraron como lugares de origen: Arabia, Argentina Bélgica, Cuba, Dinamarca, España, Estados Unidos de Norteamérica, -- Francia, Guatemala, Honduras, Italia, Japón, Israel, Peru, Polonia, Puerto Rico, San Salvador, U.R.S.S.

Entre los subgrupos se encuentran los originarios del Dis-- trito Federal y los de las diferentes entidades federativas del país.

DISTRIBUCION GENERAL SEGUN SU ORIGEN

ESTADO	TOTAL	PORCENTAJE
Aguascalientes	25	0.8150
Baja California	9	0.2934
Campeche	4	0.1304
Coahuila	44	1.4344
Colima	8	0.2608
Chihuahua	20	0.6520
Chiapas	34	1.1084
Distrito Federal	698	22.7548
Durango	25	0.8150
Guerrero	104	3.3904
Guanajuato	239	7.7914
Hidalgo	204	6.6504

ESTADO	TOTAL	PORCENTAJE
Jalisco	120	3.9120
México	272	8.8672
Michoacán	224	7.3024
Morelos	50	1.6300
Nuevo León	21	0.6846
Nayarit	7	0.2282
Oaxaca	113	3.6838
Puebla	120	3.9120
Queretaro	73	2.3798
Quintana Roo.	1	0.0326
San Luis Potosi	66	2.1516
Sonora	17	0.5542
Sinaloa	30	0.9780
Tabasco	30	0.9780
Tamaulipas	50	1.6300
Tlaxcala	18	0.5868
Veracruz	167	5.4442
Yucatán	11	0.3586
Zacatecas	34	1.1084
PAIS		
Arabia	1	0.0326
Argentina	1	0.0326

PAIS	TOTAL	PORCENTAJE
Bélgica	1	0.0326
Cuba	2	0.0652
Dinamarca	1	0.0326
España	7	0.2282
Estados Unidos	14	0.4564
Francia	1	0.0326
Guatemala	1	0.0326
Honduras	1	0.0326
Italia	1	0.0326
Japón	2	0.0652
Israel	1	0.0326
Perú	1	0.0326
Polonia	4	0.1304
Puerto Rico	1	0.0326
San Salvador	2	0.0652
U.R.S.S.	6	0.1956
SE IGNORA	180	5.9164
T O T A L E S	3,066	100 %

R A D I C A C I O N

Esto es referente al lugar de procedencia del paciente cuando ingresó al Manicomio General, también aquí están considerados dos grupos: Nacionales y Extranjeros; y son los siguientes:

GRUPOS	TOTAL	PORCENTAJE
Nacionales	3,056	99
Extranjeros	10	1
TOTALES	3,066	100 %

El grupo de Nacionales está subdividido en Foráneos y -- del Distrito Federal y arroja los siguientes datos:

SUBGRUPOS	TOTAL	PORCENTAJE
Foráneos	1,021	33
Distrito Federal	2,035	67
TOTALES	3,056	100 %

En el grupo de extranjeros solamente se encontraron procedentes de dos países: Estados Unidos de Norteamérica y Honduras.

Es de notar que de los enfermos internados en el Manicomio General sólo un 67 % radican en el Distrito Federal y un 33 % proceden de diferentes estados de la República.

DISTRIBUCION GENERAL SEGUN SU RADICACION

ESTADO	TOTAL	PORCENTAJE
Aguascalientes	12	0.3912
Baja California	16	0.5216
Campeche	1	0.0326
Coahuila	17	0.5542
Colima	3	0.0978
Chihuahua	9	0.2934
Chiapas	17	0.5542
Distrito Federal	2,035	66.3410
Durango	7	0.2282
Guerrero	60	1.9560
Guanajuato	77	2.5102
Hidalgo	95	3.0970
Jalisco	14	0.4564
México	142	4.6292
Michoacán	85	2.7710
Morelos	55	1.7930
Nuevo León	4	0.1304
Nayarit	5	0.1630
Oaxaca	47	1.5322
Puebla	36	1.1736

ESTADO	TOTAL	PORCENTAJE
Queretaro	35	1.1410
San Luis Potosí	37	1.2062
Sonora	5	0.1630
Sinaloa	6	0.1956
Tabasco	7	0.2282
Tamaulipas	38	1.2388
Tlaxcala	7	0.2282
Veracruz	67	2.1842
Yucatán	13	0.4238
Zacatecas	3	0.0978
PAIS		
Estados Unidos	9	0.2934
Honduras	1	0.0326
Se Ignora	101	3.3410
T O T A L E S	3,066	100 %

O C U P A C I O N

En relación con la ocupación (actividad a que estaba dedicado el paciente a su ingreso al hospital), están divididos en 16 grupos y son los siguientes:

		TOTAL	PORCENTAJE
Grupo # 1	Profesionistas	45	1.4670
Grupo # 2	Empleados	137	4.4662
Grupo # 3	Obreros asalariados	239	7.7914
Grupo # 4	Obreros no asalariados	12	0.3912
Grupo # 5	Campeños	190	6.1940
Grupo # 6	Comerciantes	48	1.5648
Grupo # 7	Estudiantes	22	0.7172
Grupo # 8	Hogar	419	13.6594
Grupo # 9	Militares	29	0.9454
Grupo # 10	Sirvientes	356	11.6056
Grupo # 11	Religiosos	3	0.0978
Grupo # 12	Mendigos	4	0.1304
Grupo # 13	Prostitutas	9	0.2935
Grupo # 14	Menores de edad	229	7.4654
Grupo # 15	Ninguna	1,214	39.5764
Grupo # 16	Se ignora	110	3.6343
T O T A L E S		3,066	100 %

El grupo # 15 (Ninguna) se refiere a que el paciente manifestó no tener ninguna actividad ocupacional cuando ingresó a este hospital, o bien los familiares informaron en este sentido -- cuando el paciente no se encontraba en condiciones de hacerlo.

El grupo # 16 (Se ignora) comprendió los enfermos en los cuales estos datos fueron imposibles de precisar.

ESTADO CIVIL

En relación con el estado civil están considerados los - grupos siguientes: solteros, casados, viudos, divorciados, unión libre, menores de edad y un último grupo en el que se ignora.

En estas condiciones se dan a continuación los grupos -- considerados, agregados del número de cada uno y el porcentaje - respectivo:

GRUPO	TOTAL	PORCENTAJE
Solteros	1,880	62
Casados	640	20
Viudos	160	5
Divorciados	25	2
Unión Libre	24	2
Menores de edad	229	6
Se ignora	108	3
T O T A L E S	3,066	100 %

Aquí es de hacerse notar el elevado número de solteros en comparación con un porcentaje muy bajo de divorciados y en unión libre. Sobre esto nos dice el autor que debe ser tomado con todas las reservas del caso, ya que en su opinión un gran número de enfermos registrados como solteros en la Oficina de Admisión, dieron este dato "por no estar casados" y llevando una vida de amasiato y no lo reportaron por no habérseles hecho una pregunta concreta en este sentido.

ESCOLARIDAD

A fin de poder clasificar el nivel de escolaridad de los enfermos, estan divididos en grupos de acuerdo con el grado de estudios que reportaba su expediente.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

	TOTAL	PORCENTAJE
Primaria		
1o	35	1.1410
2o	113	3.6838
3o	178	5.8028
4o	123	4.0098
5o	73	2.3798
6o	263	8.5738
Secundaria		
1o	12	0.3912
2o	17	0.5542
3o	33	1.0758
Preparatoria		
1o	5	0.1630
2o	14	0.4564

	TOTAL	PORCENTAJE
Facultad		
1o	2	0.0652
2o	5	0.1630
3o	2	0.0652
4o	2	0.0652
Profesional	45	1.4670
Comercio	8	0.2608
Sabe leer y escribir	291	9.4866
Se ignora si saben leer y escribir	936	30.5620
Analfabetas	909	29.6334
T O T A L E S	3,066	100 %

PRIMER INGRESO

FECHA	TOTAL	ANTIGUEDAD
1913	2	48
1914	1	47
1915	1	46
1916	2	45
1917	1	44
1918	3	43
1919	4	42
1920	4	41
1921	9	40
1922	6	39
1923	3	38
1924	9	37
1925	5	36
1926	7	35
1927	12	34
1928	11	33
1929	16	32
1930	23	31
1931	21	30
1932	27	29

FECHA	TOTAL	ANTIGUEDAD
1933	21	28
1934	23	27
1935	25	26
1936	39	25
1937	44	24
1938	43	23
1939	37	22
1940	40	21
1941	50	20
1942	59	19
1943	51	18
1944	60	17
1945	75	16
1946	72	15
1947	86	14
1948	89	13
1949	86	12
1950	82	11
1951	73	10
1952	81	9
1953	113	8
1954	116	7
1955	142	6

FECHA	TOTAL	ANTIGUEDAD
1956	157	5
1957	175	4
1958	236	3
1959	239	2
1960	374	1
1961	210	
TOTAL	3,066	

NUMERO DE INGRESOS

	TOTAL
1	1,826
2	744
3	248
4	109
5	57
6	24
7	11
8	8
9	8
10	5
11	4
12	2
13	2
14	2
15	1
22	1
Se ignora	14

TOTAL

3,066

U L T I M O I N G R E S O

AÑO	NUMERO	ANTIGUEDAD
1913	1	48
1914	1	47
1915	1	46
1919	2	42
1920	2	41
1921	6	40
1922	3	39
1923	4	38
1924	4	37
1925	3	36
1926	2	35
1927	5	34
1928	7	33
1929	11	32
1930	17	31
1931	10	30
1932	21	29
1933	10	28
1934	14	27
1935	23	26
1936	32	25

AÑO	NUMERO	ANTIGUEDAD
1937	41	24
1938	21	23
1939	26	22
1940	21	21
1941	35	20
1942	41	19
1943	38	18
1944	41	17
1945	58	16
1946	46	15
1947	61	14
1948	66	13
1949	59	12
1950	66	11
1951	67	10
1952	71	9
1953	100	8
1954	99	7
1955	116	6
1956	146	5
1957	176	4
1958	277	3
1959	303	2

AÑO	NUMERO	ANTIGUEDAD
1960	557	1
1961	355	
T O T A L	3,066	

ANTIGUEDAD DEL PADECIMIENTO

	TOTAL	PORCENTAJE
Con menos de un año	258	8
1 a 5 años	660	21
6 a 10 "	377	12
11 a 15 "	202	7
16 a 20 "	125	4
21 a 25 "	57	2
26 a 30 "	48	2
Más de 30 "	85	3
Se ignora	1,254	41
T O T A L E S	3,066	100 %

C A P I T U L O I V

DESCRIPCION DE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA EXTERNACION.

El proceso habitual que se sigue para dar de alta a un enfermo mental en el Manicomio General, es el siguiente:

En primer lugar se requiere que el enfermo esté en remisión Parcial o Total del cuadro psicopatológico por el cual fué internado. El siguiente paso es comunicar a los familiares lo anterior para que de ese modo ellos gestionen la solicitud para el alta de su paciente, trámite que se lleva a cabo en la Oficina de Admisión de la institución; aquí se llena una forma especial para este trámite, por duplicado; desde luego que este trámite solo está facultado para hacerlo la persona que funja como responsable del paciente. Después - pasa ese documento a la firma del médico tratante del enfermo, quien hace las indicaciones que tanto el paciente como sus familiares deberán seguir en relación con la atención y el tratamiento recomendado, haciendo hincapié en la necesidad de que asista a la consulta externa del hospital, con el objeto de continuar vigilando desde el punto de vista clínico, a fin de evitar así, futuras recaídas.

Se le extiende una receta con los medicamentos a los cuales va a estar sujeto y las indicaciones que sean pertinentes en este --

sentido.

En los casos en los cuales el paciente sale de alta sin haber concluido su tratamiento por solicitud de los familiares, se agrega un párrafo a la forma que se llena para el alta, en donde se aclara el motivo por el cual salió el enfermo de la institución, indicando claramente que el paciente todavía no estaba en condiciones de salir y, por lo tanto, que lo hace bajo la responsabilidad de sus familiares. A este trámite se le llama Alta por Solicitud Familiar. (Al final del capítulo se anexa "forma de externación")

En entrevistas realizadas con algunos miembros del Cuerpo Médico de la institución, entre otras cosas se preguntaba: "si encontraban colaboración de parte de la familia de los enfermos para efectuar el trámite de alta". Y también: "cuáles eran los principales obstáculos que en la práctica habían encontrado para efectuar dicho trámite", los resultados obtenidos fueron los siguientes:

La opinión de los médicos fué en el sentido de que generalmente encuentran colaboración de parte de los familiares para efectuar dicho trámite, pero en ocasiones éste se ve interferido debido a varios factores que a continuación se analizan.

La causa que los médicos señalan como más frecuente es la resistencia de los familiares para aceptar la posibilidad de rehabilitación del enfermo dentro del seno familiar.

La segunda es: el factor económico, ya que el hecho de tener un enfermo de este tipo en el hogar supone el tener que ali-

mentarlo, vestirlo, etc., cosa que en la mayoría de los casos se les hace gravoso a sus parientes, que además tienen que comprarles los medicamentos que el médico prescribe y que en su mayoría son de precio elevado.

El siguiente factor en importancia es el temor de que su enfermo vuelva a recaer; este temor está fundado en la idea de que si no está cerca el médico vigilando cuidadosamente al paciente, éste puede volver a enfermar y por lo tanto prefieren que siga internado.

La siguiente causa se refiere al problema de los enfermos foráneos. Aquí es importante tomar en cuenta el traslado y las dificultades que sobrevienen al tener que traer periódicamente a su paciente para ser controlado en la consulta externa.

Otra causa que interfiere frecuentemente con este trámite es la que se refiere a los conflictos interfamiliares, situación frecuente si se toma en cuenta que el tipo de personalidad del enfermo mental es difícil, provocando en consecuencia problemas ambientales en el hogar; es preciso además considerar la falta de preparación que existe en el núcleo familiar para poder comprender a este tipo de pacientes.

Entre los problemas sociales que por esta misma causa de falta de preparación se presentan con mas frecuencia, debemos señalar el prejuicio y el pensamiento mágico que de la enfermedad mental se tiene en nuestro medio lo cual por el momento es muy difícil de solucionar.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
DIRECCION DE ASISTENCIA MEDICA
MANICOMIO GENERAL
OFICINA DE ADMISION

Al C. Director del Establecimiento
P r e s e n t e

Atentamente solicito de usted se sirva conceder
..... al asilado
que es mi y de quien soy responsable legal.
Mi nombre es con domicilio en
..... Col. Tel.

Mixcoac, D. F., a de de 195.....

.....
(Firma del responsable legal)

Expediente..... Folio..... Edad..... Pabellón

(CONCEDASE SI NO TIENE ASUNTO JUDICIAL PENDIENTE)

EL COMISARIO

Conforme:
El Médico del Pabellón

.....
.....
Vº Bº
EL DIRECTOR

C A P I T U L O V

SUJETOS, METODO Y PROCEDIMIENTO

I.- SUJETOS

Para los fines del presente estudio se tomaron en cuenta 30 sujetos, quince hombres y quince mujeres, de los que en la actualidad asisten al servicio de Consulta Externa del Manicomio General de la Ciudad de México, D.F.

Se consideran a continuación los aspectos siguientes:

- 1.- Edad y sexo
- 2.- Estado Civil
- 3.- Reincidencias
- 4.- Número de familiares
- 5.- Lugar de origen
- 6.- Antigüedad del padecimiento
- 7.- Grado de Instrucción
- 8.- Ocupación
- 9.- Ingresos

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
65 - 61	-	1	1	3.4 %
60 - 56	-	-	-	-
55 - 51	-	1	1	3.4 %
50 - 46	-	-	-	-
45 - 41	-	1	1	3.4 %
40 - 36	1	2	3	10.4 %
35 - 31	-	2	2	6.5 %
30 - 26	6	4	10	33.3 %
25 - 21	5	3	8	26.7 %
20 - 16	3	1	4	13.3 %
TOTALES	15	15	30	100 %

Tabla No. 1. Edad de los sujetos del estudio
y relación con el sexo.

1.- La edad de los sujetos estudiados oscila entre los 18 y los 65, siendo el Promedio y el Modo de la misma 29.2. La dispersión tan amplia de edades obedece a un factor de orden práctico, ya que se estudiaron a los enfermos en recuperación que asisten ordinariamente a la Consulta Externa. Un control más estricto de la variable edad, hubiera requerido de un estudio de varios años, cosa que no era posible para los fines de la presente inves-

tigación.

Del estudio de esta tabla se puede ver que los hombres -- son de menor edad que las mujeres, de las cuales 7, esto es, el -- 46.7 % de ellas, equivalente al 23.4.% de la población estudiada, están comprendidas entre los 31 y los 65 años.

2.- En cuanto al estado civil de los miembros del grupo, todos los hombres son solteros. De las 15 mujeres, 10 son solte-- ras, 4 casadas y 1 divorciada.

SUJETOS	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	TOTAL
Hombres	10	4	1	0	0	15
Mujeres	8	3	1	2	1	15
Totales	18	7	2	2	1	30

Tabla No. 2. Número de veces que los sujetos han estado internados en el Manicomio General.

3.- No todos los sujetos han estado igual número de veces internados en el Manicomio General. En la tabla No. 2 se indica -- esta circunstancia. Como se puede notar, la mayoría de los sujetos de uno y otro sexo asisten a la Consulta Externa después de salir -

de su primer internamiento en la institución hospitalaria.

Si se toma en cuenta la edad de los sujetos y el número de veces que han recibido asistencia hospitalaria dentro del Manicomio, se encuentra lo siguiente:

EDAD	1a. Vez	REINCIDENCIAS				Total de 2 ó más reinci- dencias	Total gene- ral
		2a.	3a.	4a.	5a		
65 - 61	1					0	1
60 - 56						0	0
55 - 51	1					0	1
50 - 46						0	0
45 - 41	1					0	1
40 - 36	3					0	3
35 - 31		1			1	2	2
30 - 26	5	3		2		5	10
25 - 21	5	2	1			3	8
20 - 16	2	1	1			2	4
TOTALES	18	7	2	2	1	12	30

Tabla No. 3. Edad de los sujetos y número de veces que han estado internados en el Manicomio General.

Entre los sujetos que han estado una sola vez en el Hospital, la mayor frecuencia de edad se presenta alrededor de los 26 a los 30 años, y esa misma edad para los de dos o más reingresos.

4.- El núcleo familiar del cual proceden los pacientes -- estudiados varía en cuanto al número de personas que lo integran y el estado civil de los mismos en esta forma:

No.de familiares	Hom- bres	Edo.civil			Muje res	Edo.civil			Total
		S.	C.	D.		S.	C.	D.	
16	1	1	-	-	0	-	-	-	1
15	0	0	-	-	0	-	-	-	0
14	1	1	-	-	0	-	-	-	1
13	0	-	-	-	0	-	-	-	0
12	0	-	-	-	0	-	-	-	0
11	0	-	-	-	0	-	-	-	0
10	1	1	-	-	1	1	-	-	2
9	0	-	-	-	0	-	-	-	0
8	1	1	-	-	1	1	-	-	2
7	1	1	-	-	2	1	1	-	3
6	1	1	-	-	4	2	1	1	5
5	2	2	-	-	3	2	1	-	5
4	5	5	-	-	1	-	1	-	6
3	0	-	-	-	1	1	-	-	1
2	1	1	-	-	2	2	-	-	3
1	0	-	-	-	0	-	-	-	0
0	1	1	-	-	0	-	-	-	1
Totales	15				15				30
		15	0	0		10	4	1	30

Tabla No. 4 Número de personas que integran el núcleo familiar de los pacientes estudiados y relación con su estado -- civil.

La mayor frecuencia se encuentra en los grupos de cuatro (4) personas, siendo esta la tendencia modal. Sin embargo el promedio para todo el grupo es de 6.26 personas por familia. Según informan los Dres. Guillermo Calderón Narváez y Hector Cabildo - Arellano (1966, a), el promedio de individuos por familia, en la Ciudad de México, es de cinco.

ESTADOS	Hombres	Mujeres	Total	%
Chiapas	3	0	3	10.0
Distrito Federal	5	5	10	33.3
Guerrero	1	1	2	6.5
Hidalgo	0	1	1	3.4
México	0	1	1	3.4
Michoacán	0	1	1	3.4
Morelos	2	1	3	10.0
Puebla	1	0	1	3.4
Queretaro	0	2	2	6.5
San Luis Potosí	0	1	1	3.4
Sonora	0	1	1	3.4
Sinaloa	1	0	1	3.4
Tamaulipas	1	0	1	3.4
Veracruz	1	1	2	6.5
Totales	15	15	30	100 %

Tabla No. 5 Estados de la República Mexicana de donde proceden los pacientes de este estudio.

5.- Para poder comparar con mayor objetividad el dato anteriormente mencionado, es preciso tener en cuenta el lugar de origen de los enfermos estudiados. Los Estados de la República no representados en la población estudiada son: Aguascalientes, Baja California, Campeche, Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Nayarit, Oaxaca, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas. Los demás Estados ya se encuentran representados en la Tabla anterior.

Como se puede inferir, el reducido número de pacientes, no permite pensar en una muestra representativa de la forma cómo se encuentra estructurada la familia mexicana en los diversos Estados de la República.

6.- Otro aspecto que se debe tener en cuenta en relación con los pacientes estudiados, es el del tiempo de su enfermedad, dato que no coincide con el del tiempo que han permanecido internados en el Manicomio General. Muchos enfermos han sido internados con -- anterioridad en otros centros de salud antes de llegar al Manicomio y otros han permanecido en su casa y han sido llevados para recibir atención hospitalaria completa solo en circunstancias de recrudecimiento o crisis de su mal.

Años de - Enfermedad	Hom- bres	Muje- res	Total	%
20	1	1	2	6.6
19	-	-	-	-
18	-	-	-	-
17	-	-	-	-
16	-	1	1	3.4
15	-	-	-	-
14	-	-	-	-
13	-	-	-	-
12	-	-	-	-
11	-	-	-	-
10	-	-	-	-
9	-	1	1	3.4
8	-	-	-	-
7	1	-	1	3.4
6	2	-	2	6.6
5	1	1	2	6.6
4	1	2	3	10.0
3	4	1	5	16.7
2	1	5	6	20.0
1	2	3	5	16.7
1/2	2	-	2	6.6
Totales	15	15	30	100.0 %

Tabla No. 6 Años de padecimiento de los sujetos
de estudio.

Por los datos de la tabla anterior se puede ver que la mayor parte de los sujetos llevan más de un año de enfermedad. La -- tendencia modal es de 2 años y el promedio de 4.6. En los extremos de la distribución encontramos cuatro sujetos, dos de ellos con 20 años de estar enfermos y dos que llevan apenas seis meses de su primer brote psicótico. Es interesante comparar los datos de este pequeño grupo de enfermos con los de la población total del Manicomio General, según el estudio exhaustivo realizado por el Dr. Gilberto García González:

Años de - enfermedad	García González	L.A. Polanco Ortiz
+ de 30	3 %	0 %
30 - 26	2 %	0 %
25 - 21	2 %	0 %
20 - 16	4 %	10.0%
15 - 11	7 %	0 %
10 - 6	12 %	13.4%
5 - 1	21 %	70.0%
- de 1	8 %	6.6%
Se ignora	41 %	0 %
Totales	100 %	100 %

Tabla No. 7 Comparación de la antigüedad del -- padecimiento entre el grupo de enfermos de este estudio y la población total del Manicomio -- General en 1960-1961.

7.- En cuanto al grado de instrucción de los sujetos se encuentra lo siguiente:

Escolaridad	Hom- bres	Mu- je res	Total	%
Primaria	8	9	17	56.6 %
Secundaria	3	2	5	16.7 %
Comercio	1	4	5	16.7 %
Preparatoria	2	-	2	6.6 %
Universidad	1	-	1	3.4 %
Totales	15	15	30	100 %

Tabla No. 8 Grado de escolaridad de los sujetos y porcentajes de cada nivel cultural.

Salta a la vista el hecho de que ninguno de los pacientes estudiados carece de los conocimientos culturales básicos. En este aspecto el grupo estudiado no sigue las normas de la población total del Manicomio por los años 1960-1961, conforme se puede ver en el ya citado estudio del Dr. G. García González, en donde el -- 29.6 % de la población era analfabeta y del 30.6 % se ignora si sabe leer y escribir.

8.- La ocupación de los sujetos del grupo estudiado varía de acuerdo con las siguientes especificaciones:

Ocupación	Hom- bres	Mu- je- res	Total	%
Agricultor	1	-	1	3.4 %
Bolero	1	-	1	3.4 %
Comerciante	2	-	2	6.6 %
Empleado	1	1	2	6.6 %
Estudiante	4	-	4	13.4 %
Hogar	-	9	9	30.0 %
Laboratorista	-	1	1	3.4 %
Pintor	1	-	1	3.4 %
Sastre	2	-	2	6.5 %
Secretaria	-	2	2	6.5 %
Sirviente	-	1	1	3.4 %
Vendedor	2	-	2	6.5 %
Ninguna	1	1	2	6.5 %
Totales	15	15	30	100 %

Tabla No. 9 Ocupaciones de los sujetos estudiados
y relación con el sexo de los mismos.

En el grupo de los hombres el mayor número de sujetos son aún estudiantes, el 26.7 % del grupo masculino, equivalente al - 13.4 % de la población total. Por su parte, las mujeres presentan una frecuencia esperada de sujetos dedicados al trabajo hogareño, con el 60 % del grupo femenino, equivalente al 30 % de la población total. En cuanto al sujeto varón cuya actividad ocupacional es la de pintor, no se trata de ningún artista, sino de un pintor de los llamados de "brocha gruesa".

9.- Los recursos económicos de los sujetos estudiados - van de acuerdo con su ocupación y la línea general de su status social. Se encuentra lo siguiente:

Ingresos Mensuales	Hombres	Mujeres	Total	%
+ de 2,000	1	-	1	3.4 %
1999 - 1750	-	-	-	-
1749 - 1500	-	2	2	6.5 %
1499 - 1250	-	-	-	-
1249 - 1000	2	2	4	13.4 %
999 - 750	3	-	3	10.0 %
749 - 500	3	4	7	23.4 %
499 - 250	2	3	5	16.7 %
249 - 000	4	4	8	26.6 %
Totales	15	15	30	100 %

Tabla No. 10 Relación de los ingresos mensuales de los sujetos de estudio, según el sexo.

De todos los sujetos aquí estudiados, solamente uno percibe ingresos de más de \$2,000.00: un vendedor, quien gana \$4,000.00 al mes. Proporcionalmente, más mujeres que hombres perciben sueldos superiores a los mil pesos: el 13.4 % de ellas, contra el - - 10.0 % de ellos. Más hombres que mujeres ganan sueldos de \$500.00 a \$1,000.00: el 26.6 %, contra el 20 % de las mujeres. Como era - de esperar, éstas superan a los hombres en la percepción de menores ingresos, ya que el 36.7 % gana sueldos que oscilan entre los - - - \$30.00 y los \$500.00. De los hombres, el 30 % se encuentra en este nivel de ingresos, pero se debe recordar que de esos 30 %, son estudiantes el 13.4 %.

Resumiendo todo lo anteriormente dicho, a continuación se expone el siguiente cuadro de concentración de datos de los sujetos estudiados.

SUJETOS	SEXO	EDAD	EDO. CIVIL	INSTR. ESCOLAR	RELIGION	LUGAR ORIGEN	OCUPACION	INGRESO MENSUAL	NO.DE FA MILIARES	TIEMPO DE ENFERMEDAD	REINCI DEN--CIAS
1	Masc.	21	Solt.	Prim.	Catolico	Pue.	Negocios	\$ 300	4	6 años	1
2	Masc.	37	Solt.	Prim.	Catolico	Gro.	Vendedor	\$1050	4	6 meses	1
3	Masc.	25	Solt.	Prep.	Catolico	D.F.	Estudiante	\$ 100	16	5 años	1
4	Masc.	26	Solt.	Com.	Catolico	D.F.	Vendedor	\$4000	solo	7 años	2
5	Masc.	25	Solt.	Quim.	Catolico	Tmps.	Estudiante	\$ 500	2	2 años	1
6	Masc.	20	Solt.	Prep.	Catolico	Ver.	Estudiante	\$ 160	10	3 años	2
7	Masc.	28	Solt.	Prim.	No	Sin.	No	\$ 800	8	3 años	2
8	Masc.	30	Solt.	Prim.	Catolico	Chis.	Empleado	\$ 750	4	6 años	1
9	Masc.	28	Solt.	Sec.	Catolico	D.F.	Comerciante	\$1200	5	3 años	2
10	Masc.	19	Solt.	Sec.	Catolico	Chis.	Sastre	\$ 600	6	1 año	1
11	Masc.	28	Solt.	Prim.	Catolico	Mor.	Agric.	\$ 100	5	3 años	1
12	Masc.	21	Solt.	Prim.	Catolico	D.F.	No	--	14	20 años	1
13	Masc.	19	Solt.	Sec.	Catolico	Mor.	Sastre	\$ 600	4	1 año	1
14	Masc.	23	Solt.	Prim.	Catolico	Chis.	Bolero	\$ 300	4	4 años	3
15	Masc.	28	Solt.	Prim.	Catolico	D.F.	Pintor	\$ 750	7	6 meses	1
16	Fem.	29	Solt.	Prim.	No	Ver.	No	\$1000	2	16 años	1
17	Fem.	35	Solt.	Sec.	Catolica	Gro.	Hogar	\$ 30	6	9 años	5
18	Fem.	23	Solt.	Com.	Catolica	D.F.	Sria.	\$1000	6	3 años	1
19	Fem.	22	Div.	Sec.	Catolica	D.F.	Hogar	\$1500	6	1 año	2
20	Fem.	32	Cda.	Prim.	Catolica	Méx.	Hogar	\$ 400	7	2 años	2
21	Fem.	37	Solt.	Prim.	Catolica	D.F.	Hogar	\$ 400	7	1 año	1
22	Fem.	28	Solt.	Prim.	Catolica	Mor.	Labrista.	\$ 400	8	5 años	4
23	Fem.	37	Cda.	Com.	Catolica	S.L.P.	Hogar	\$ 600	5	2 años	1
24	Fem.	18	Solt.	Prim.	Catolica	Hgo.	Hogar	\$ 600	10	2 años	3
25	Fem.	30	Solt.	Com.	Catolica	D.F.	Empleada	\$1600	2	1 año	1
26	Fem.	21	Solt.	Prim.	Catolica	Mich.	Hogar	--	5	2 años	2
27	Fem.	28	Solt.	Com.	Catolica	Son.	Sria.	\$ 700	5	4 años	4
28	Fem.	52	Solt.	Prim.	No	Qro.	Sirvienta	\$ 150	3	20 años	1
29	Fem.	42	Cda.	Prim.	Catolica	Gro.	Hogar	--	6	4 años	1
30	Fem.	65	Cda.	Prim.	Catolica	D.F.	Hogar	\$ 600	4	2 años	1

CUADRO DE CONCENTRACION DE DATOS DE LOS SUJETOS ESTUDIADOS

II.- METODO Y PROCEDIMIENTO

Para la realización del presente trabajo se utilizó el siguiente método:

En primer lugar se calcularon las posibilidades de poder - entrevistar a los pacientes y a sus familiares, con la autorización del Jefe de Servicio del Pabellón y pidiendo la colaboración del - - Cuerpo Médico.

De inmediato se procedió a elaborar cuestionarios para los médicos, los pacientes y sus familiares.

Para los médicos encargados de los servicios anexos no se elaboraron cuestionarios, solamente se les pidió que hicieran una pequeña descripción de la forma como se trabaja en el servicio a su cargo.

Entrevistas con el Cuerpo Médico.-

Se explicó perfectamente a los médicos cual era el fin del trabajo y en que consistía el aporte de ellos para el mismo, contando ampliamente con la colaboración de todos.

Los médicos a los cuales se hace mención son los que laboran en el Pabellón Central del Manicomio General, y atienden tanto a los enfermos internados como a los de consulta externa. El número de médicos entrevistados fueron ocho.

Entrevistas con los enfermos.-

Estas entrevistas se llevaron a cabo aprovechando la asistencia de los pacientes a la consulta externa del servicio.

Inmediatamente después de salir de ella, el médico tratante les indicaba que se estaba llevando a cabo una entrevista con todos los enfermos que habían estado internados en el hospital, para lo cual se pedía su colaboración, pidiéndoles, además, que contestaran con toda veracidad a las preguntas que les iban a ser formuladas.

El local usado para este trabajo fue un cubículo del Departamento de Psicología o uno de los consultorios de la sección de Consulta Externa.

Al pasar los pacientes a la entrevista se les explicaba nuevamente en forma somera cual debería de ser la colaboración de ellos en las encuestas realizadas. Es conveniente señalar que todos respondieron con deseos de colaboración.

Se tuvo una entrevista con cada uno de los 30 pacientes estudiados.

Entrevistas con los familiares.-

En las entrevistas con los familiares de los enfermos se siguió el mismo procedimiento antes mencionado que con los pacientes.

Se obtuvo buena colaboración por parte de estas personas.

El número de familiares fué de 20; no pudo ser igualado con el de enfermos, porque muchos de los pacientes asisten solos a la consulta psiquiátrica.

Entrevistas con el personal auxiliar

Estas entrevistas se hicieron con el objeto de recabar más información, pidiéndoles una opinión sobre lo que ellos habían observado en su trabajo referente a nuestro tema de estudio.

Todos estos datos fueron tomados como ya se señaló, exclusivamente del Pabellón Central por ser este el único que tiene - - servicio de consulta externa, siendo aquí atendidos todos los pacientes que han salido de alta del Manicomio General.

Los cuestionarios empleados fueron los siguientes:

A.- Cuestionario para los médicos.

- 1.- ¿Cuántos casos atiende en promedio en la consulta externa - semanalmente?
- 2.- ¿De éstos qué porcentaje han estado internados aquí?
- 3.- ¿Cuáles cree que son los aspectos más positivos de la consulta?
- 4.- ¿Cuánto tiempo suele ser el promedio de estancia de los enfermos a su cargo?
- 5.- ¿Cuál es el mecanismo habitual para dar de alta al enfermo?
- 6.- ¿Encuentra en general colaboración por parte de la familia de su paciente para efectuar este trámite?
- 7.- ¿Cuáles son los principales obstáculos que en la práctica ha encontrado Ud. para realizar el trámite de alta?
- 8.- ¿Cuando su enfermo ha sido dado de alta, que control tiene sobre él mismo?

- 9.- ¿Considera Ud. que el servicio de consulta externa es necesario para que los enfermos externados sigan bajo control?
- 10.- ¿Qué porcentaje de estos enfermos presentan problemas de inasistencia?
- 11.- ¿Existe falta de cooperación por parte de los enfermos o de sus familiares para que continúen asistiendo a la consulta externa?
- 12.- ¿Cuando los enfermos faltan, cuál es la principal razón que aducen para justificar su falta?
- 13.- ¿Qué control tiene Ud. de los enfermos dados de alta en el servicio a su cargo?
- 14.- ¿En su opinión el médico tratante debe seguir viendo a su enfermo en consulta externa o pasarle el caso a otro médico?
- 15.- ¿En su opinión: en la deserción de los paciente interviene la personalidad del médico?
- 16.- ¿ En qué forma considera Ud. que un servicio de Psicología Clínica podía ayudarle en este sentido?
- 17.- ¿Qué sugerencias haría Ud. para realizar un mejor control de estos pacientes, con el fin de evitar futuras recaídas?
- B.- Cuestionario para los enfermos. Se les aplicaron dos, uno socioeconómico y el otro para la investigación de nuestro tema.

Cuestionario Socio-económico

- 1.- Nombre.....
- 2.- Fecha de nacimiento.....
- 3.- Lugar de nacimiento.....
- 4.- Estado civil.....
- 5.- Instrucción escolar.....
- 6.- Religión.....
- 7.- Ocupación.....
- 8.- Sueldo mensual.....
- 9.- Número de familiares con quienes vive.....
- 10.-¿Quiénes sostienen el hogar?.....
- 11.-¿Desde cuando está enfermo?.....
- 12.-¿Cuántas veces ha estado internado?.....

Cuestionario.

- 1.- ¿Hace cuánto tiempo que salió de alta del pabellón?
- 2.- ¿Cómo se llevaba con sus compañeros de internado?
- 3.- ¿Guarda algún recuerdo en especial de alguno de los médicos, enfermeras o personal en general?
- 4.- ¿Cómo se sintió Ud. en el pabellón?
- 5.- ¿Qué sintió al dejar este hospital?
- 6.- ¿Piensa Ud. que tenía algún padecimiento cuando fué internado en este lugar?
- 7.- ¿Después de haber sido externado ha continuado asistiendo a la consulta externa con regularidad?

- 8.- ¿Cuando Ud. no quiere venir a la consulta, su familia le -
insiste para que venga?
- 9.- ¿Qué opina su familia de que Ud. se siga tratando?
- 10.- ¿Piensa Ud. que es necesario continuar con el tratamiento?
(En caso de que la respuesta sea negativa se pregunta el -
motivo).
- 11.- ¿ Le da miedo tomar los medicamentos sin la vigilancia cer-
cana del médico?
- 12.- ¿Piensa que el médico le brinda la atención necesaria?
- 13.- ¿Sus amigos u otras personas lo critican por haber estado
internado aquí?
- 14.- ¿Teme volver a enfermarse?
- 15.- ¿Ha tenido dificultades en su trabajo por haber estado in--
ternado aquí?
- 16.- ¿Qué fines positivos piensa que le reporta la consulta ex-
terna (o en que forma le ayuda)?
- 17.- ¿Qué le ha molestado de este servicio?
- 18.- ¿Tiene algunas sugerencias para ayudarle mejor?

C.- Cuestionario para los familiares

- 1.- ¿Qué piensa Ud. sobre la enfermedad de su familiar?
- 2.- ¿Ha sido el enfermo una carga para la familia? ¿en que sen-
tido?
- 3.- ¿Cree Ud. que el internamiento fué lo mejor en este caso?

- 4.- ¿Piensa Ud. que los enfermos mentales (o de los "nervios") se deben tener internados? ¿por qué?
- 5.- ¿Cree Ud. que un enfermo mental es una vergüenza para la familia?
- 6.- ¿Considera Ud. peligroso tener un enfermo mental en casa?
- 7.- ¿Le parece conveniente la externación de su familiar o preferiría que hubiera seguido internado? ¿por qué?
- 8.- ¿Cree Ud. necesario que su familiar se siga tratando en la consulta externa?
- 9.- ¿Qué ventajas encuentra Ud. en que asista a ella?
- 10.- ¿En su opinión: el médico que trató a su familiar le brindó la atención adecuada?
- 11.- ¿Cree Ud. que para un mejor efecto del tratamiento médico, sea necesaria la confianza de Ud. y de su enfermo en el -- médico?
- 12.- ¿Tiene Ud. algunos motivos especiales para no traer a su -- paciente a la consulta externa?
- 13.- ¿Cree Ud. que su familiar llegará a mejorar completamente?

La evaluación de los cuestionarios se efectuó de la -- siguiente forma:

- a) Los cuestionarios no se concretaron solamente a preguntas y respuestas, sino que se realizaron en forma de -- entrevistas; salvo en los casos en que fué difícil la --

comunicación se aplicó en forma de cuestionario exclusivamente.

- b) Los datos obtenidos se tabularon.
- c) Se sacaron porcentajes.
- d) Se hizo el análisis estadístico de las respuestas en --
función de las medidas de Tendencia Central.

C A P I T U L O V I

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Existen en nuestro medio hospitalario pocos recursos de los cuales disponer para el servicio de los enfermos que han sido dados de alta. Para solucionar este problema, el Manicomio General cuenta con el servicio de consulta externa, encargado de la vigilancia del enfermo cuya permanencia en el hospital ya no es necesaria ni clínica ni socialmente. La atención se enfoca desde varios ángulos, de los cuales se enumeran algunos:

1.- Con este servicio se da oportunidad al médico que trató al enfermo durante su hospitalización para que continúe vigílándolo, tanto desde el punto de vista farmacológico, como del psicoterapéutico. Los enfermos responden positivamente a esta primera faceta del servicio de consulta externa, ya que de los 30 pacientes interrogados sobre si el médico les brinda la atención necesaria, 29, esto es, el 96.6 % contestaron afirmativamente. Todos --

los familiares entrevistados estan de acuerdo con esta misma opinión. La razon de ser de esta vigilancia es comprendida como necesaria por el 100 % de los médicos interrogados; de los pacientes -- por el contrario, solo el 50 % considera que es necesario continuar el tratamiento en la consulta externa; el 46.6 % cree que no es necesario y un sujeto, (3.4 %), tiene dudas al respecto. Por su parte, los familiares, en su totalidad opinan también que es necesaria esta vigilancia médica.

2.- En este servicio se procura, además, enseñar al paciente a responsabilizarse de su persona, en el sentido de acostumbrarlo a asistir cuando sea llamado por el médico, cumplir con las indicaciones relacionadas con el tratamiento prescrito, con la forma de comportarse en el hogar, en el trabajo y en general, en sus relaciones interpersonales.

3.- Otro de los aspectos del servicio de consulta externa es el de mantener una relación periódica con los familiares del enfermo. Esto es muy útil, pues se trata de hacerles comprender la importancia que tienen esas visitas periódicas, la necesidad de que el tratamiento prescrito no sea suspendido sin orden médica. Se les explica también que la enfermedad de su familiar debe ser comprendida y tolerada con calma y serenidad y se les dan instrucciones prácticas sobre la forma de tratar a este tipo de enfermos. No se debe olvidar que la presencia de un enfermo mental en casa consti--

tuye un serio problema de relación interpersonal. Así lo manifiestan los mismos familiares de los pacientes al contestar afirmativamente el 80 % de los interrogados a la pregunta "¿ha sido el enfermo una carga para la familia?". El 85 % de los familiares considera peligroso tener al enfermo mental en casa. Enfrentados los mismos familiares ante el hecho de volver a tener en casa a su pariente, de cuya mejoría tienen garantía por el proceso mismo de externación, manifiestan claramente su sentir: el 50 % se muestra favorable y el 50 % prefiere que continúe internado. Para el 60 % de los familiares el enfermo es una vergüenza familiar. Por todos estos datos podemos comprender la utilidad que para los familiares del enfermo entraña la asistencia a la consulta externa.

4.- Otro aspecto interesante que brinda este servicio es el de permitir al médico el seguir el proceso evolutivo de la enfermedad, ya que muchas veces, por el tiempo relativamente corto de internamiento no es posible resolver el problema en su totalidad.

Todo esto lleva a pensar en lo que significa el abandono del servicio tutelar por parte del enfermo. Este abandono constituye un verdadero problema tanto para los médicos como para los familiares y para los mismos enfermos, ya que esta es, por lo menos en teoría, una de las causas de reincidencia en el padecimiento.

Los médicos en su totalidad opinan que la asistencia del enfermo a la consulta externa es absolutamente necesaria, y es, según ellos, el único modo de controlar la evolución de la enfermedad. El promedio de inasistencia varía de acuerdo con los distintos médicos: unos señalan apenas el 30 %, mientras que otros indican un 80 %. En promedio se encuentra un 55 % de inasistencia a la consulta externa.

Téngase presente además, que la consulta externa es, en opinión unánime de los médicos, el único modo de controlar a los pacientes. Sin embargo, el análisis de las respuestas de los pacientes indica que el factor inasistencia no correlaciona en forma alguna con la reincidencia. De los 30 sujetos estudiados, 18, esto es el 60 %, tenían muy poco tiempo de haber salido (menos de un mes) y asistían por primera vez a la consulta externa. Los 12 restantes o sea el 40 % tenían ya algún tiempo de haber salido y, por tanto, habían tenido oportunidad de asistir a la consulta externa. Si por un momento tomamos a estos 12 sujetos como el 100 %, tenemos que de ellos, el 50 % no asiste a la consulta externa y reincide y el otro 50 % asiste a la consulta externa y sin embargo reincide en su mal. Esto permite pensar que pueden ser otras las causas de la reincidencia.

5.- La consulta externa permite también conocer las razones y/o las racionalizaciones que aducen los pacientes para justificar su inasistencia.

Interrogados éstos, el 50 % manifiesta asistir con regularidad a la consulta y los restantes reconocen su falta de colaboración en este sentido. En este hecho pueden estar involucrados el paciente, o sus familiares. Los médicos, en un 50 % de los casos opinan que la falta de asistencia se debe imputar al enfermo, y en igual proporción a sus familiares. El 30 % de éstos alegan razones de trabajo, otros tantos, de lejanía de su residencia con respecto al Distrito Federal; para el 20 % las razones son de tipo económico, por no contar con medios suficientes para su traslado desde el lugar de residencia a esta Capital y para los gastos de permanencia durante uno o dos días. Los 20 % restantes indican que el paciente se niega a asistir.

Los enfermos dan las siguientes respuestas para justificar su falta: El 20 % manifiesta encontrarse bien y por lo tanto no cree necesario el asistir a la consulta externa. Algunos de ellos aducen sus razones en forma interesante: "Las medicinas me producían sueño y decreté no venir", dice uno de los pacientes. "Creo que soy una persona que se da cuenta cuando debe asistir y cuando no", señaló otro.

El 13 % de pacientes indica como justificación de su inasistencia el factor económico. La falta de tiempo, la lejanía de sus lugares de residencia y el trabajo son señalados por el 10 % de sujetos en cada una de esas razones. Es de notar que de los 30 pacientes investigados, 16, esto es el 53.4 % manifiestan encon-

trarse trabajando en ocupaciones varias; el 40 % en quehaceres domésticos las mujeres, y definitivamente sin ocupación fija, el 6.6 %.

Uno de los pacientes dice no haber asistido porque no ha tomado las medicinas y teme ser reprendido por el médico. Otro finalmente nos dice que no asiste a la consulta externa por ser el Manicomio General "un lugar muy deprimente".

Aparte de las razones aludidas por los médicos, por los enfermos y por sus familiares para justificar la inasistencia, es posible pensar en un factor distinto: la personalidad del médico. El 87 % de los médicos interrogados manifiesta que la personalidad del médico tiene mucho que ver, en cuanto que el enfermo sea capaz de aceptarlo o rechazarlo.

Hay, además, una circunstancia que merece ser atendida ya que guarda mucha relación con el punto que aquí se trata. Si el paciente que ha sido externado necesita la ayuda tutelar de la consulta externa, ¿quién es la persona más adecuada para proporcionársela: el médico tratante u otro médico? las opiniones de todos los médicos consultados es unánime en favor del médico tratante, por múltiples razones, entre las cuales destacan la confianza que el paciente y sus familiares tienen en él, por el conocimiento del caso y por la transferencia positiva que se ha establecido. En algún caso específico, señalan que el enfermo debe ser enviado a manos de otro médico o a un servicio especial.

Toda esta amplia dispersión de razones exhibidas por los pacientes y por los familiares lleva a pensar en una situación básica: se nota en los pacientes poca conciencia de enfermedad, o una negación de la misma, incluso en el estado actual en que se supone una notable remisión del cuadro sintomático. Al ser interrogados sobre la condición de salud en la que se encontraban al ser internados, el 63.3 % contestó no haber tenido ningún padecimiento. Algunas respuestas son dignas de tomarse en cuenta: "Yo no he estado nunca enferma, lo que me pasaba era que me iba a llevar el diablo". "Yo estaba seguro de que no tenía nada; fué por un disgusto que tuve con mi papá y rompí todo y como tenía ideas en la cabeza tomaba las cosas de otro modo". "Para mí la forma de actuar era justa, pero para mis hermanos era injusta y por eso me internaron". El 33.3 % contestó en forma clara haber estado enfermo al tiempo de su internamiento en el Manicomio General. Las formas de expresión de sus juicios son precisas en la mayoría de los casos de este grupo: "Sí, me trastorné". "Sí, tenía una enfermedad" o "tenía un choque nervioso" o "me internaron solamente porque tenía unos ataques".

6.- La Consulta Externa ofrece también la oportunidad de conocer la forma como el paciente vivió sus días de internamiento en el Manicomio General. El 10 % de los sujetos dice haberse sentido "muy bien" en el Manicomio. Aquí se cree

importante señalar la forma como una de las pacientes se expresó: "Yo me sentí muy bien, a mi no se me hizo que estuviera enferma, yo decía en mi casa que parecía un internado de -- señoritas". Para el 46.6 % su estancia fué "buena" a secas. -- El 30 % dice haberla pasado "regular" y solo el 16.6 % señala que pasó su internamiento "muy mal y deprimido". Estos datos coinciden con la frecuencia esperada de una distribución normal. La manera como vivió el paciente su temporada en esa Institución, está condicionada a varios factores: las relaciones con sus-compañeros, las atenciones recibidas de parte de los -- médicos, las enfermeras y en general del personal que labora en el establecimiento. El 10 % manifiesta haberse llevado "muy -- bien" con sus compañeros. El 16 %, en forma regular. Para el 70 % las relaciones fueron buenas y solo el 3.3. % (un sujeto) dijo no haber tenido relación alguna.

Los recuerdos especiales que conservan de los médicos y personal dedicado a atenderlos, se presentan en la forma siguiente: El 60 % no conserva recuerdo de ninguno en especial. El 16.6 % tiene buenos recuerdos de las enfermeras y de los -- practicantes. Un porcentaje igual de sujetos dice recordar -- bien a todos. El 3.3 % (un sujeto) conserva un recuerdo ingrato "por haber sido amarrado", y en igual porcentaje, recuerda -- como muy grata la oportunidad de haber realizado un trabajo -- "de palmería y de una fiesta".

En relación con los sentimientos experimentados por los pacientes durante su permanencia en el establecimiento, - se puede estudiar el impacto emocional de la externación. Para la mayoría, el 60 %, fué causa de mucha alegría. El 33.4 % sintió tristeza de abandonar el Manicomio y el 6.6 % no sintió nada. No hay duda que los pacientes fueron capaces de darse cuenta de las cosas que les causaron molestia en el tiempo de su residencia en el Hospital. Como era de esperar, debido a la precaria situación económica por la que atraviesa la institución, el 33.4 % de los pacientes indica que lo que más le disgustó fué la comida. El trato de las afanadoras produjo impacto negativo en un 23.4 % de los sujetos. El ambiente mismo del Manicomio fué sentido como molesto por el 13.4 % de los sujetos. Las incomodidades de los servicios para el aseo personal, como la falta de agua caliente, impresionó desfavorablemente al 6.7 % de los enfermos. Sin embargo, el 40 % de los mismos no indicaron ningún factor especial de molestia, percibido durante el tiempo de su permanencia en el Manicomio.

Al pedir a los pacientes algunas sugerencias que puedan ayudar a mejorar el servicio que les presta la institución, se encontraron puntos de correspondencia con los datos que acabamos de señalar. Así, de las 54 sugerencias presentadas por los 30 sujetos, el 13 % de ellas se refieren a una alimentación mejor. El 9 % recomienda mejorar el servicio de las afanadoras. Otras tantas señalan la necesidad de contar con -

una biblioteca para entretenerse con la lectura. Es digna de tomar en cuenta la forma como uno de los pacientes querría -- ver integrada la biblioteca: "Life, revistas de cine, cuentos colorados, revistas pornográficas y un libro de moral". El co- mentario es inútil. En igual proporción del 7 %, se encuen- -- tran las opiniones que indican: que haya mayor apoyo de la fa- milia, que se elimine el encierro y que se proporcionen acti- -- vidades deportivas. El 5 % de las sugerencias se refiere a un cambio en el "ambiente", en el sentido de hacerlo "alegre y es- -- timulante". Otras opiniones fueron vertidas en menor propor- -- ción, indicando la necesidad de proporcionar al sujeto la opor- tunidad de practicar un oficio que le pueda servir para cuando salga, que se proporcione mayor orientación, que se vendan las -- medicinas en el mismo recinto hospitalario con el objeto de -- poderlas adquirir a precio más bajo, que se provea de un fondo económico que ayude a los pacientes para el momento de la ex- -- ternación y que se mejoren los aparatos científicos.

El valor de estas sugerencias es grande, por cuanto proporciona el punto de vista de quienes viven el problema en toda su cruda realidad y pueden servir para orientar el crite- -- rio de quienes están llamados a mejorar la calidad de estos -- servicios asistenciales.

CONCLUSIONES

1a.- El proceso de externación reviste importancia para el paciente, por cuanto constituye, en primer lugar, una garantía de la remisión del padecimiento que motivó la internación, y, en segundo, por cuanto inicia una serie de entrevistas de consulta - externa que van a favorecer el completo restablecimiento del enfermo.

2a.- La importancia del servicio tutelar de la consulta externa no es tanta como se supone, pensada en términos de correlación con la reincidencia. Este hecho se constató por igual en los asistentes a la consulta externa y en los ausentistas.

3a.- Lo anterior hace pensar en una serie de causas que coexisten con la asistencia o inasistencia y que pueden en un momento dado, precipitar al sujeto en un nuevo brote psicótico que amerite la reinternación. No siempre es posible el manejar adecua

damente todas esas causas desde el punto de vista de la asistencia hospitalaria, ya que se encuentran conectadas con factores socio-económicos, en la gran mayoría de los casos.

4a.- Lo anterior pone de relieve la importancia del trabajo social en los pacientes que son dados de alta, para mantener el contacto adecuado y oportuno con los casos más urgentes.

En plan de sugerencia y con miras en la renovación inminente de los servicios hospitalarios para enfermos mentales, se puede proponer la siguiente:

Reorganizar los servicios de Psicología en tal forma que su labor no se concrete a la realización de estudios previos al diagnóstico de la enfermedad, sino que se proyecte también hacia el servicio tutelar, en el aspecto psicoterapéutico, con el fin de proporcionar a los médicos la oportunidad de poder dar un poco más de tiempo a la atención médico-farmacológica.

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

ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY.- American Medical Association Publication. Volumen 10 Number 1, January 1964.

BEUTNER KARL R. Y NATHAN G. HALE. Guía para la familia del -- enfermo mental. Ediciones Hormé S A E . 1964.

CALDERON NARVAEZ G.- Hospitales Psiquiátricos de México. Desde la Colonia hasta la Actualidad. 1966.

CALDERON NARVAEZ G. y Cabildo A.H.M.- El Problema y el Programa de Salud Mental en la Ciudad de México.- XXIV Reunión de la Asociación Fronteriza Mexicana Estadounidense de -- Salubridad. México 1966.

CURIEL BENFIELD JOSE L.- "El Psicólogo. Vocación y Formación Universitaria". Ed. Porrúa Hnos. México 1960.

DE LA FUENTE MUÑIZ R.- Psicología Médica.- Fondo de Cultura - Económica. México-Buenos Aires. 1959.

ECK HERDER M.- Los enfermos mentales y su tratamiento. Barcelona 1966.

GARCIA GONZALEZ G.- Intento de Clasificación de los padecimientos de los enfermos del Manicomio General.- Tesis - Recepcional. México 1962.

GARCIA ICAZBALCETA J.- La instrucción Pública en la ciudad de México. México 1893.

GARRETON SILVA A., Horwitz A., Laval E., Mardones J., Matte - Blanco I.- El Concepto de Enfermedad. 1963.

GLASER W. M.D. Persona y Ego.- Ed. Herrero Hnos. Suc. S.A. - la. Edición en español, 1961.

GREGORY IAN. Psychiatry Biological and Social Philadelphia -- and London, W.B. Saunders Company. 1961.

GUEVARA OROPESA M.- La Asistencia Psiquiátrica en el Distrito Federal. México, 1943.

HAM FERNANDEZ R.- Conceptos Actuales sobre la Esquizofrenia. Tesis Recepcional. México 1964.

MAYER W-GROSS, SLATER E., ROTH M.- Psiquiatría Clínica.- Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicossomática. Paidós. Buenos Aires. Vol. 3 Tomo 2. 1958.

MASLOW A.H., CHAFFER L.F. y Otros.- Métodos Psicoterapéuticos. Ed. Paidós, Buenos Aires 1966.

MASLOW A.H. and MITTELMANN, B.- Principles of Abnormal Psychology. Rev. Ed. New York, Harper & Bros. 1951.

MIRA Y LOPEZ E.- Psiquiatría Basica. 3a. Edición. Librería - "El Ateneo" Ed. Buenos Aires 1953.

NEUROLOGIA-NEUROCIRUGIA Y PSIQUIATRIA.- Rev. Trimestral. Organó de la Soc. Mex. de Neurología y Psiquiatría. Vol.2, Núm. 4. México, D.F. 1961.

NEUROLOGIA-NEUROCIRUGIA PSIQUIATRIA.- Rev. Trimestral. Organó de la Soc. Mex. de Neurología y Psiquiatría. Vol. 4 - Num. 2 México, D.F. 1963.

NEUROLOGIA-NEUROCIRUGIA PSIQUIATRIA.- Rev. Trimestral. Organó de la Soc. Mex. de Neurología y Psiquiatría. Vol. 4 - Núm. 1, México, D.F. 1965.

NEUROLOGIA-NEUROCIRUGIA PSIQUIATRIA.- Rev. Trimestral. Organó de la Soc. Mex. de Neurología y Psiquiatría. Vol. 7 - Num. 1, México, D.F. 1966.

NIETO GOMEZ D.- Psiquiatría. Desarrollo Histórico y Corrientes Actuales. México. 1961.

PATIÑO ROJAS J.L. y SIERRA MACEDO I.- Cincuenta Años de Psiquiatría en el Manicomio General. 1960.

PEZA J.DE D.- La Beneficencia en México. México, 1881.

PRIMER SEMINARIO LATINOAMERICANO DE SALUD MENTAL.- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington D.C. E.U.A. 1963.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN COSTA RICA.- Trabajo que se presentó en el Seminario Latinoamericano de Salud Mental. -- México 1962.

RAMIREZ MORENO S.- La asistencia psiquiátrica en México. México, 1950.

RAMIREZ MORENO S.- Datos históricos sobre los manicomios y la psiquiatría en México, Rev. Mex. de Psiq. Neurol. y Med. Legal. Vol I. Núm. I 1934.

ROBERTS, C.A. La Asistencia y Rehabilitación del enfermo mental. Sesame/4. 1962.

SCHILD P.- Tratado de Psicoterapia.- Ed. Paidós. Buenos Aires. 1965.

VELASCO ALZAGA J.- La salud mental en las Américas. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. Junio 1963.

VELASCO SUAREZ M. y Tejeda Ruiz C.- Hospital Granja "La Salud". México, 1964.

WALLEN R.W. Clinical Psychology New York Mc Graw-Hill Book Co. 1956.

*Esta tesis se imprimió en Octubre de 1966
empleando el sistema de reproducción
Xerox-Offset en los talleres de
Impresos Offsali-G S. de R. L.
Mier y Pesado 329 Col. del Valle
México 12. D. F. Tel. 23 - 21 - 05*