

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Análisis de la problemática Médico
Administrativo Social en un Hospital
Psiquiatrico (Santa Rosita)

T E S I S

PRESENTADA POR EL BR.

Salvador Emilio Trinidad

ACTO PREVIO A LA INVESTIDURA DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

362.22
T83
C-2
TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

1980

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

A. Jancio

Análisis de la problemática Médico
Administrativo Social en un Hospital
Psiquiatrico (Santa Rosita)

T E S I S

S. S. S. S.

PRESENTADA POR EL BR.

Salvador Emilio Trinidad

ACTO PREVIO A LA INVESTIDURA DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

RECTOR: DR. JUAN ALMENDAREZ BONILLA
SECRETARIO GENERAL: LIC. ANGEL ANTONIO MEJIA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO: DR. NELSON VELASQUEZ G
VICE DECANO : DR. MARIO ALFREDO ZAMBRANA
SECRETARIO: DR. PEDRO R. PORTILLO
PRO-SECRETARIO: DR. CESAR CACERES
VOCAL: DR. DANILO ALVARADO Q.
VOCAL: DR. GABINO CORDOVA S.
VOCAL: BR. OMAR AGUILAR
VOCAL: BR. RAMON CACERES
VOCAL: BR. MARIO GALLARDO
VOCAL: BR. SADITH CACERES.

888888888888888888

TERNA EXAMINADORA

DOCTOR : AMERICO REYES TICAS

DOCTOR : EMERITO PACHECO

DOCTOR : CARLOS GARCIA

SUSTENTANTE

BACHILLER SALVADOR EMILIO TRINIDAD CRUZ

PADRINOS

DOCTOR : JULIO CESAR BURDETH

DOCTOR : EDGARDO GIRON

DEDICATORIA

DEDICO ESTA TESIS:

- A mis PADRES: Manuel Trinidad y Juana Cruz de Trinidad, con profundo cariño por el esfuerzo hecho para que culminara mi carrera.
- A mis HIJOS: Enrique Antonio y Carlos Alejandro Trinidad, por ser motivo constante de mi superación.
- A mi HERMANO: Manuel Antonio Trinidad Cruz, por todo el apoyo que me dió a lo largo de mis estudios.
- A esta PERSONA EN ESPECIAL: María Esther Rigamonti.
- A1 DOCTOR: Julio Cesar Burdeth: Por toda la ayuda ofrecida para hacer el presente trabajo, sin la cual hubiera sido imposible hacerlo.
- A mis TIAS, PRIMOS HERMANOS y demás FAMILIARES: Con respeto.
- A mis MAESTROS DE AYER: Con profunda gratitud.
- A1 PERSONAL MEDICO y PARAMEDICO DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA: Por toda la ayuda que me brindaron, en especial al Dr. Manuel Esteban Mendoza.
- A mis AMIGOS y COMPAÑEROS ¡Salud!

CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
 - II. METODOLOGIA
 - III. CONSIDERACIONES GENERALES
 - a) Breve Historia
 - b) Ubicación del Hospital en el Sistema de Servicio de Salud.
 - c) Planta Física.
 - IV POBLACION HOSPITALARIA
 - V PERSONAL DE SANTA ROSITA
 - VI ENFOQUE SOCIAL
 - VII CONCLUSIONES GENERALES.
 - VIII BIBLIOGRAFIA.
-

INTRODUCCION

Decidí hacer el presente trabajo de Tesis para la obtención del Doctorado en Medicina y Cirugía por las siguientes razones:

- 1) Considerando que las enfermedades mentales han aumentado a nivel mundial y nuestro país también está incluido en ese aumento; según datos de la O.M.S. el diez por ciento de la población mundial está sujeta a disturbios psíquicos, para mil novecientos setenta y ocho el porcentaje de enfermos mentales en Honduras sería aproximadamente 343.838 partiendo del dato de que ese año según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la población de Honduras sería de tres millones cuatrocientos treinta y ocho mil trescientos ochenta y ocho. (3.438.388)
- 2) Dentro del Hospital Santa Rosita la estimación de datos no funciona correctamente, por lo que se quiso brindar al Hospital una estadística más fiable para la actividad hospitalaria, al mismo tiempo cooperar en la reevaluación de las estadísticas actuales con el mismo personal para que se trate de fijar un mejor patrón de trabajo y al mismo tiempo servirle de entrenamiento.
- 3) Tratar de analizar las causas de tipo social que dan lugar a enfermedades mentales, a parte de las ya conocidas de etiología orgánica.
- 4) Analizar los problemas de tipo médico que por la naturaleza del Hospital varían con respecto a otras instituciones de salud. Tratando de buscar soluciones a

los problemas que tengan, y señalar pautas a los que no se les encontró respuesta inmediata.

- 5) Adquirir experiencia en asuntos de tipo administrativo en una institución hospitalaria, ya que durante la carrera de Medicina no se adquiere ninguna experiencia - de este tipo y considero que el conocimiento de problemas administrativos, laborales, presupuestarios, serán de utilidad en el futuro en mi carrera médica.
- 6) Conformar y estructurar mi educación médica en todos los sentidos para tratar de ser un mejor profesional.
- 7) Que la información recogida sea de utilidad para el Hospital, en sí para los futuros Especialistas de Psiquiatría, Médicos Residentes, Médicos en Servicio Social, Enfermeras Profesionales y todas aquellas personas interesadas en la problemática de la salud mental en Honduras, para que tengan una idea de los inconvenientes y de las cosas positivas que encontrarán en éste Hospital.
- 8) Que la información obtenida sirva para la superación a todos los niveles en el Hospital, que por su naturaleza es el único de su clase en nuestro país.
- 9) Hacer ver a las autoridades, la necesidad de brindar todo el apoyo que esté a su alcance para el mejoramiento de estas Instituciones y que éstas por consiguiente mejoren el estado de salud mental de aquellos hondureños, que desgraciadamente la han perdido.

M E T O D O L O G I A

Para que el presente trabajo fuera más objetivo se utilizó como fuente principal la información obtenida, a través del Departamento de Estadística del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita (principalmente los expedientes de todos - los pacientes), informes de egresos e ingresos, mortalidad, etc.

Estos datos fueron revisados, recogidos y algunas veces - complementados mediante información obtenida de otros estudios hechos anteriormente por Médicos que laboraron o laboran en el Hospital Santa Rosita.

Datos extraídos del archivo privado del Dr. JULIO CESAR - BURDETH. Así mismo de los conocimientos que él ha obtenido - después de años de laborar en este Hospital.

Información recabada de los informes y publicaciones que emite periódicamente al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Documentación proporcionada por el Señor Director, Administrador y otro personal Administrativo del Hospital Psiquiátrico.

Datos de publicaciones internacionales como ser la Organización Mundial de la Salud (OMS) La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras.

Breve Historia

La asistencia en el campo de la salud mental comenzó practicamente en el año de 1926 en el Hospital General de la capital, donde habían tres pacientes epilépticos, dos de los cuales eran mujeres y uno hombre.

Este número fue aumentando y en 1929 llegaba a treinta pacientes de diversas categorías, a quiénes se les llamaba indigentes o aislados, quince de los cuales eran mujeres.

En 1930 el número subió a 58, 35 de los cuales eran hombres y 23 mujeres. Como el número aumentaba gradualmente, en el año de 1929 se terminaron de construir pabellones en el hospital destinados a los indigentes.

En 1930 se nombra a un médico alienista para su atención, siendo el Dr. Ricardo D. Alduvín, que tenía una vasta cultura general y médica, incluyendo el campo psiquiátrico. También se nombra un estudiante de medicina como Practicante Interno.

De 1933 a 1939 estuvo nombrado un Médico General, el Doctor Carlos Romero, el que en ese último año fue sustituido por un Médico Alemán, el Dr. Frizz Stern, que estuvo en su cargo por algunos meses solamente, quedando entonces encargado el entonces el Director General, Dr. Juan A. Mejía por algunos meses más, después de los cuales se encargó el Dr. Ramón Alcerro Castro. Este último viajó a Estados Unidos a estudiar Psiquiatría de 1943 a 1945, quedando al cuidado de los pacientes el Dr. Abraham Riera H.

Para esta época ya se hablaba del Asilo de Indigentes y Alienados. Al regreso del Dr. Alcerro Castro, este se encargó nuevamente del asilo por un año, volviendo a continuar estudios a

Estados Unidos hasta 1948, en que se regresó nuevamente, durante su ausencia estuvo al frente de los pacientes el Dr. Armando Bardales.

En el año de 1952 se nombró otro médico asistente: El Dr. Asdrúbal Raudales Alvarado y poco tiempo después por ausencia del Dr. Bardales que viajó a estudiar Neurología a Chile se nombró un segundo asistente el Sr. Jorge Manuel Zelaya. Para esa época había alrededor de doscientos veinte y cinco pacientes, y además del Médico Jefe y de los dos asistentes, dos practicantes internos alumnos del último año de medicina que además ya habían cursado una clase de Psiquiatría, una hermana de la caridad Sor Rafaela como Enfermera Jefe, y dieciseis ayudantes de enfermería, ocho para cada uno de los servicios de hombres y mujeres.

Hasta 1945, el asilo del Hospital era el sitio donde se internaba todo lo que no cabía en el resto del hospital general; Ulceras de las piernas, tuberculosis, cánceres avanzados, ciegos, paráliticos, etc. además de pacientes epilépticos y psicóticos. Pero desde aquel año hasta 1952 se hicieron esfuerzos para ir depurando los servicios y dejando en ellos solamente los pacientes neuro-psiquiátricos, a la par se fueron eliminando los sistemas ancestrales e inhumanos de tratamiento de la enfermedades mentales (en adelante se abolieron totalmente), tales como - cadenas, las argollas para atarlos al piso. Los azotes, los abscesos de fijación etc.

En 1957 al retirarse el Dr. Alcerro Castro, fueron elevados a la categoría de Médicos Jefes de los servicios de mujeres y hombres, los Drs. Raudales Alvarado y Zelaya Smith. Habían en el Hospital alrededor de cuatrocientos pacientes.

En 1960 se independizó todo lo relativo a asistencia de enfermos mentales en el Hospital General, y se creó el Hospital Neuro-Psiquiátrico, aunque siguió funcionando en la misma planta físi-

ca. El Dr. Raudales fué nombrado Directov, se nombró además un Administrador y una Secretaria, se aumentó el número de médicos se crearon plazas para portero, aseadora, chofer, etc y se construyeron cubículos para consulta externa, separándose además tanto el servicio de mujeres como en el de - hombres, los pacientes por categoría de acuerdo a su estado.

CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL UBICACION EN EL SISTEMA DE
SERVICIO DE SALUD

Para describir y analizar el Hospital Santa Rosita, es necesario determinar su ubicación dentro del sistema de salud en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Estos servicios están organizados por un sistema regionalizado, el cual cuenta con 5 niveles de atención que se pueden describir de la siguiente manera:

NIVEL I

3.I. Con servicios de atención médica simplificada y en cual estará presentando por los Centros de Salud Rural (CESAR), son desarrollados por una Auxiliar de Enfermería y Personal voluntario de la Comunidad. Este nivel tiene un Programa de referencia de pacientes a los cuatro niveles superiores directa o indirectamente, dependiendo de su localización geográfica dentro de la infraestructura de servicios de su región. Se pretende, además establecer el reflujo o contra referencia, con el objeto de continuar con el seguimiento domiciliario de tratamiento del paciente y disminuir así el promedio días de estancia en los Hospitales.

NIVEL II

Con servicios de atención médica básica no diferenciada o con escasos servicios auxiliares de diagnóstico, el cual está presentado por los Centros de Salud con Médico (SESAMO), sus programas son desarrollados por un Médico y Auxiliar de Enfermería, La referencia en este nivel es igualmente a niveles superiores 3 y 4.

NIVEL III

Con servicios de atención médica básica no diferenciada, con servicio de auxiliares de diagnóstico, atención integral a los pacientes (Hospitalización y consulta ambulatoria), así como desarrollo de programas a la comunidad de su área de influencia asignada dentro de su sistema regional. Este nivel recibe la referencia proveniente del nivel 1 y 2 y remiten pacientes que requieren mayor estudio y tratamiento; por cuanto su función es fundamental para la atención de procesos agudos como ser: Partos, accidentes, cirugía, urgencia y atención infantil.

Los Recursos Humanos con que cuenta este nivel es multidisciplinaria característico de un Hospital.

El establecimiento de este nivel es el centro de emergencia (C.H. E.).

NIVEL IV

Este presta los servicios de atención médica básica diferenciada, que incluye las cuatro especialidades - médicas básicas (Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía, Medicina Interna), así como servicios auxiliares de diagnóstico. Las actividades fundamentales son: Hospitalización y Consulta ambulatoria.

Acepta la referencia proveniente de los niveles inferiores y refiere a nivel nacional. Este nivel cuenta en algunas regiones con clínicas periféricas para tratamiento ambulatorio y programas de promoción y prevención.

La persona con que cuenta este nivel es multidisciplinario el establecimiento de este nivel es Hospital Regional y sus Clínicas Periféricas.

NIVEL V

El nivel 5 corresponde a la Región Metropolitana - donde están ubicados los Hospitales Nacionales altamente especializados, y que cumple la función de recibir la referencia proveniente de los 4 niveles inferiores, contando con los siguientes servicios : Atención Médica Hospitalizada (sub-especialidades), Atención básica, Atención ambulatoria y Servicios Auxiliares de diagnóstico básico, además de sus correspondientes programas de promoción y prevención a nivel de la Capital. Las funciones de este nivel - se pueden categorizar en tres:

Asistencia
Docencia
Investigación

El personal con que cuenta este nivel es multidisciplinario. Las unidades asistenciales son las siguientes:

1; Hospital Escuela que comprende:

- 1.1. El área Materno Infantil (Hospital Materno Infantil)
- 1.2. El área Médico Quirúrgico (para pacientes agudos y crónicos).

Como vemos el Hospital Nacional Psiquiatrico Santa Rosita está ubicado en este último nivel, aunque solo cumple practicamente labores asistenciales, la docen-

cia es muy baja y la investigación se puede decir no existe'

UBICACION GEOGRAFICA

El Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita está localizado a 45 kilómetros sobre la carretera del norte, cinco de las cuales son de tierra y pertenecen a un desvío que se toma desde la carretera antes mencionada hasta el Hospital y en su mayor parte está en mal estado, lo que en invierno provoca problemas al transporte.

Tiene una extensión de más o menos doscientas manzanas y su topografía es un cincuenta por ciento quebrada. Además goza de un buen clima y su territorio colinda con el Río llamado " La Presa "

PLANTA FISICA

El hospital consta de varios edificios de diseño tradicional de una sola planta, abundantemente rodeado de áreas verdes.

Tiene una capacidad de aproximadamente mil camas, pero actualmente solo están en funcionamiento alrededor de trescientas camas debido a lo difícil que resulta el manejo del paciente psiquiátrico, si lo comparamos con el manejo que se le da a pacientes de otro tipo, esto es debido a que el paciente psiquiátrico dado la naturaleza de su enfermedad amerita un cuidado especial y considerando que el personal laborante solamente es de doscientos sesenta y cuatro personas, este número es insuficiente para dar tal cuidado, si consideramos por ejemplo que por norma se aconseja un enfermero para cada cinco pacientes, además en el número antes dado de personal, se incluye personal que nada tiene que ver en forma directa con la atención del paciente.

La planta física está dividida en dos grandes secciones llamadas respectivamente sección de varones y sección de mujeres, las anteriores secciones se dividen en pabellón 1 y 2 de mujeres y 1 y 2 de varones. En los pabellones denominados, se encuentran reclusos pacientes de corta estadía (relativa) es decir pacientes que por su tipo de enfermedad tiene más probabilidad de alivio o mejoría y por tanto están sujetos a ser dados de alta con mayor rapidez.

En los pabellones denominados dos son para pacientes - que practicamente ya no tienen esperanza cercana de - curación y en su mayor parte son pacientes abandonados por sus familiares (o no la tienen), pacientes - pasivos que tienen por asilo y por que no decirlo hasta cierto punto por cárcel el hospital.

Por otra parte, el hospital consta de otros departamentos como ser:

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES:

Constituido por aquellos servicios básicos para el funcionamiento de la Institución tales como:

DIRECCION
ADMINISTRACION
MANTENIMIENTO
TRANSPORTE
OTROS

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESPECIFICOS

Conocido también como Departamento de Servicios Intermedios, en el cual se incluyen:

LABORATORIO
FARMACIA
SERVICIO SOCIAL
PSICOLOGIA
JEFATURA DE ENFERMERIA CENTRAL

Es decir, todos aquellos servicios cuyos funcionamientos requiere la colaboración de los servicios generales y cuya actividad es esencial para el adecuado funcionamiento del Departamento de Servicios Terminales.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS TERMINALES

Departamento en donde se incluyen aquellos servicios que atienden directamente al paciente y que para funcionar necesita del aporte de los departamentos antes mencionados.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA AUXILIAR
VIGILANCIA
OTROS

POBLACION HOSPITALARIA

En el presente apartado trataremos de analizar en una forma breve y concisa varios aspectos referentes a la población hospitalaria de esta Institución Psiquiátrica.

Analizaremos los siguientes aspectos:

- 1) Relación entre mortalidad y número de egresos en 1977.
- 2) Relación entre mortalidad y número de egresos en 1978.
- 3) Relación entre mortalidad y número de egresos en 1979 (hasta el mes de junio)
- 4) Comparación de los egresos del Hospital Santa Rosita durante los años de 1976 a 1979.
- 5) Comparación de ingresos al Hospital Santa Rosita durante los años de 1977 a 1979
- 6) Comparación de Mortalidad en el Hospital Santa Rosita durante los de 1977 a 1979.
- 7) Estancia de pacientes: En años, por sala, por sexo
- 8) Pacientes con persona responsable por sala y sexo.
- 9) Pacientes con expedientes por sala y sexo.
- 10) Promedio de edad por sala y sexo.
- 11) Grupo por edades: Varones y mujeres, por sala.
- 12) Procedencia de pacientes por sala, sexo y departamento de la República.

Relación Entre mortalidad y número de egresos en 1977
(Gráfico I)

En este gráfico se analiza el número de muertes habidas en el Hospital Santa Rosita en el año de 1977: Se analizan por sexo y se comparan con el número de egresos.

Apreciamos en este año que de varones hubo 351 egresos y de esos solamente hubo 4 defunciones que equivalen a un 0.7% es decir que la mortalidad es bastante baja si la comparamos con otras instituciones, haciendo la salvedad de la diferencia de patologías, hay que mencionar que aparte de su enfermedad mental los pacientes internos padecen de enfermedad comunes (Gastroenteritis, Infecciones Pulmonares, etc). y que aquí no se cuenta con los mejores métodos y materiales para su tratamiento. Desgraciadamente en los expedientes revisados no se encontró la causa de muerte de ninguna de las defunciones, aunque verbalmente se nos informó que la mayor parte eran pacientes ancianos.

En lo que respecta al sexo femenino, estas tuvieron un total de 194 egresos y solamente hubo en ellas 6 defunciones que equivalen a 1.1%, porcentaje también bajo. Tampoco se pudo averiguar las causas de muerte.

En conclusión: De ambos sexos egresaron 545 pacientes y solamente hay que lamentar la defunción de 10 pacientes.

Relación entre mortalidad y número de egresos en 1978
(Gráfico 2)

En este gráfico igual que en el anterior se analizan las muertes en el Hospital Psiquiátrico en relación con los egresos, desgraciadamente en este año nos fue imposible obtener los datos por sexo, también las causas de muerte no quedaron anotadas en ningún documento.

Durante este año egresaron un total de 520 pacientes de los cuales fallecieron 15 pacientes que equivalen a un 2.88% es decir que hubo un aumento del 1% con relación al año anterior y considerando que en el año anterior egresaron 25 pacientes más.

También hay que anotar que este año hubo un total de 496 ingresos o sea que egresaron más pacientes que los que ingresaron.

Relación entre mortalidad y número de egresos en 1979. Hasta junio. (Gráfico No.3)

En este año solamente se analizó la mortalidad hasta el mes de junio, pues no se había tabulado los datos del segundo semestre.

En este año tampoco se pudo obtener las causas de muerte ni se pudo establecer el sexo de las defunciones. las cuales fueron un total de 10 de un egreso de 186 pacientes hasta esa fecha, es decir que en este año el porcentaje de muertes aumentó notablemente ya que en este año en el primer semestre el Hospital ya tenía un 5.37% de fallecidos y en los años anteriores el porcentaje anual no superó el 3%.

No logramos determinar a que se debió el aumento en la mortalidad durante este año. ya que el número de ingresos hasta ese momento era normal (176 pacientes) no hubo epidemias, ni huelgas, etc.

Lo único que podemos especular que cada año que pasa equivale a que los pacientes envejecen cada vez más y más y comienzan a fallecer de causas naturales.

Comparación de los egresos del Hospital Santa Rosita Durante los años de 1976 a 1979 (Gráfico # 4)

En éste gráfico solamente tratamos de hacer más práctica la visualización de los datos expuestos anteriormente en forma más diluída.

Solamente se aprecia que en 1976 no se sabe cuantos pacientes ingresaron al Hospital pues en esa época todavía se llamaba " Hospital para Crónicos" y ya sabemos el grado de desorden y abandono que existía en ese local, solamente se aprecia que hubo 284 egresos.

Durante 1977 y 1978 el número de egresos fue prácticamente igual lo que indica que el ritmo de trabajo no sufrió variación en lo que respecta a tratar de movilizar mayor número de pacientes.

El año de 1979 hasta el mes de junio no presentaba ningún aumento en cuanto al número de egresos, más bien podríamos decir que en ese año se podía esperar una disminución en los egresos.

El gráfico No. 5 simplemente esquematiza el número de egresos durante los años de 1977-1978 y 1979.

Como anotamos anteriormente los ingresos del año 76 no se pudo obtener; en 1977 hubo un total de 568 ingresos que superó a los ingresos de 1978 que solamente fueron 496. Considerando que durante el primer semestre de 1979 los ingresos solamente sumaban 176 pacientes, es de suponer que también ese año iba a ser superado. No se logró determinar a que se debió la probable disminución de ingresos en 1979 ni el aumento de 1977.

El gráfico No.6 solamente esquematiza en una sola impresión los datos que se dieron por separado en gráficas anteriores. Se aprecia en forma más clara el aumento de la mortalidad a través de los años.

El año de 1976 no aparece anotado pues por razones ya expuestas los datos de ese año se extraviaron o nunca fueron hechos.

En 1977 las defunciones fueron de 10 pacientes y durante el año de 1978 aumentaron a 15 los nacientes fallecidos.

Durante el año de 1977 hasta junio la mortalidad era de 10 nacientes por lo que es lógico pensar que a finales del año la mortalidad de ese año habrá superado a la de los años anteriores.

Como expusimos anteriormente no logramos ubicar las causas de este aumento.

Estancia.(Permanencia) de los nacientes del Hospital Santa Rosita en años. por Sala y Sexo. (Gráfico No. 7)

Probablemente la presente gráfica sea una de las más importantes del presente trabajo y también la que fue más dificultoso obtener sus datos dado la antigüedad y mal estado de la mayoría de los expedientes revisados.

Dato importante que hay que tener en cuenta es que las salas o pabellones I de ambos sexos tenían 100% de expedientes por lo que se puede dar una garantía de que la estancia en estos pabellones practicamente es exacta.

Lo contrario sucede en los pabellones II de ambos sexos. los pabellones del abandono donde sabemos que el 44.56% de los pacientes varones no se sabe cuanto tiempo tienen de estar internos en este hospital.

La sala o pabellón II de mujeres cuenta con un total del 21.87% de nacientes que no se sabe cuanto tiempo tienen de estar internos.

O sea que entre ambos pabellones hay un total de 62 pacientes cuya estancia en el hospital es completamente desconocida, solamente se puede estar seguro que estos pacientes en realidad son los que más tiempo tienen de estar abandonados y por consiguiente tienen un tiempo de estancia hospitalario muchísimo mayor que el que anotaremos a continuación.

Para facilidad de graficado los datos fueron anotados en años se aprecia que la sala o pabellón I de varones tiene una permanencia hospitalaria de 0.279 años (prácticamente 4 meses y su homóloga de mujeres una estancia de 0.71 años (prácticamente 9 meses) .

Esta diferencia es un tanto difícil de explicar, probablemente se deba a que los varones son cabeza familiar y por tanto los interesados se preocupan en sacarlos del Hospital dado que por ser la fuente de ingresos monetarios se les necesite, también se podría decir que la patología es diferente en ambos sexos hasta cierto punto.

En lo que respecta a las alas o Pabellones II de hombres y mujeres el cambio es bastante brusco pues la permanencia - aquí va no es de meses sino que es de años.

Por una rara coincidencia estadística el promedio de permanencia en ambos pabellones es exactamente igual y es equivalente a 5.73 años lo que siendo francos si tuviéramos los datos de todos los pacientes este dato probablemente sería por lo menos el doble, considerando que hay muchos pacientes que tienen más de 15 años de estar entre los muros de este hospital (en su antigua y nueva localización), lo único que hay que sacar como conclusión de estos pabellones II de mujeres y varones es que son pacientes abandonados por la sociedad. por sus familiares, por el Ministerio de Salud y hasta en cierta medida el personal médico y para-médico hace poco por el bienestar de estos pacientes .

RESPONSABLES

En la gráfica No. 8 que corresponde a lo que en este trabajo denominamos " RESPONSABLE" es decir. pacientes que al momento de su ingreso tenían a una persona a quien acudir en cualquier situación que se presentara que al momento del alta lo viniera a recoger, etc.

Los datos recabados fueron tomados de los expedientes, o sea que actualmente no se sabe con exactitud los porcentajes de estas personas, de lo único que podemos estar seguros es que han disminuido notablemente , también hay que hacer notar que los expedientes revisados, eran inicialmente del Hospital de Agudos " Mario Mendoza" de Tegucigalpa. La lejanía - del Hospital de Crónicos contribuye a aumentar la irresponsabilidad de familiares y allegados del pacientes.

Los datos obtenidos se analizaron por pabellón y por sexo encontrándose los siguientes resultados:

El pabellón I de varones	69.48% (tienen expediente)
El pabellón Homólogo I de Mujeres	64.58% (tienen expediente)
Los pabellones II de ambos sexos	35.86% (varones)
	34.42% (mujeres)

Podemos concluir que los pabellones I de ambos sexos tienen un porcentaje mayor de personas responsables y los pabellones II tienen un porcentaje menor, pues como hemos anotado anteriormente , estos últimos pabellones tienen pacientes de mayor permanencia en el Hospital.

En lo que respecta a los porcentajes correspondientes a los pacientes que no tienen persona responsable, lo encontramos de la siguiente manera:

Pabellón I de Varones no tiene expediente	20.51 %
Pabellón I de Mujeres no tiene expediente	17.71 %
Pabellón II de varones no tiene persona responsable.	64.14 %
Pabellón II de mujeres no tienen persona responsable.	64.58%

Es decir, que los valores porcentuales son prácticamente iguales.

EXPEDIENTE

Hemos denominado así a la gráfica No. 9 con el nombre de "EXPEDIENTE", al hacerlo, así nos estamos refiriendo a los pacientes que, por lo menos, tienen un número de registro, va que expediente completo prácticamente solo lo tienen los pacientes de reciente ingreso. en nuestra revisión nos encontramos con expedientes casi completamente destruidos, semi-destruidos incompletos, desordenados, de otros no se tiene la certeza de que permanezcan a determinado paciente.

Al hacer la anterior revisión nos permite evaluar de una manera objetiva el funcionamiento del departamento de estadística de ambos Hospitales Psiquiátricos (agudos y crónicos) a través de los años de funcionamiento de ambos.

Nos encontramos que en los pabellones I de Varones y I de Mujeres, el 100% de los pacientes tienen su número de expedientes y la mayor parte lo tiene relativamente completo, lo anterior probablemente sea porque son pacientes de ingreso relativamente nuevo. Al analizar los pabellones II de ambos sexos nos encontramos con lo esperado :

Número de varones sin expediente (Pabellón II) 44.56% (hay un 5.42% de dudosos).

Pabellón de Mujeres II sin expediente	21.87%
Pabellón II de ambos sexos. tienen expediente	50.00% (varones) 73.95% (mujeres)
Pacientes dudosos (Pabellón II Mujeres)	4 18 %

Se podría especular que funciona mejor el pabellón II de mujeres por las siguientes razones: Mejor enfermería, mejor médico responsable, etc.

El extravío de expedientes en la Sala II se debe probablemente al pésimo funcionamiento que tenía inicialmente el Departamento de Estadísticas (con lo anterior no quiero decir que funciona bien actualmente, pero ha mejorado) El paciente era remitido sin mucho protocolo del Hospital Mario Mendoza, lo que daba lugar a que fácilmente se extraviaran muchos expedientes, además la larga estancia de los pacientes haría que fueran unos expedientes muy voluminosos, es decir, que las hojas que se van quitando se van perdiendo. Además hay pacientes con más de 25 años que su expediente se deshizo por el uso casi diario.

PROMEDIO DE EDAD (Gráfico No. 10)

Tratamos de obtener los datos con respecto a la edad de los pacientes internos del Hospital, por considerae que es una variable muy importante en cualquier estudio. Lo analizamos desde dos puntos de vista: El de la edad que está anotada - en el expediente y la edad que actualmente representa.

En lo que respecta a la edad consignada en los expedientes, hay que hacer notar que es una edad aproximada, pues en la mayoría no hay fecha de nacimiento , o sea que hay que considerar un rango de 11 meses, por lo menos en las edades obtenidas - de pacientes y solo está anotado el año de nacimiento.

El promedio de edad en el pabellón de varones es de 38.81% y en el de las mujeres I es de 39 años, o sea un promedio practicamente igual.

En Sala II de varones el promedio es de 37.34% (falta la edad de 55 pacientes), si contaramos la edad de estos pacientes que faltan el promedio probablemente sería de un 15% superior, considerando que son los pacientes con más estadía en el Hospital, algunos con más de 25 años de estar en el Hospital y son mayores de 65 años.

El pabellón II de mujeres tiene un promedio de 41 años (faltando la edad de 45 pacientes), el promedio sería mayor si consideramos que sucede lo mismo que en los varones)

Vuelvo a recalcar que desgraciadamente los datos de los pabellones II, no son fiables dado las consideraciones que falta la edad, practicamente del 50% de cada pabellón. Los datos de los pabellones I si se pueden considerar fiables pues sus expedientes son relativamente recientes.

Si tomamos el punto de vista anotado de la edad aparente de los pacientes, es facil comprender que su edad aparente es mayor que su edad real, tomando en cuenta su propia enfermedad al cuidado que está sometido, mal dieta enfermedades comunes, solamente en algunos pacientes de reciente ingreso su edad coincide.

GRUPOS DE EDADES

Para completar el estudio iniciado en el gráfico anterior. decidí agrupar las edades por rangos para ver cuales eran los rangos más afectados por las enfermedades mentales, hay

que tomar en cuenta las consiciones hechas anteriormente

Analizando el gráfico No. 11 correspondiente al Pabellón I de Varones nos encontramos que hay un total de 7 pacientes en el primer rango, es decir de 10-19 años que equivale a 17.96%. En el rango siguiente de 20-29 años hay un total de 12 pacientes, el cual le corresponden un 36.7% de la edad de 30-39 años, hay un total de 10 pacientes con un porcentaje de 25.64%

A partir de la edad anterior nos encontramos con una disminución en el número de pacientes, pues de 40 a 49 años solamente hay un paciente al cual le corresponde un porcentaje de 7.69%.

Luego pude apreciar una pequeña elevación en las edades comprendidas de 60-69 años en donde se encuentran cinco pacientes a los cuales les corresponde el 12.82%, en las edades mayores de 70 años no se encuentra ningún paciente, o sea que le corresponde un 0% (En realidad si hay pacientes con una edad mayor a la antes anotada, lo que pasa es que sus expedientes ya se destruyeron y por esta razón no aparecen en el estudio).

Haciendo algunas consideraciones sobre los datos antes anunciados encontramos que las mayores concentraciones de edades se encuentran en el rango comprendido entre los 10 a los 39 años donde hay un número de 29 pacientes de un total de 39, es decir que les corresponde un porcentaje de 74.35 % se comprueba que hay padecimiento psiquiátrico en personas menores de 17 años el cual aumenta en la edad comprendida entre los 30 a los 49 años.

Analizando el cuadro No. 11 correspondiente al pabellón 2 de varones, encontramos un número mínimo de adolescentes

v la mayor concentración está en la edad comprendida entre los 30 a 39 años , donde existe un total de 12 pacientes a los cuales le corresponde un porcentaje de 13.04%.

Hay que hacer notar que un total de 55 pacientes (59.78%) no fueron tabulados por la razón ya sabida de lo destruido de sus expedientes, estos pacientes en su gran mayoría son mayores de 40 años.

En el cuadro No. 12 se analiza el pabellón 1 de mujeres que sigue un patrón similar a el pabellón I de varones; así pues nos encontramos que en las edades comprendidas entre los 10 a 39 años años hay 30 pacientes de un total de 48, haciendo un porcentaje de 62.5% En el resto de los rangos estudiados los porcentajes son muy bajos y estadísticamente se pueden despreciar ; también en este pabellón no hay pacientes mayores de 70 años, también hay que hacen falta los datos de 4 pacientes que le corresponde un 8.33%

Siguiendo con nuestro breve análisis nos encontramos ante el cuadro No. 12 que corresponde al pabellón II de mujeres, en este pabellón nos encontramos con iguales problemas que nos encontramos en el pabellón II de varones. Son las personas abandonadas, no productivas y que obtener información, acerca de sus personas es una tarea casi imposible. Hay un total de 45 pacientes a los cuales les corresponde un porcentaje de 46.87% que no se pudo obtener en dato de su edad.

En el rango de edades comprendido entre los 30-59 años se encuentran 35 pacientes del total de 96 que tiene el pabellón correspondiéndole un porcentaje de 36.45. El resto de los rangos son porcentajes muy bajos y que no ameritan discusión.

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES INTERNOS EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA. (Gráfico No. 13)

También nos interesamos por averiguar la procedencia de los -

pacientes internos en el Hospital, dato para ser utilizado por él mismo o para otros fines académicos. El método que se siguió fué el mismo, se tomó como fuente de información los expedientes.

Otro punto que hay que hacer notar, es que lo que se averiguó, fue el lugar de procedencia y no el lugar de origen - que hubiera sido más interesante haber, pero desgraciadamente con las fuentes de información adecuadas para hacerlo.

Siguiendo en orden acostumbrado, analizamos la procedencia de los pacientes del pabellón I de varones y nos encontramos con los siguientes resultados:

El Departamento de Francisco Morazán. Tiene el mayor número de pacintes con un total de 8 pacintes de un total de 48, lo que equivale a un 20.51% probablemente porque el Hospital - está localizado en este departamento y es más facil el acceso al mismo, también se podría aducir que no todos los pacientes son originarios de este Departamento.

El Departamento de Choluteca: Ocupa el segundo lugar con un total de 5 pacientes a los que les corresponde un porcentaje de 12.82%. Es importante recordar es la poca distancia que hay de esta localidad a la ciudad capital, asi mismo, que cuenta con un Hospital regional que puede ser una fuente importante de remisión de pacientes, el tercer lugar lo comparten los departamentos de Cortés, el Paraíso y Comayagua, que tienen un total de 4 pacientes cada uno para corresponderle un porcentáje respectivo de 10.25% . Cuando nos referimos a el Departamento de Cortés, casi es como si estuvieramos hablando de la ciudad de San Pedro Sula.

El resto de los departamentos contribuye cada uno con un número mínimo que no amerita un análisis exhaustivo. También hay que recordar que el Hospital también da albergue a pa-

cientes de otra nacionalidad como ser nicaraguenses y salvadoreños.

Pabellón I de Varones, la mayor afluencia viene de los lugares con mayor facilidad para llegar a Tegucigalpa, lugares que cuentan con Hospital Regional y son lugares con concentraciones de población. O sea que en resumen podemos decir que la mayor parte de los pacientes proceden de los lugares mas populosos con facilidades de transporte, que cuentan con centros de remisión y que son lugares que tienen más potencial para generar causas para la enfermedad mental.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO Y DIAGNOSTICOS ACTUALES DE LOS PABELLONES
UNO Y DOS DE MUJERES Y VARONES RESPECTIVAMENTE DEL HOSPITAL NACIO-
NAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA. AGOSTO DE 1979.

En el mes de agosto del año de 1979 se revisaron los expedientes de todos los pacientes que en ese momento estaban internos en ambos pabellones con el objeto de conocer sus diagnósticos.

Se anotaron por aparte sus diagnósticos de ingreso, es decir - el que tenían antes de venir a este hospital; o sea el que se les había dado en el hospital de crónicos o con el que habían sido remitidos del Mario Mendoza.

Siempre nos encontramos con las dificultades de lo destruido o deteriorado de los expedientes, cuando se revisan dichos diagnósticos o impresiones diagnósticas, como se les quiere llamar, nos encontraremos con infinidad de nombres que marcan la evolución que ha tenido la Psiquiatría desde sus comienzos en el antiguo Hospital para Crónicos hasta la actual psiquiatría moderna con sus diversas escuelas del Hospital de Agudos " Mario Mendoza" Se puede apreciar que son pocos los cambios que se han hecho a los diagnósticos iniciales, son casi de forma las diferencias encontradas, lo que muestra que los psiquiatras actuales están de acuerdo con sus antiguos colegas o simplemente se conforman con la primera impresión y no continúan estudiando al paciente, con el consiguiente perjuicio para el ente tratado.

En los siguientes párrafos trataremos de dar una idea de como - están actualmente los diagnósticos actuales de ambos pabellones, por cuestiones de espacio se agruparon los mismos en forma genérica aunque también se anotan por aparte los mismos en detalle (actuales y de ingreso)

En el Pabellón I de Varones, el que al momento del estudio contaba con un total de 39 pacientes nos encontramos con los siguientes resultados:

La esquizofrenia paranoide ocupa el primer lugar con un total de 10 casos que representa 25.64 % En segundo lugar de frecuencia nos encontramos con la esquizofrenia crónica indiferenciada sumando un total de 8 casos para un porcentaje de 20.51%.

En tercer lugar ubicamos a la psicosis epiléptica (S.cerebral orgánico-epilepsia gran mal+ psicosis) con un total de 5 casos para un porcentaje de 12.82%.

En cuarto lugar con un total de 3 casos cada una se encuentran la esquizofrenia hebefrénica y las epilepsias (Epilepsia tino quan mal, Epilepsias del L. temporal, S.C.O, epilepsia), para -totalizar un porcentaje de 7.69%. cada diagnóstico.

Los casos restantes que suman un total de 9, son otros diagnósticos desconocidos, de retraso mental etc. que les corresponde un 23% del total.

En conclusión podemos decir que las esquizofrenias son la enfermedad prevalente en el pabellón I de varones, pues les corresponden un 56.41% de los casos internados en dicho pabellón.

Hay que hacer notar que 4 diagnósticos desconocidos (10.25%) probablemente correspondan a esquizofrenias con lo que el dato anterior aumentaría.

En lo que respecta al pabellón I de mujeres que en esa época -contaba con un total de 48 pacientes los siguientes son los resultados obtenidos:

La Esquizofrenia Crónica Indiferenciada ocupa el primer lugar con total de 17 casos que totalizan un porcentaje de 35.41%.

En segundo lugar la Esquizofrenia Paranoide con total de 7 casos le corresponde un 14.58% en tercer lugar de frecuencia esta la Psicosis Epileptica (S.Cerebral Orgánico, Epilepsia Gran Mal + Psicosis). con un total de 6 casos para un porcentaje de 12.5% las psicosis maníaco depresivas con un total de 4 pacientes les corresponde el cuarto lugar con un 8.32 %.

Podemos concluir con respecto a el Pabellón I de mujeres que las Esquizofrenias al igual que en el Pabellón I de varones ocupan el primer lugar. En el pabellón I de mujeres los diversos tipos de esquizofrenia alcanzan el 66.65% con un total de 33 pacientes de 48; del dato anterior sacamos que la esquizofrenia crónica indiferenciada contribuye con 17 pacientes para un 35.41%, la esquizofrenia crónica paranoide con 7 pacientes le corresponde un 14.58%.

Las esquizofrenias Hebefrénica y Catatónica tienen 2 casos cada una por lo que les corresponde 4.16% respectivamente.

Las Psicosis en general ocupan el segundo lugar con un 22%

La psicosis más frecuente es la psicosis epiléptica con 6 casos para totalizar un 12.5% ; la psicosis maníaco depresiva sólo tiene 4 casos para un porcentaje de 8.32%.

A continuación analizaremos brevemente los datos obtenidos en los pabellones II de ambos sexos que son los llamados de crónicos y que se caracterizan por el abandono en toda la línea a que están sometidos.

El pabellón II de varones en agosto 79 contaba con un total de 92 pacientes de los cuales 47 de ellos estaban con el diagnósti-

co de Esquizofrenia crónica indiferenciada para tener un porcentaje de 51.08% siendo este diagnóstico el más frecuente en dicho pabellón.

Otras esquizofrenias como la Catatónica solo tenían el 3.26% dado por 3 casos y la paranoide solo tenía el 1.08% dado por un solo paciente.

Las Psicosis ocupan en este pabellón el segundo lugar con un total de 21.73% correspondiéndole a la psicosis epiléptica la mayor contribución con 14 casos para un porcentaje de 15.21%

En conclusión: nuevamente en este pabellón las esquizofrenias ocupan el primer lugar de frecuencia como diagnóstico.

El último pabellón en analizar es el pabellón II de mujeres - que al igual que los anteriores arroja resultados similares.

Las Psicosis en general son las más numerosas en este grupo - con un total de 44 pacientes de un total de 96, o sea que les corresponde un 45.8% de este porcentaje total la psicosis epiléptica es la más numerosa pues tiene a su favor 16 casos que equivalen a un 16.66%, el resto del porcentaje está dividido entre otras psicosis como ser: Psicosis Crónica con 8 casos (8.33%) Psicosis Senil 3 casos (3.12%) psicosis maníaco depresivo con un caso para un porcentaje de 1.04%, así mismo la psicosis aguda contribuye con solamente un caso para igual porcentaje.

Las epilepsias en su mayoría etiquetadas como tipo gran mal - tienen un total de 15 pacientes que son equivalentes a un - 15.62%.

Un porcentaje del 14.58% representativo de 14 casos que son otros diagnósticos como ser retraso mental, demencia senil etc.

Como sucede en los pabellones II siempre quedan algunos pacientes sin diagnóstico dado que su expediente actual no lo anota, en este pabellón los casos incógnitos son 12 que equivalen a un 12.5 %.

Las esquizofrenias están representadas por 26 casos de esquizofrenia crónica indiferenciada por lo que les corresponde un porcentaje de 27.08% del total, por lo que en este pabellón también es el diagnóstico más frecuente.

Considerando que se ha hablado talvez demasiado en términos de números y porcentajes al analizar los pabellones de mujeres y varones respectivamente, trataré de concluir brevemente lo expuesto anteriormente.

El total de pacientes en los cuatro pabellones era en agosto de 1979 de 275 distribuidos así: 39 varones en el pabellón I; 48 en el pabellón I de mujeres; 92 en el pabellón II de varones y 96 en el pabellón II de mujeres respectivamente.

Nos encontramos que el diagnóstico más frecuente en todos los pabellones el de Esquizofrenia Crónica indiferenciada ya que del total de 275 pacientes 88 tienen esta impresión diagnóstica, o sea que el 32% de los pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita son esquizofrénicos indiferenciados crónicos. La esquizofrenia paranoide tiene en total 20 pacientes (7.27%) por lo que podemos concluir que por lo menos el 40% de la población hospitalaria son esquizofrénicos.

La Psicosis Epiléptica es el segundo diagnóstico más frecuente pues totaliza 41 pacientes que equivalen al 14.9% del porcentaje total de los pacientes internos en este Hospital Psiquiátrico.

El porcentaje restante esta dividido entre diversidad de diagnósticos y diagnósticos desconocidos.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO DEL PABELLON I DE MUJERES

- Esquizofrenia Crónica Indiferenciada	=	11 casos
- Esquizofrenia Franca	=	1 caso
- Esquizofrenia Crónica agudizada	=	2 casos
- Esquizofrenia Paranoide Crónica	=	2 casos
- Esquizofrenia Paranoide	=	2 casos
- Psicosis Afectiva	=	1 caso
- Psicosis Post Partum-Retraso mental- Esquizofrenia catatónica	=	2 casos
- Psicosis Epiléptica	=	1 caso
- Psicosis senil	=	1 caso
- Psicosis Maníaco depresiva, fase maníaca	=	1 caso
- Psicosis Maníaco Depresiva, fase depresiva	=	2 casos
- Psicosis maníaco depresiva	=	3 casos
- Psicosis crónica	=	2 casos
- Psicosis Oneiriforme	=	1 caso
- Gran Mal	=	3 casos
- Gran Mal- Psicosis	=	1 caso
- Epilepsia Temporal	=	1 caso
- Epilepsia Brote Psicótico	=	1 caso
- S.C.O. Epilepsia - Psicosis.	=	2 casos
- Episodio Psicótico esquizofrénico	=	2 casos
- Brote Psicótico	=	3 casos
- Desorden Afectivo Bipolar	=	1 caso
- Reacción Psicótica Crónica	=	1 caso
- Depresión mayor	=	1 caso

TOTAL: 48 casos

DIAGNOSTICOS ACTUALES DEL PABELLON I DE MUJERES

Esquizofrenia crónica indiferenciada	=	17 casos	35.41 %
Esquizofrenia crónica paranoide	=	7 casos	14.58
Esquizofrenia Hebefrénica	=	2 casos	4.16
Esquizofrenia catatónica	=	1 caso	2.08
Psicosis epiléptica	=	6 casos	12.50
Psicosis Afectiva	=	1 caso	2.08
Psicosis Senil	=	1 caso	2.08
Psicosis Maníaco depresivo: Fase M.	=	1 caso	2.08
Psicosis Maníaco Depresivo Fase F	=	1 caso	2.08
Psicosis Maníaco depresivo	=	2 casos	4.16
Psicosis Oneiriforme	=	1 caso	2.08
Psicosis crónica	=	1 caso	2.08
Gran Mal	=	1 caso	2.08
Brote Psicótico Esquizofrénico	=	1 caso	2.08
Brote Psicótico agudo	=	1 caso	2.08
Depresión mayor	=	1 caso	2.08
Retraso M. Psicosis Post P.E.Cat.	=	1 caso	2.08
Episodio Psicótico Esquizofrénico	=	1 caso	2.08
Sin diagnóstico	=	1 caso	2.08

TOTAL: 48 casos.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO DEL PABELLON II DE MUJERES

Esquizofrenia crónica indiferenciada	=	15 casos
Esquizofrenia crónica Indiferenciada	=	
Deterioro Mental.		2 casos
Esquizofrenia crónica.	=	3 casos
Psicosis Crónica	=	10 casos
Psicosis Aguda	=	1 caso
Psicosis-Retraso M	=	1 caso
Psicosis senil	=	1 caso
Psicosis Esquizofrenica crónica	=	1 caso
Psicosis epileptica.	=	7 casos
Psicosis Maníaco depresiva	=	1 caso
S.C.O. Psicotico	=	2 casos
S.C.O. retraso M. Psico.	=	1 caso
S.C.O. Epilepsia	=	5 casos
S.C.O. Crónico Convulsivo-Psicosis	=	2 casos
S.C.O. Epilepsia-Psicosis.	=	3 casos
S.C.O. Epilepsia Psicosis Oligofrenia		
Epilepsia.	=	1 caso
Epilepsia-Deterioro Mental	=	3 casos
Epilepsia Gran Mal-Deterioro Mental	=	1 caso
Gran Mal	=	1 caso
Síndrome convulsivo	=	1 caso
Oligofrenia profunda	=	1 caso
Retraso mental	=	3 casos
Reacción Psicótica crónica	=	3 casos
Reacción Esquizofrénica crónica	=	1 caso
Reacción psicotica crónica agudizada	=	2 casos
Reacción psicótica crónica indiferenciada-deterioro mental	=	2 casos
Reacción Psicótica	=	2 casos
Deficiencia mental moderada	=	1 caso
Sin diagnóstico.	=	21 casos

DIAGNOSTICOS ACTUALES DEL PABELLON II DE MUJERES

Esquizofrenia crónica indiferenciada	=	19 casos
Esquizofrenia crónica indeferenciada		
Deterioro mental	=	1 caso
Esquizofrenia crónica indiferenciada		
Retraso mental	=	1 caso
Esquizofrenia crónica	=	2 casos
Esquizofrenia paranoide crónica	=	1 caso
Psicosis epileptica	=	16 casos
Psicosis crónica	=	8 casos
Psicosis esquizofrénica	=	1 caso
Psicosis senil	=	3 casos
Psicosis maníaco depresiva	=	1 caso
Psicosis aguda	=	1 caso
S.C.O. Psicótico	=	2 casos
S.C.O. Epilepsia.	=	3 casos
S.C.O. Epilepsia-Psicosis	=	2 casos
Epilepgia Gran Mal-Deterioro Mental	=	5 casos
Epilepsia	=	4 casos
Reacción esquizofrenica crónica	=	2 casos
Reacción Psicótica crónica.	=	2 casos
Reacción Psicótica crónica agudizada	=	1 caso
Déficit mental moderado	=	1 caso
Demencia senil	=	2 casos
Retardo mental	=	1 caso
Reacción Psicótica	=	1 caso
Oligofrenia profunda	=	1 caso
Sin diagnóstico	=	12 casos

DIAGNOSTICOS DE INGRESO DEL PABELLON I DE VARONES

Esquizofrenia crónica indiferenciada	=	12 casos
Esquizofrenia paranoide	=	5 casos
Esquizofrenia Hebefrénica	=	2 casos
Esquizofrenia indiferenciada Epilepsia	=	1 caso
Esquizofrenia crónica paranoide	=	1 caso
Esquizofrenia senil	=	2 casos
Esquizofrenia -Epilepsia	=	1 caso
Esquizofrenia tóxica	=	1 caso
Esquizofrenia cognitiva escindida	=	1 caso
Esquizofrenia - Demencia Senil	=	2 casos
Esquizofrenia Oniroide	=	1 caso
S.C.O.	=	1 caso
S.C.O. Epilepsia Gran Mal. Retraso M.	=	1 caso
S.C.O. Psicosis. Epilepsia	=	2 casos
Episodio Psicótico Esquizofrenia crónica I	=	1 caso
Epilepsia tipo Gran Mal	=	1 caso
Epilepsia del lóbulo temporal	=	1 caso
Retardo mental profundo	=	3 casos

TOTAL

39 casos

DIAGNOSTICOS ACTUALES DEL PABELLON I DE VARONES

Esquiofrenia Crónica Indiferenciada	=	8 casos
Esquizofrenia Paranoide	=	10 casos
Esquizofrenia Hebefrénica	=	3 casos
Psicosis epiléptica S.C.O.		
Epilepsia G. M. Psicosis	=	5 casos
Psicosis senil	=	2 casos
Psicosis Cognitiva Escindida	=	1 caso
Retraso mental profundo	=	3 casos
Epilepsia tipo Gran mal	=	1 caso
Epilepsia del lóbulo temporal	=	1 caso
S.C.O. Epilepsia Psicosis	=	1 caso
Sin diagnóstico anotado en expediente	=	4 casos
TOTAL:		<u>39 casos</u>

DIAGNOSTICOS DE INGRESO AL PABELLON II DE VARONES

Esquizofrenia crónica indiferenciada	=	14 casos
Esquizofrenia crónica paranoide	=	1 caso
Esquizofrenia crónica indiferenciada retrado mental	=	1 caso
Esquizofrenia crónica indiferenciada deterioro mental	=	1 caso
Psicosis aguda	=	1 caso
Psicosis crónica-Retraso mental	=	1 caso
Psicosis Retraso mental	=	1 caso
Psicosis situacional	=	1 caso
Psicosis alcohólica	=	1 caso
Psicosis crónica	=	1 caso
Psicosis epiléptica	=	2 casos
Psicosis juvenil	=	1 caso
Esquizofrenia	=	1 caso
Esquizofrenia crónica	=	3 casos
Esquizofrenia paranoide	=	1 caso
Esquizofrenia paranoide crónica	=	1 caso
Esquizofrenia catatónica	=	2 casos
Reacción Sicótica aguda	=	1 caso
Reacción siconeurotica esquizofrénica	=	1 caso
Reacción esquizofrénica	=	1 caso
Reacción sicótica crónica-déficit mental	=	1 caso
Reacción esquizofrenica crónica	=	1 caso
Reacción maníaca -Déficit mental	=	1 caso
Reacción esquizofrenica crónica	=	1 caso
S.C.O. sin epilepsia	=	1 caso
S.C. O.	=	1 caso
S.C.O. Déficit mental psicosis	=	1 casos
S.C.O. Epilepsia Tipo Gran Mal-Psicosis	=	3 casos
S.C.O. Epilepsia Tipo Gran Mal.	=	2 casos
S.C.O. Epilepsia Psicomotora	=	1 caso
Epilepsia Retraso mental	=	1 caso
Epilepsia	=	1 caso
Déficit mental - Homosexualidad	=	1 caso
Retraso mental	=	1 caso
Retraso mental Psicosis.	=	1 caso
Retardo mental profundo	=	1 caso
Trastorno de conducta	=	1 caso
Oligofrenia	=	1 caso
Para estudio	=	1 caso
TOTAL:		<u>92 casos</u>

DIAGNOSTICOS ACTUALES DE LA SALA II DE VARONES DEL HOSPITAL NACIONAL
PSIQUIATRICO SANTA ROSITA. (HASTA JUNIO DE 1979)

Esquizofrenia crónica indiferenciada	=	24 casos
Esquizofrenia crónica indiferenciada Deterioro mental	=	19 casos
Esquizofrenia catanonica.	=	3 casos
Esquizofrenia Paranoide + Retraso mental.	=	1 caso
Esquizofrenia	=	1 caso
Esquizofrenia crónica indiferenciada Deterioro mental-Retraso mental.	=	3 casos
Psicosis Epiléptica.	=	14 casos
Psicosis retraso mental Deterioro mental.	=	6 casos
S.C.O. Epilepsia Psicomotora.	=	1 caso
S.C.O. Epilepsia Gran Mal-Psicosis Deterioro Mental.	=	3 casos
Epilepsia - Retraso mental	=	1 caso

FALTAN 16 DIAGNOSTICOS.

PERSONAL

En la actualidad el personal del Hospital es de aproximadamente 250 personas distribuidas como sigue:

1. Personal de Administración.
2. Personal de Siquiatría
3. Personal Médico general
4. Personal Médicos en Servicio Social
5. Archivo y estadística
6. Biblioteca
7. Farmacia
8. Laboratorio
9. Trabajo Social
- 10 Enfermería profesional
- 11 Enfermería Auxiliar
- 12 Psicología
- 13 Aseo y Limpieza
- 14 Personal de Vigilancia
- 15 Personal de Mantenimiento
- 16 Personal de Lavandería
- 17 Personal de Cocina
- 18 Personal de Terapia

SELECCION

El proceso de selección no ha sido el más adecuado, ya que no se han tomado en cuenta criterios importantes como ser:

- Capacidad para el cargo
- Experiencia en este tipo de faenas
- Vocación
- Estudios
- Orientación Siquiátrica Previa
- Habilidad, etc.

Lo anterior se debe fundamentalmente a que como ya sabemos, el Hospital funcionó anteriormente contiguo al Hospital General San Felipe con el nombre de Hospital para " Crónicos", es decir que allí se comenzó a emplear personal para estas funciones. Este personal era tomado del H.G.S.F. sin orientación psiquiátrica previa, sin vocación, etc. a veces de personal indisciplinado, los mandaban a laborar al Hospital Psiquiatrico como castigo.

Hay que hacer notar como dato importante que alguna parte de los empleados que aquí laboran fueron anteriormente expulsados y obligados a renunciar de otras instituciones por diversos motivos, todos ellos negativos como ser el alcoholismo, haraganería, peleones, malas costumbres, hurto, etc. Muchos de ellos sin embargo vinieron al hospital y dieron todo a él y a sus pacientes como si hubieran tenido vocación.

También se ha logrado determinar que hay prsonas con problemas de personalidad y de conducta, esto ha pasado desapercibido porque no existe manera alguna para determinarlo, esperamos que en próximas selecciones se busque la manera de hacerlo.

Al Hospital no le gusta venir a trabajar, a la gente que conoce las condiciones en que lo va a hacer; y si incluimos el problema del

transporte, es lógico suponer que el número de aplicaciones es bastante reducida y generalmente procede de personas que no hallaron colocación en otro lado o tienen mala situación económica.

En base a lo anterior se puede decir que el Hospital no tiene donde escoger y el material humano aceptado no es precisamente el mejor ni el adecuado para el Hospital.

El Hospital atraviesa por estos problemas, especialmente el de la selección de personal capacitado para trabajar, pretende elaborar - para el año 1980, un Reglamento interno para elegir los empleados - que vendrán en forma positiva ayudar y sacar adelante esta Institución.

El Hospital cuenta con ventajas y desventajas en lo que se refiere al personal ya laborante.

VENTAJAS

Hay que señalar primordialmente que el personal laborante recibió un entrenamiento en contacto directo con el paciente. Entrenamiento con más horas prácticas que teóricas donde pudo apreciar intensamente las necesidades y sufrimientos del enfermo mental, razón por la cual adquirió una conciencia real de las enfermedades siquiatricas, por lo que tienen una gran ventaja sobre otro personal de menos - tiempo de laborar en el trabajo práctico, se puede sentir la diferencia entre ambos.

DESVENTAJAS Hay que señalar principalmente que el personal de este hospital (especialmente el de enfermería), no ha sido estimulado en lo personal ni en lo económico, lo que ha hecho que se sienta - en cierto modo aislado o diferente de sus colegas de otros centros asistenciales del Estado, lo que ha motivado una indiferencia y - apatía en el trabajo que progresivamente va en aumento con detrimento de los pacientes en general.

Así mismo, como la antigüedad de algunos empleados (15,20,25 o más

años) le produce beneficios al Hospital, también le acarrea problemas, puesto que estos empleados dado el conocimiento que tienen del Hospital y de los pacientes, se creen con autoridad para interferir u ordenar en asuntos internos y externos de la Institución, se imaginan que su opinión es vital o de trascendental importancia en las decisiones a tomar. Tienen la idea falsa de que tienen más autoridad rango o jerarquía de la que en realidad tienen, lo que acarrea roces entre ellos mismos y entre el personal de administración, se oponen a ciertos cambios o se pronuncian sobre los que les convienen.

Hay que señalar que han formado un mundo bastante hermético donde es difícil penetrar e intercalar pláticas serias con ellos, por lo que no se puede predecir con exactitud como actuarán.

El aburrimiento del personal es un factor bastante negativo para el Hospital debido que si al tipo de trabajo le agregamos los muchos años de una labor repetida, su rendimiento se viene abajo y la eficiencia de los primeros años se deteriora.

Además, la única cafetería que tiene el Hospital no llena los requisitos para ser un lugar de recreo.

Otro factor negativo y de trascendental importancia es el pésimo servicio de transporte que se brinda, dado que las unidades sobrepasan la capacidad de pasajeros para lo que están diseñadas, lo que provoca una incomodidad al ir completamente apretados, llegando hasta producir leves altercados por un asiento, además para recorrer una distancia de 45 kms. que se tarda en llegar por lo menos una hora lo que hace que el empleado pase dos horas de su trabajo sentado en un incómodo bus.

El hospital cuenta con una organización sindical bastante poderosa y que a veces quiérase o no, imponen sus criterios en diversos aspectos que no siempre favorecen la labor del hospital.

Hay que anotar y que es muy importante, es que dentro del hospital se han creado o formado a través del tiempo 45-50 familias que - incluyen : Matrimonios, hijos, primos, etc. que facilita ciertas funciones pues ellos arreglan internamente su roll de trabajo y turnos, para que el Hospital siempre tenga una cobertura adecuada.

EDUCACION EN SERVICIO

La educación en servicio ha tratado de impartirse, y ya se han - dado cursillos auspiciados por el Instituto Nacional de forma- ción profesional (INFOP) como ser de Relaciones Humanas.

Para el próximo año de 1980 se piensa impartir un curso de orien- tación siquiátrica, dirigido a todo el personal del Hospital (con excepción de los médicos, sicólogos, terapistas, etc) , desde el personal de aseo hasta el administrativo, para que se tenga una mejor visión y se comprenda las finalidades y progresos del Hospi- tal y hacerles ver de la manera en que pueden contribuir al buen funcionamiento de sus labores.

En el año de 1979 se repartió una cartilla que explicaba varios as- pectos sobre el hospital, se hizo una explicación por parte del Departamento de Sicología con resultados alagueños, lo que da una buena señal para entrenamientos posteriores.

PROBLEMAS DE EMPLEADO EN SI

Hay o se quiere hacer un aforismo que dice que el empleado de una Institución psiquiátrica, generalmente tiene desajuste emocional o simplemente que el trabajar en un Hospital siquiátrico ya es un síntoma de enfermedad mental.

Aquí en nuestro Hospital Siquiátrico de Santa Rosita, encontramos parte del personal con problemas que van desde leves a serios, lo malo del caso es que no se ha podido determinar la etiología de - esos padecimientos, porque no se les han practicado ningún estu-

dio para investigarlos, encontramos personas con problemas de alcoholismo, deprimidos, agresivos y si ahondamos en una investigación a fondo, seguramente saldría personal con problemas sicóticos.

Puede existir la posibilidad de que exista una contaminación ambiental, es decir, dado que el personal convive y trabaja tan directamente relacionado con el paciente en las condiciones que ya sabemos, es probable que ésto incida en su mente y le cause disturbios de diversa índole.

Como dijimos en párrafos anteriores el empleado de este Hospital es de difícil acceso, razón por la cual no se puede saber los problemas anteriores de él.

EMPLEADO INSTITUCION

Básicamente se vuelve a caer en lo mismo, como se dijo anteriormente el empleado se cree muy competente y que sabe el funcionamiento al dedillo de la Institución y cuando la dirección del mismo o las autoridades centrales emiten nuevas disposiciones o se quieren hacer cambios a las vigentes, encontramos que es frecuente contar con el negativismo de esta gente, puesto que si las cosas no les parecen tratan de hacerlas a su manera, dilatan como pueden el asunto y esto crea lógicamente alteraciones a la marcha del Hospital.

Pero a partir de diciembre de 1977, en que se celebró el primer taller para el mejoramiento del Hospital Santa Rosita se trató de hacer conciencia en el empleado de la ayuda que tiene necesidad la institución para seguir adelante, de la cooperación que deben de prestarle al mismo para que se pueda producir un cambio positivo y sacar al Hospital del estado deplorable en que desgraciadamente se encuentra, pues la siquiatría de este hospital, quiérase o no, se está saliendo de los patrones tradicionales, probablemente

te por la influencia de algunos médicos que se están sacrificando más allá de sus deberes y obligaciones.

PROBLEMA MEDICO EMPLEADO

Existe un problema con los médicos de este hospital, y es que salvo algunas excepciones son aves de paso (principalmente con los de servicio social).

El médico especialista en siquiatría simplemente se limita a cumplir sus obligaciones, pasa visita diaria, revisa sus pacientes en forma rutinaria y se retira, es raro que se preocupe en particular por un por un paciente (solo en un caso especial), eso ha hecho que el paciente con quién se siente más ligado es con el empleado que pasa muchos más horas con él, lo alimenta, le aplica sus medicamentos, lo baña, lo conoce en la mayoría de los casos, desde muchos años atrás, lo que produce en el empleado la seguridad de que conoce mucho más al paciente que el médico.

Cuando llega el nuevo facultativo y empieza a revisar el caso, el empleado ya conoce lo que va a suceder pues anteriormente ha visto hacer lo mismo a otros médicos y conoce (hay que reconocer) con mucha frecuencia las reacciones del paciente, pues sabe a base de los fracasos y aciertos de otras personas. Incluso le da por averiguar la capacidad del nuevo galeno a sabiendad de que ya conoce los resultados, esto le da un aire de falsa seguridad en si mismo.

Ese alejamiento que ha tenido el personal médico siquiatrico ha hecho que junto al acercamiento del empleado paramédico, los primeros hayan perdido bastante autoridad y respeto por parte del paciente, lo que hace que algunas veces el médico sienta el vacío - que le hace el paciente y sienta algún sentimiento negativo. Afortunadamente en nuestro hospital, tal vez han habido roces pero han sido insignificantes y no han trascendido.

Se puede asegurar que el médico general y el médico en servicio social han servido como vínculo o puente de relación entre el personal médico y paramédico y administrativo respectivamente, incluso los actos sociales se ven animados por la camaradería que existe dentro del personal. Los problemas serios como ser la no aceptación de un Director anterior ya son cosas del recuerdo y el Director - actual persona muy dinámica y capaz, lleva las relaciones de la administración y el personal en magnífica forma.

PROBLEMAS PACIENTE-MEDICO

Se puede decir que entre el médico y el paciente no existen problemas, tal vez la relación médico-paciente se encuentre un poco deteriorada debido al poco tiempo que se tiene para ver a cada paciente dado el alto número que le toca a cada médico.

Ataques de parte de los pacientes son raros dado que la mayoría son pacíficos y cuando se vuelven agresivos se ponen en aislamiento hasta que se calman.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Promulgación del Reglamento Interno del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, señalando pautas específicas para la selección del personal que viene a laborar a este centro.

Que al personal que actualmente labora en el Hospital se le den: Cursos, cursillos, seminarios, educación en servicio, etc. es decir, que se le estimule que se le promueva, que se dé una educación que básicamente sea dirigida hacia el aspecto psiquiátrico sin descuidar otras áreas que ayudan al empleado a mejorar su rendimiento.

Que se den becas para estudiar en el extranjero, al personal más eficiente para mejorar el nivel de atención del hospital.

Que se establezcan vínculos con Hospital Psiquiátricos del área, principalmente con los más adelantados, como ser los Hospitales de Costa Rica, donde son más conocidos los hondureños, y además porque actualmente hay dos médicos hondureños trabajando allá y que recién estuvieron en este hospital y que seguramente ayudarían a que más compatriotas fueran a estudiar a ese país.

Estimular a los empleados con las llamadas "Vacaciones Profilácticas", aparte de las vacaciones obligatorias considerando que este tipo de personal está expuesto a lo que enunciamos, antes como contaminación ambiental y dado su contacto de 8-12 horas diarias con el paciente, lo anterior es altamente recomendable.

Mejorar el servicio de transporte porque el actual es deficiente y se necesitan dos horas y es altamente dañino para el empleado por las incomodidades y penurias que este produce.

Tomar medidas en cuanto al servicio de agua potable, pues no hay agua para tomar, instalar un oasis con agua refrigerada y baños para el empleado.

Mejorar el servicio de la cafetería para que el empleado tenga donde ir a tomarse siquiera un refresco teniendo en cuenta que el servicio de cocina tardará mucho en ser mejorado.

ENFOQUE SOCIAL

POLITICA HOSPITALARIA

En cuanto al enfoque social, política hospitalaria manejo y tratamiento del paciente psiquiátrico, se puede decir si en realidad la política del Hospital Santa Rosita ha sido el tratamiento tradicional a base de medicamentos, bartolinas, electro shock y tratamiento un poco fuerte de parte de los empleados encargados de cuidarlos.

Si el paciente acusaba alguna mejoría se le daba de alta y se le permitía salir del Hospital (Se le suministraba medicamento para tres y más meses) cosa que dejaba amplio margen para recaídas, considerando que durante todo este tiempo se le podían extraviar, dichas medicinas no seguir las indicaciones dadas por los especialistas, dificultades diversas para reponer los medicamentos en el caso ideal que siguieran las indicaciones cumplidamente, dificultades - como ser lugares de residencia muy distantes, dificultades de transporte, dificultades de comunicación, etc. Es decir, que el paciente recibía más que todo una terapia medicamentosa , dando poco o ningún lugar para la Sicoterapia, pruebas de Psicología y tratamiento psiquiátrico de otra naturaleza, lo cual daba lugar a que el paciente tuviera múltiples ingresos.

A partir de 1977, en el primer taller para la transformación del - Hospital Nacional Psiquiatrico Santa Rosita, se sentaron las bases aunque leves para dar lugar a una nueva política hospitalaria.

En primer lugar se pensó en suspender nuevas cercas que limitaban la libertad del paciente.

Asi mismo, se acordó que se mejorará el trato por parta del personal hacia el paciente, que como referimos anteriormente era un tanto grosero y pesado.

Se promulgó, se hizo incapié en la necesidad de omitir completamente la terapia con electricidad (electroshock), cosa que se ha logrado casi en un 95%.

Así mismo, se promulgó por disminuir la remisión de los pacientes a las Chartolinas por considerar que estas, el paciente caía en un grado muy bajo , se defecaba, se orinaba, etc, y no daba ningún resultado que se pueda considerar positivo.

También se consideró en disminuir las dosis de medicamentos que produjeran reacción demasiado fuertes, principalmente de tipo extra -

piramidal. Medicamento de tipo Clorhidrato de Flufenazina (anaten-sol) usado en los tratamientos de los estados tensionales y de ansiedad que se prestan como trastornos primarios o que acompañan a diversas enfermedades.

La dosis usada de anaten-sol llegaba hasta los 4 cc (2 mg) Hay que tomar en cuenta que dosis de 1 mg. para arriba deben de manejarse con mucha precaución. Actualmente este medicamento es usado en forma muy cuidadosa.

También se promulgó por aumentar las terapias, es decir, la terapia ocupacional, terapia reactiva y la misma terapia espontánea, ha demostrado que dan buenos resultados cuando cuentan con medios suficientes para ser impartidas. Se comprobó que el tiempo de estadía mejoraba, es decir, que el tiempo de permanencia del paciente en el Hospital era menor.

En resumidas cuentas en dicho taller se trató de que el paciente psiquiátrico es un ser humano y como tal debe de versele y considerársele. Lo anterior se ha logrado en un 10-20% pero siempre se sigue manejando al paciente a base de medicamentos, la barbitolina y el trato algo fuerte como ya se había anotado anteriormente.

Se propugnó por disminuir el electroshock, pero no para aumentar los medicamentos, sino el de dar más psicoterapia.

Algunos pacientes ya han sido dados de alta pero han sido dados de alta y abandonados por sus familiares por lo que el hospital le sirve de asilo o de hospedaje obligado.

PROBLEMAS FAMILIARES DEL PACIENTE

Al tratar sobre los problemas familiares del paciente nos encontramos que este es en su mayoría de origen rural o campesino, de escasos

recursos económicos y de un nivel cultural muy bajo, por lo cual estas familias no entienden lo que es un enfermo mental simplemente para ellos es un "LOCO", y hay que deshacerse de él porque es una vergüenza para la familia, y es lo que generalmente hacen, vienen a dejar pacientes y los dejan abandonados a su suerte y no se vuelven a preocupar por su estado, prácticamente lo dan por muerto.

Otro problema que se agrega a los ya anunciados, es la lejanía de su residencia por lo que evita que ellos puedan venir a este hospital, que como sabemos queda bastante alejado de la ciudad lo que contribuye a gravar el problema.

Si a lo anterior le agregamos sus bajos ingresos, nos damos cuenta de que les sale inmensamente caro el poder transportarse de ida y vuelta, abandonar sus cultivos o dejar su trabajo.

Otro aspecto problemático lo dan los mismos médicos de las diversas ciudades del país (San Pedro Sula, Tela, Santa Bárbara etc) Que no se molestan en hacer una buena revisión e historia clínica de los pacientes, si no que los remiten directamente al Hospital Agudos " MARIO MENDOZA" , y de allí al Santa Rosita, si se sacaran las estadísticas de las malas remisiones se apreciaría el porqué del congestionamiento en ambos hospitales psiquiátricos.

No solamente vienen a este Hospital personas de un nivel cultural económico y de cultura baja. También hay pacientes de la clase media y de la alta, aunque el número significativamente menor.

Los primeros abandonan a sus familiares por los motivos ya expuestos anteriormente, mientras que los segundos son abandonados por vergüenza, de ser un alcohólico crónico en la familia, o por temor al que dirán el resto del mundo social (cabe hacer notar que también estan bastante equivocados en su idea de lo que es un enfermo mental). Hay que hacer notar que ambos grupos familiares tienen la idea equivocada (o quieren tenerla) de que cualquier enferme-

dad sea manejada en la casa, el hospital tiene la obligación de tenerlos asilados. Lamentablemente no hay forma de sacarlos de ese error.

Ultimamente se ha puesto en marcha un programa llamado visita domiciliaria, que consiste en que si la familia no puede venir a la institución esta llegará a donde ella, está labor la lleva a cabo el trabajador social en su mayor parte otras veces ayudan otras personas que dan de su dinero para costearse el transporte, alimentación, etc.

Otras veces la institución ayuda monetariamente. El plan en esencia consiste en conocer el domicilio del paciente, ver su progreso, anotar si toma sus medicamentos, llevarle cuando haga falta, darle explicaciones a la familia para que cambie de idea.

Respecto al paciente, ver si no hay otras personas con alteraciones de conducta, ver factores que puedan concibir la conducta del paciente etc.

El plan anterior se hizo en vista de la dificultad que tienen los Siquiatras de todo el país y personas que tratan con los enfermos mentales, de que la familia acepte al paciente como tal y que contribuya a su mejoría, es decir, que la labor del empleado que hace ese tipo de visitas es de concientización, trae sus observaciones con lo que hace sugerencias para sacar conclusiones.

Cabe notar que actualmente el plan practicamente ha fracasado, ya que no cuenta con suficiente personal, y más porque no hay financiamiento económico para esta actividad, por lo que, se ha reducido a dos visitas para obtener resultados positivos.

También hay que notar que el Trabajador Social de el hospital es un estudiante de Derecho, que tiene la voluntad de trabajo y bastante experiencia pero la verdad es que se necesitaría un Trabajador Social graduado (preferiblemente dos o tres), para mejorar

el plan por lo menos en lo que a personal se refiere.

La mayoría de los trabajadores sociales consultados, relatan que no trabajan en el Santa Rosita por tres motivos fundamentales:

Bajo Salario

Demasiado largo

No les gusta ese tipo de trabajo.

PROBLEMAS SOCIALES

Al abocar los problemas sociales, tenemos que dividirlos en dos partes:

1. El rechazo que la Sociedad tiene del paciente, cuando se fuga un paciente, aparecen denuncias en los radios, periódicos, televisión, etc. Quejas al Ministerio y al hospital, no porque estén interesados en la salud del paciente o porque éste se pueda lastimar, lo que interesa es que el paciente no regrese a su casa, ya que mayor parte de las denuncias proceden de familiares.

Anteriormente se había formado un patronato para la protección del paciente, pero dicho patronato, cayó en desgracia o perdió el interés para lo cual había sido fundado por el bajo concepto que se tiene del paciente.

Las instituciones de beneficencia se preocupan poco o casi nada, las donaciones a este hospital son muy pocas, y otros hospitales del Estado son los que reciben más beneficios. Si consideramos además el bajo presupuesto del hospital notamos que la situación social del paciente es bastante crítica.

- 2) Otro aspecto que afecta principalmente al paciente que sale del Hospital y quiera reintegrarse a su fase productiva, es decir, quiere reincorporarse a su trabajo, suceden dos cosas, principalmente se siente traumatizado lo que incide en un bajo rendimiento en su trabajo porque siente que todos lo consideran un enfermo y están pendientes de él.

Rechazo de la Sociedad por haber estado en un Hospital Psiquiátrico y considerar que todavía no está curado. Este rechazo se traduce en que no se le da trabajo o le ofrecen trabajos de menor categoría al que tenía y menor salario.

La otra parte consiste en que la misma sociedad es generadora de enfermedades mentales. Está comprobado que no solo hay problemas de tipo orgánico bioquímico y genético, etc. que pueden desarrollar una enfermedad mental sino también que los problemas sociales que vive el país.

Actualmente pueden condicionar la aparición de enfermedad mental, para el caso la desnutrición, la miseria, la repartición injusta de los bienes, la falta de trabajo, los sueldos para la mayor parte de la población, problemas de alcoholismo, prostitución, violencia, que son generados por los medios de comunicación como la televisión, el cine y la radio. El cine contribuye con sus películas pornográficas de violencia, etc.

Lo anterior provoca en los individuos con enfermedad mental a que le aflore.

Y por último los individuos que son sanos se les puede generar la enfermedad.

Mientras no se haga un enfoque de lo anterior, el Hospital Nacional Psiquiátrico seguirá siendo el destino final de estos enfermos. O sea de lo que debemos tratar de hacer es evitar en lo que se pueda los factores generadores de enfermedad mental, ya que es más fácil lo anterior que rehabilitar al paciente propiamente dicho.

PROBLEMAS PACIENTE EMPLEADO Y PACIENTE A PACIENTE

Un aspecto muy importante de mencionar son los problemas paciente y empleado, y de paciente a paciente.

Cuando se dan noticias sobre el Hospital Santa Rosita, mencionan a veces hechos que son fuera de la realidad, debido más que todo al afán sensacionalista y amarillista de los medios de comunicación que nosotros tenemos y por el acostumbramiento que estos medios han hecho del pueblo hondureño a noticias del tipo morboso; entonces se dan noticias de que hay relaciones sexuales entre empleados y pacientes, incluso se menciona que pacientes mujeres salen embarazadas de los mismos pacientes varones y a veces mencionan que salen embarazadas por los empleados.

Lo anterior no deja de tener ciertos visos de realidad o de veracidad, pero no con tanta exageración como lo mencionan dichos medios que exageran al máximo las noticias.

El índice de pacientes que salen embarazadas es muy bajo en este Hospital, para una población de 300 pacientes que oscila entre 150 mujeres y 150 varones.

Máxime conociendo las características de la enfermedad mental en la mujer la cual la vuelve bastante erótica en la fase florida de la enfermedad y algunos pacientes varones también se ven afectados como las mujeres.

La relación entre el empleado y el paciente se ha tratado de evitar

mediante concientización, amonestaciones, sanciones por lo que el índice ha bajado enormemente.

En todos los hospitales se puede decir ha habido casos como los que suceden en Santa Rosita, o por lo menos ha habido intentos que son en un número relativamente pequeño y además no se le dan publicidad. El Hospital Psiquiátrico como lo mencionamos antes tiene la desgracia de estar con mala suerte, ya que algunos medios se aprovechan de la morbosidad bastante acentuada de mucha parte del pueblo hondureño.

CONCLUSIONES GENERALES

Se hizo un trabajo sobre la primera parte Médica-Administrativa, social tratando de analizar brevemente la problemática que actualmente atraviesa el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, que es el único de su especie en nuestro país.

Se comprueba que sigue la línea de la Siquiatría tradicional con sus problemas de terapia, con grandes problemas económicos, su localización lejos de la ciudad genera otro tipo de problemas como ser el de transporte, dificultades a los familiares para ver o visitar a sus parientes, lo que produce el abandono de los mismos, o sea que el paciente sigue alejado de la sociedad, que dicho sea de paso le conviene que el paciente o enfermo mental esté largo, ya que como ella lo rechaza le es más difícil deshacerse de él.

Si lo comparamos con los Hospitales del resto del área, es decir, Guatemala, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, se aprecia que no somos mejores, pero tampoco se puede decir que sus hospitales psiquiátricos sean superiores al nuestro.

Los hospitales psiquiátricos de Costa Rica, son más bonitos, limpios, elegantes pero desde el punto de vista del tratamiento se puede decir que son iguales.

Como todo Hospital tiene sus problemas de tipo administrativo principalmente debido a la poca importancia que le dan las autoridades centrales al paciente mental, lo que incide es que le adjudican un presupuesto bajo con el cual no puede desarrollar sus funciones a cabalidad, ya que los Psiquiatras no quieren venir a trabajar tan largo con sueldos tan bajos y cuando lo hacen solamente trabajan por horas lo que provoca que el paciente no reciba la atención psiquiátrica adecuada con sus repercusiones ya citadas anteriormente.

También se puede sacar como conclusión que las estadísticas generales del hospital se encuentran muy flojas si las comparamos con la Estadística Nacional, en otras palabras el Departamento de Estadística del Hospital Santa Rosita ha estado funcionando mal por falta de personal especializado y número insuficiente del mismo, etc. pero actualmente ya se están sentando bases para la mejora de este vital departamento.

Conclusión: Importante es el grado de pacientes abandonados por la sociedad.

La selección del personal es deficiente, no tienen el entrenamiento adecuado para el desarrollo eficiente de sus labores.

Los problemas anteriores provienen de la falta de material humano para poder escoger y se toma el que viene a solicitar trabajo, ya que a la mayoría de las personas que desean trabajar no lo hacen en lugares que tienen que viajar y no les agrada estar tratando con personas que padecen enfermedades mentales.

Otra característica encontrada que siempre en cualquier hospital hay problemas de índole empleado-paciente y de paciente a paciente-médico, etc. pero todos se pueden corregir , unos a corto plazo y otros a largo plazo.

RECOMENDACIONES GENERALES

Concientizar a la Sociedad y al gobierno de que los Hospitales Siquiátricos del país merecen una mejor atención.

Concientizar a la Sociedad y al Gobierno de la necesidad de disminuir, abolir, reglamentar la propaganda de licores, cancelar ciertos programas de televisión caracterizados solo por violencia cancelar las películas pornográficas, revistas morbosas, etc. ya que está comprobado su papel como factores gobernadores de enfermedades mentales.

Tratar de cambiar el sistema de vida de la mayoría del pueblo hondureño, con mecanismos para aliviarlo de la miseria que es un factor determinante para la aparición de desórdenes mentales.

Se dé prioridad de becas para que el personal del Hospital se especialice, comenzando por el personal médico, luego el personal de terapia, de enfermería. etc.

- A los empleados que se sospeche que tengan problemas emocionales, sean investigados voluntariamente por el personal siquiátrico del Hospital, por el Departamento de Psicología para bienestar de ellos mismos y del hospital.
- Que se aumente el número de personal, desde los médicos hasta los aseadores para elevar el nivel de rendimiento.
- Mejorar los departamentos especialmente el de Terapia, ya que actualmente cuenta con solo un terapeuta profesional, el cual se ve imposibilitado a efectuar una labor eficiente y completa por la falta de personal.

- Que los futuros médicos en servicio social sean elegidos entre aquellos que en realidad tengan vocación para siquiatria y no solamente vengan por las ventajas de la cercanía del hospital con Tegucigalpa y por los turnos descansados, para no desperdiciar material humano, pues de tres médicos que están actualmente haciendo servicio, solamente uno piensa realizar estudios de siquiatria y los dos restantes Medicina Interna (cabe hacer notar que hicieron una brillante labor en el Hospital, si lograran quedarse los tres en siquiatria harían una eficiente labor en bien del Hospital Siquiátrico.
- Incorporar al servicio social profesionales de otras áreas como ser de enfermería , sicología, trabajo social, odontología etc. Ya se tiene una excelente experiencia, brindada por el sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de nuestra Universidad, a través de la Instructoría de Siquiatria bajo la dirección del Dr. Daniel Herrera, se logría hacer el primer marathón para el mejoramiento del Hospital Psiquiatrico Santa Rosita (anteriormente se había hecho otro para el antiguo hospital para crónicos).
- Formar nuevos grupos de trabajo, nuevos planes, si lograran incorporar otras carreras.
- Aumentar los sueldos y aumentar el pago de las horas extras.
- Tratar de que las visitas domiciliarias se intensifiquen y darles todo el apoyo que necesiten.
- Tratar de conseguir un nuevo equipo de radio o alguna comunicación para estar en contacto con Tegucigalpa.

- Tratar de que el Hospital Escuela de mayor atención cuando se les solicite interconsulta para nuestros pacientes.
- Aumentar en lo que se pueda el PRESUPUESTO PARA EL HOSPITAL, porque básicamente este es el problema más grande que tiene el Hospital, solucionando este, los restantes son un poco más fáciles de resolver.

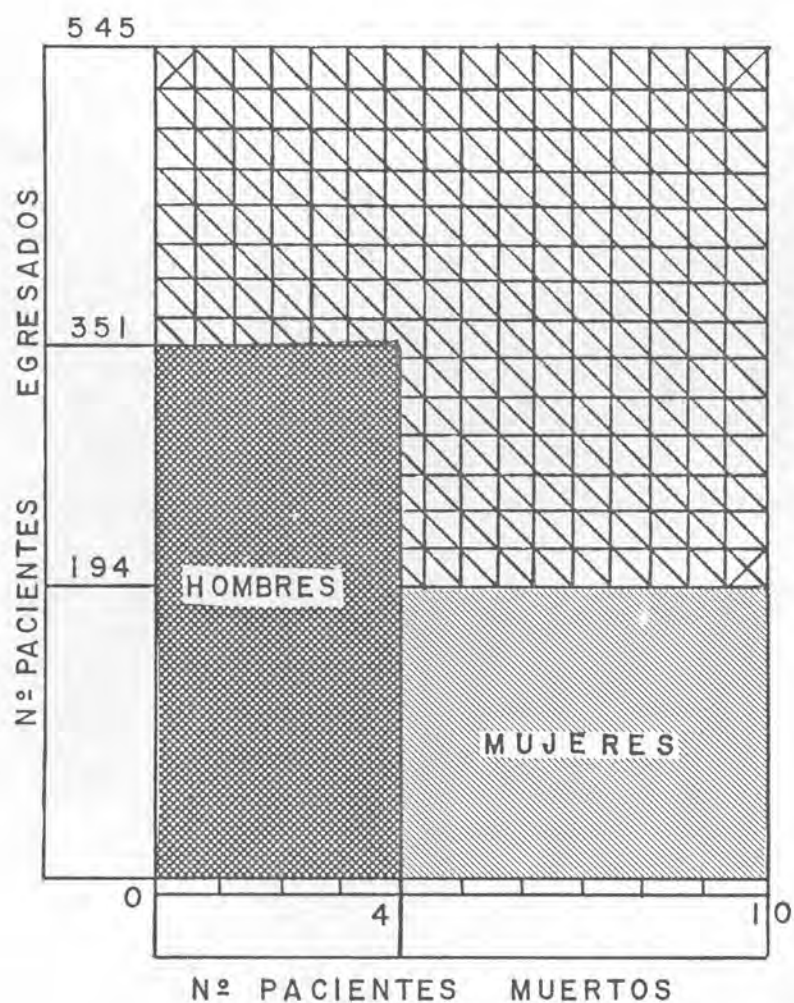
BIBLIOGRAFIA

1. Archivos del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita. 1976-1977-1978-1979
2. Archivo Particular. Dr. Julio César Burdeth
3. "El Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita y la enfermedad mental en Honduras"
Del libro en preparación : " La Participación del Médico General en un Hospital Psiquiátrico" Por el Dr. Julio Cesar Burdeth.
4. " Una Terapia Ocupacional" Por la Licenciada Elisabeth de Castellanos. Jefe del Departamento de Terapia Ocupacional del HONPSANROS.
5. Investigación sobre Epidemiología Psiquiátrica en Honduras.
Escuela de Enfermería " Dr. Mauricio Campagna" Hospital Vicente D'Antoni .
6. Análisis sobre la situación actual del Hospital Psiquiátrico Nacional " Santa Rosita"
Tesis de Grado sustentada por el Dr. Wilfredo Alvarado Madrid. 1978.

=====

GRAFICO N° 1

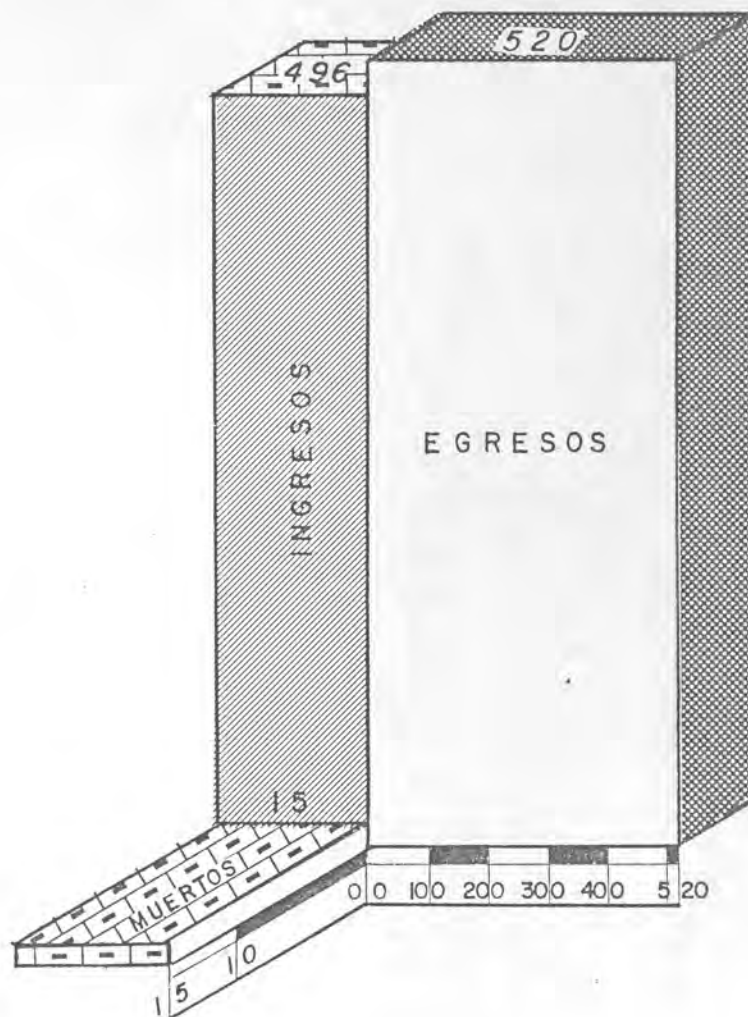
RELACION ENTRE MORTALIDAD
Y NUMERO DE EGRESOS EN 1977



FUENTE: Archivos Hospital Nacional Siqulátrico
SANTA ROSITA
1979

GRAFICO N° 2

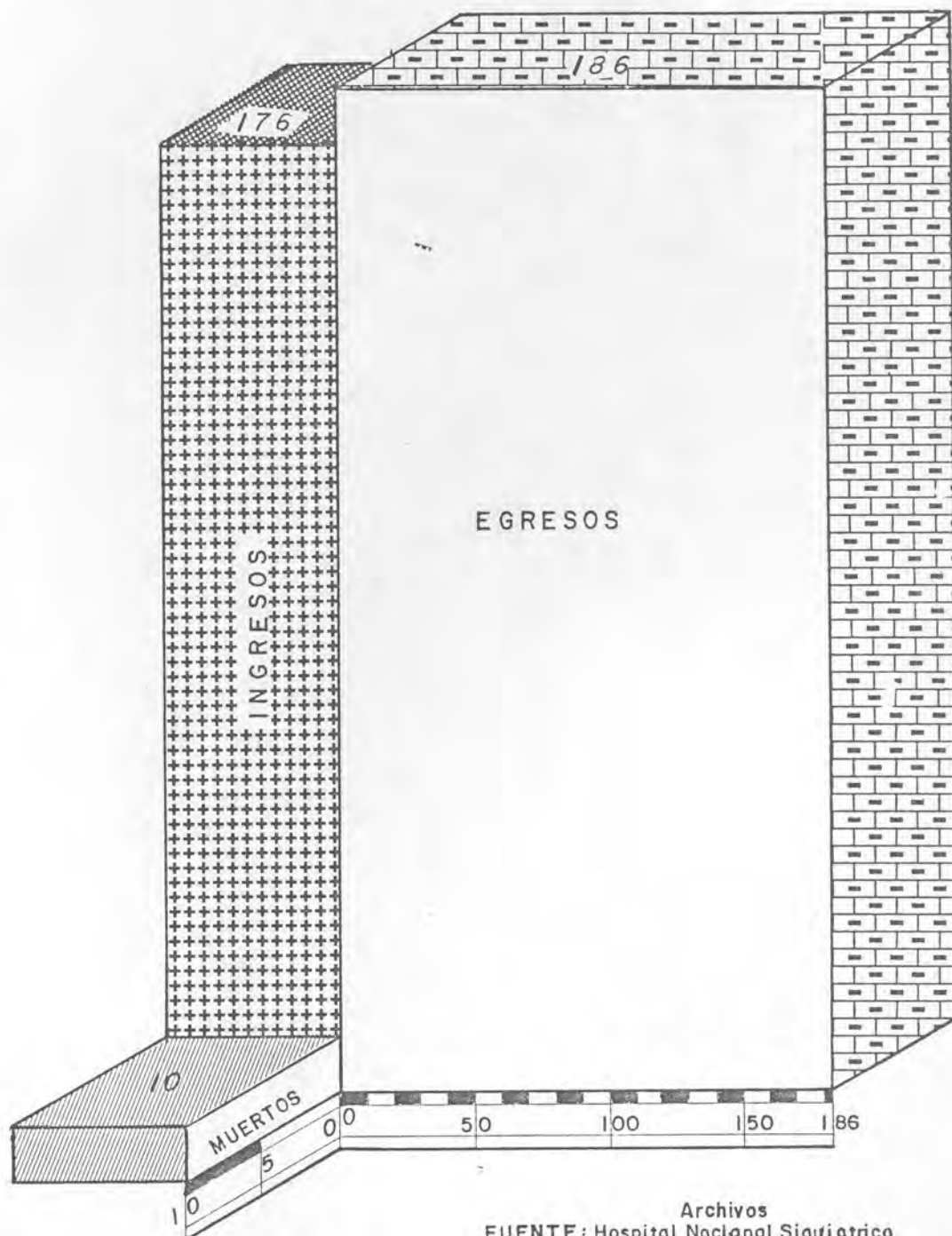
RELACION ENTRE MORTALIDAD
Y N° DE EGRESOS EN 1978



FUENTE : Archivos Hospital Nacional Siquiátrico
SANTA ROSITA
1979

GRAFICO N° 3

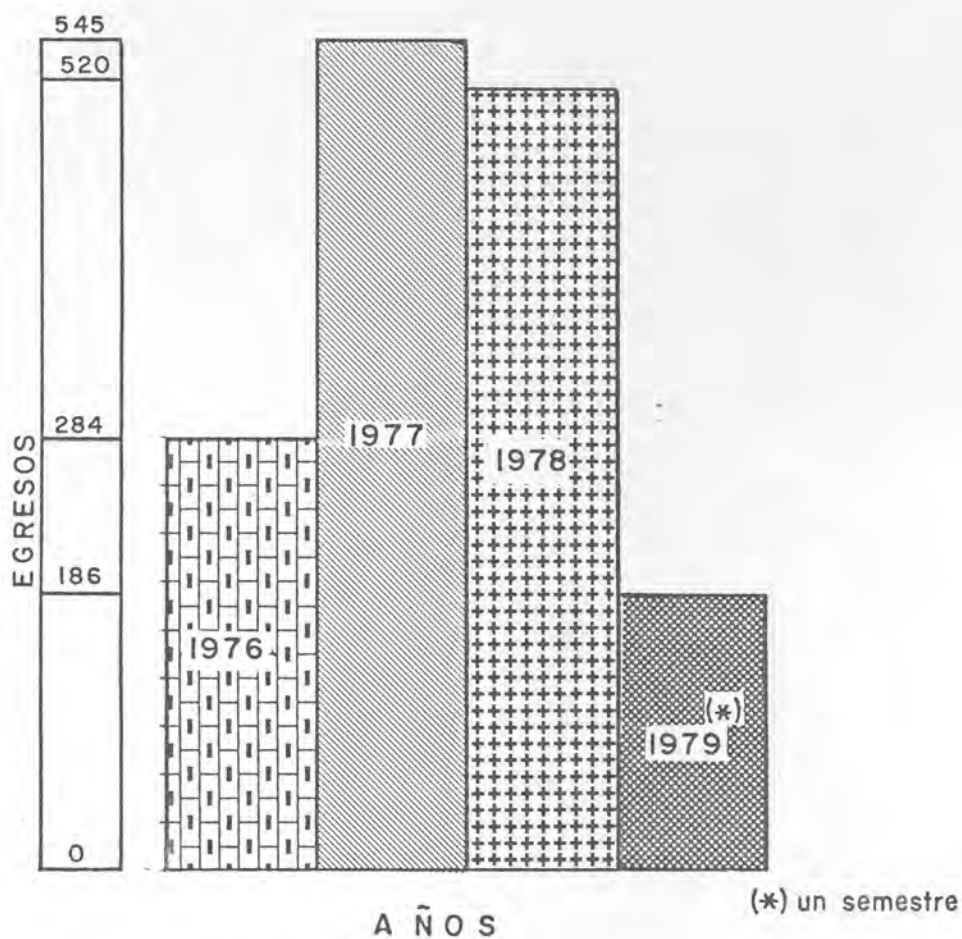
RELACION ENTRE MORTALIDAD
Y N° DE EGRESOS EN 1979
(hasta junio)



Archivos
FUENTE: Hospital Nacional Siquiátrico
SANTA ROSITA
1979

GRAFICO Nº 4

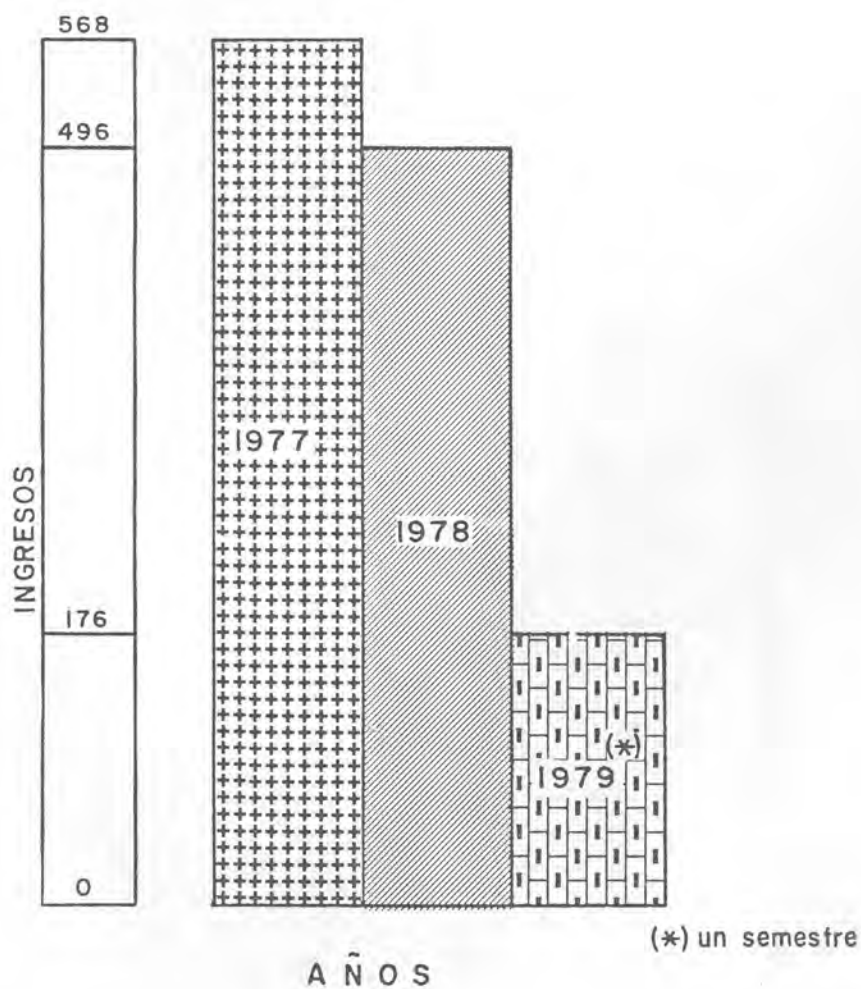
COMPARACION DE LOS EGRESOS DEL
HOSPITAL SANTA ROSITA DURANTE LOS
AÑOS DE 1976 A 1979



FUENTE : Archivos Hospital Nacional Siquiorrlico
SANTA ROSITA
1979

GRAFICO N° 5

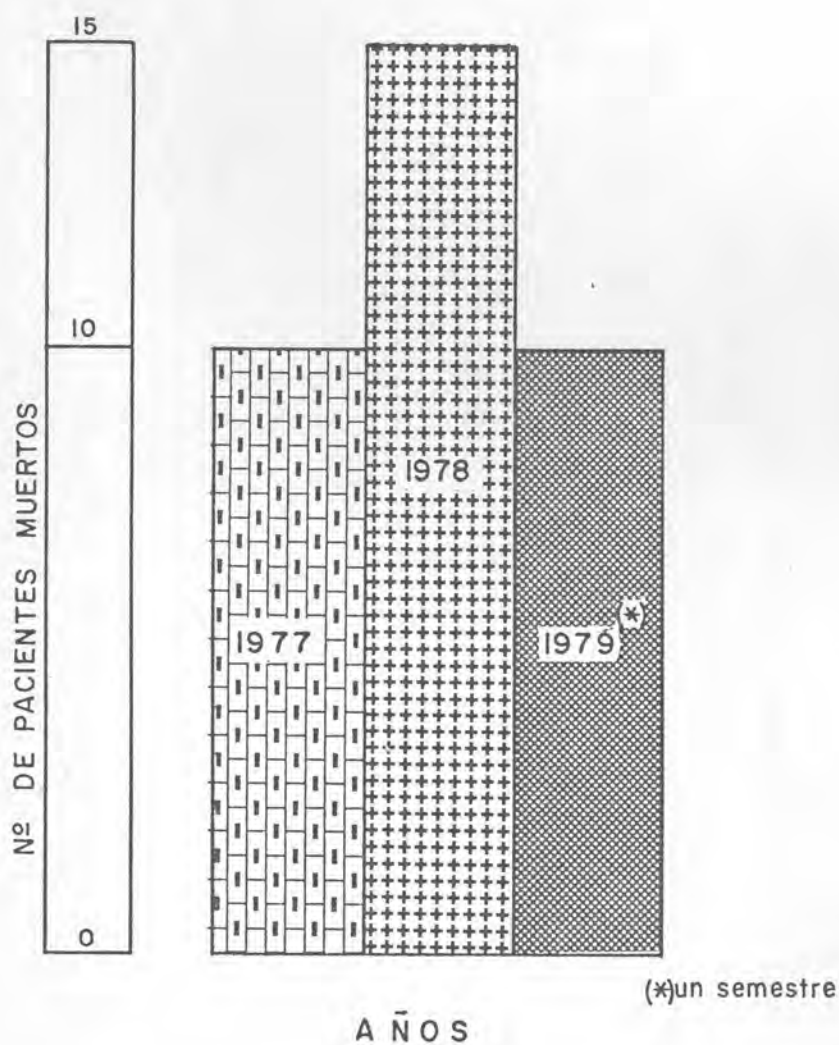
COMPARACION DE INGRESOS AL
HOSPITAL SANTA ROSITA LOS
AÑOS DE 1977 A 1979



FUENTE: ARCHIVOS HOSPITAL NACIONAL SIQUIATRICO
SANTA ROSITA
1979

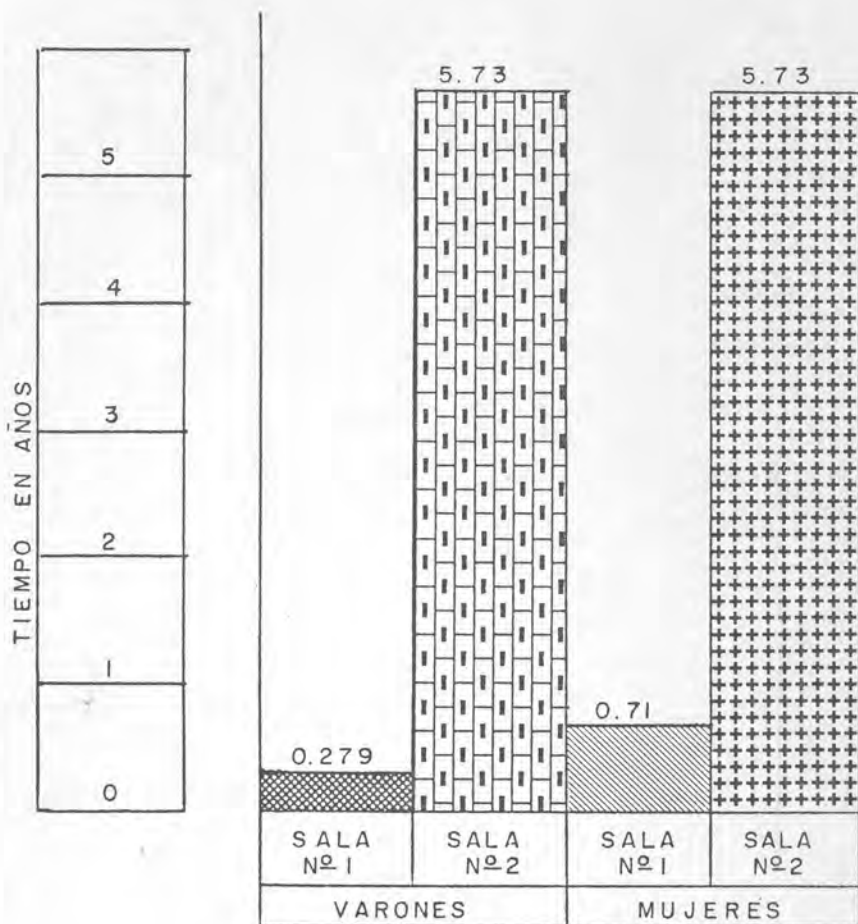
GRAFICO N° 6

COMPARACION DE MORTALIDAD EN
EL HOSPITAL SANTA ROSITA DURANTE
LOS AÑOS 1977 A 1979



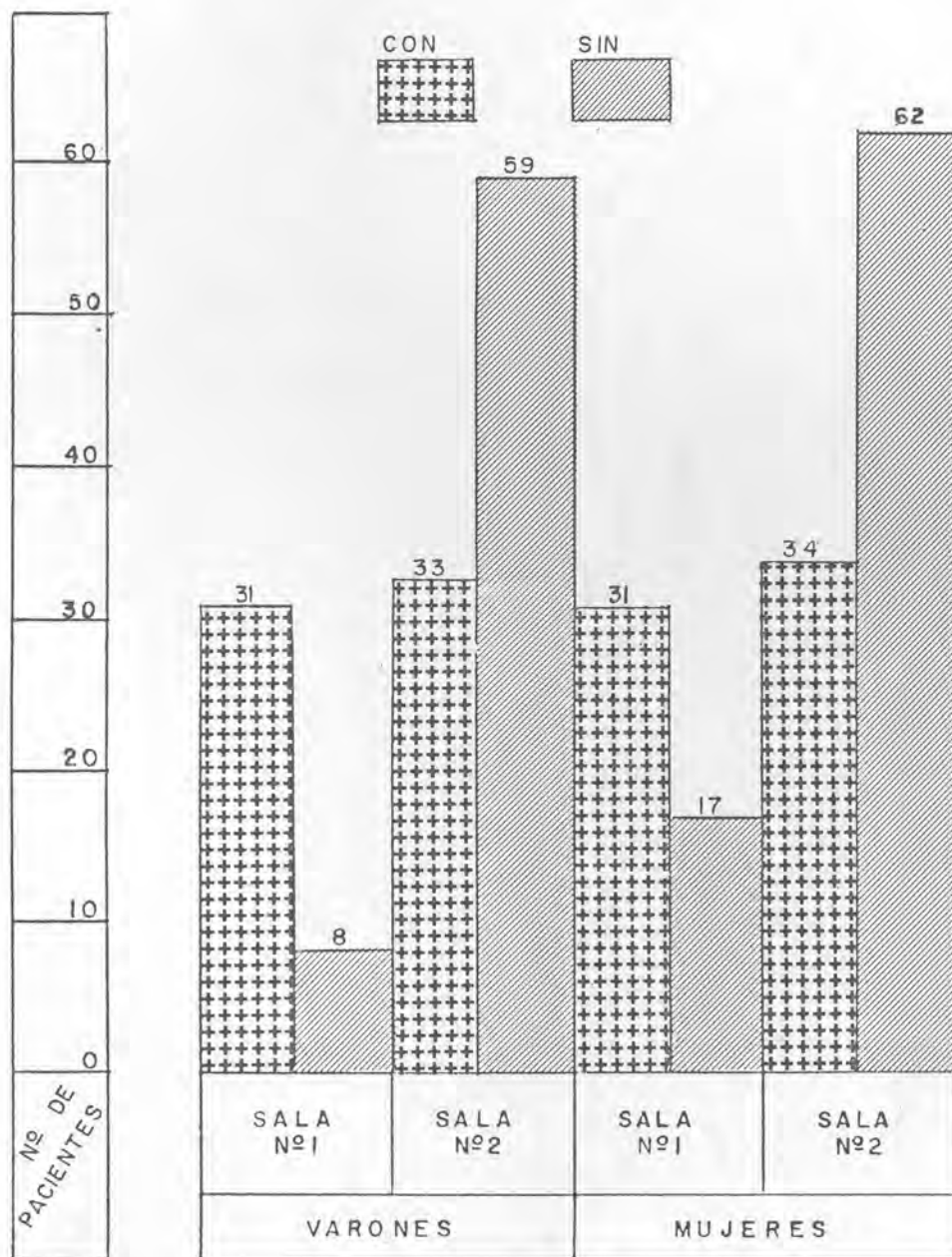
FUENTE: ARCHIVOS HOSPITAL NACIONAL SIQUIATRICO
SANTA ROSITA
1979

HOSPITAL SANTA ROSITA
 GRAFICO Nº 7 ESTANCIA DE PACIENTES EN AÑOS
 POR SALA Y SEXO



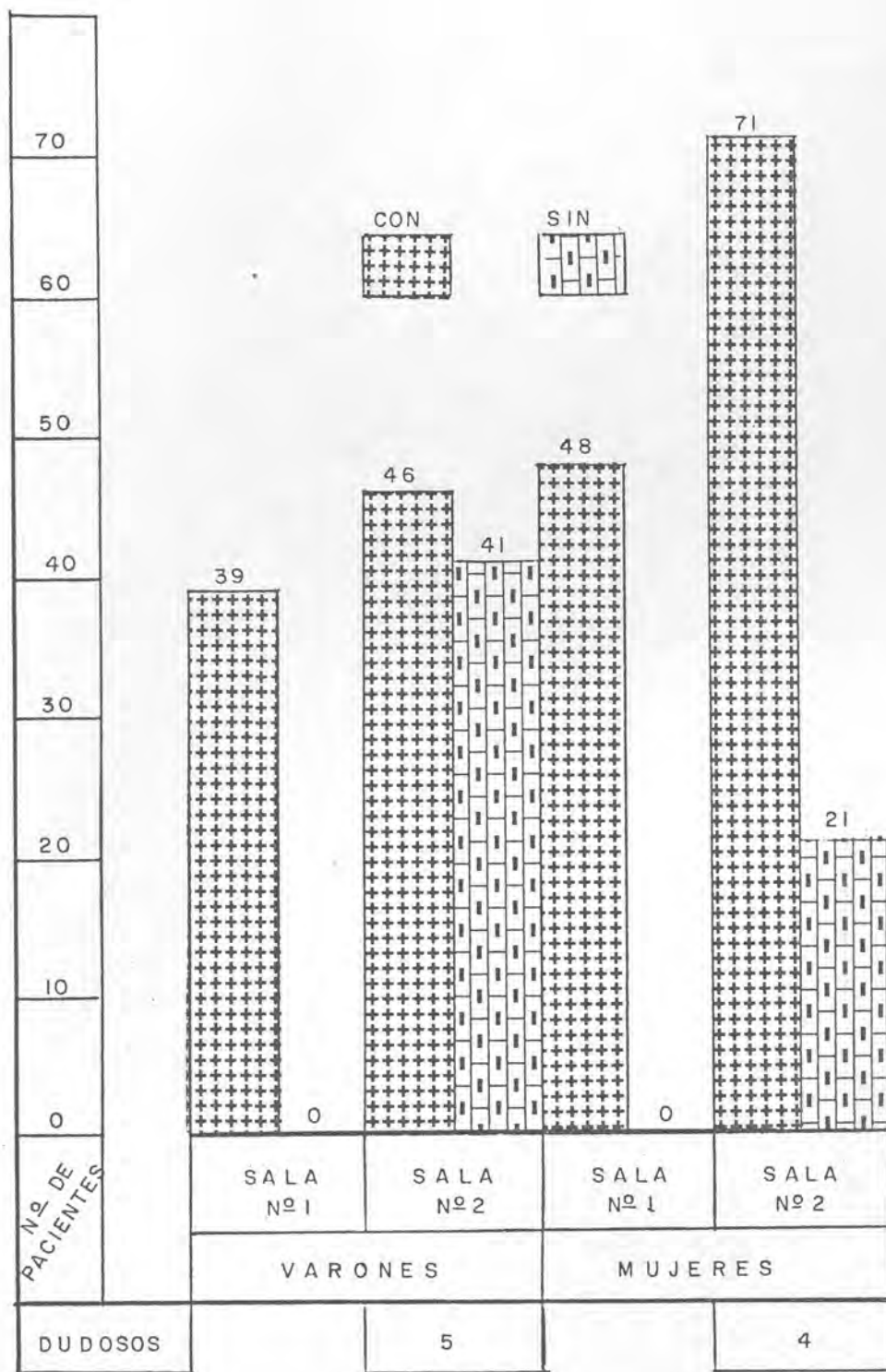
FUENTE: ARCHIVOS HOSPITAL NACIONAL SIQUIATRICO
 SANTA ROSITA
 1979

PACIENTES CON PERSONA RESPONSABLE
POR SALA Y SEXO



FUENTE: ARCHIVOS HOSPITAL NACIONAL SIQUIATRICO
SANTA ROSITA
1979

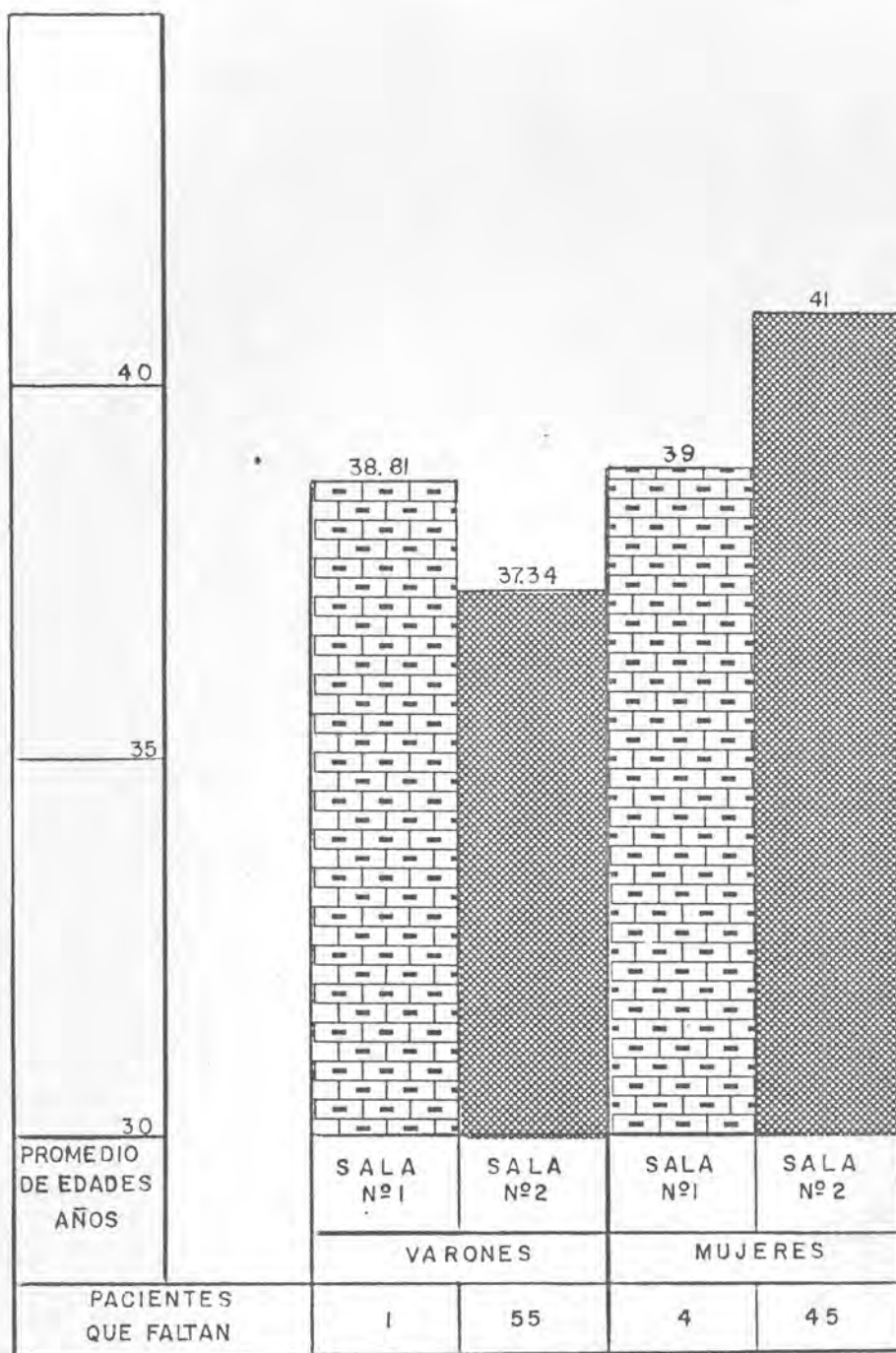
HOSPITAL SANTA ROSITA
 GRAFICO N.º 9 CUADRO DE PACIENTES CON
 EXPEDIENTE POR SALA Y SEXO



FUENTE: ARCHIVOS HOSPITAL NACIONAL SIQUIATRICO
 SANTA ROSITA
 1979

GRAFICO Nº 10

HOSPITAL SANTA ROSITA
PROMEDIO DE EDADES
POR SALA Y SEXO



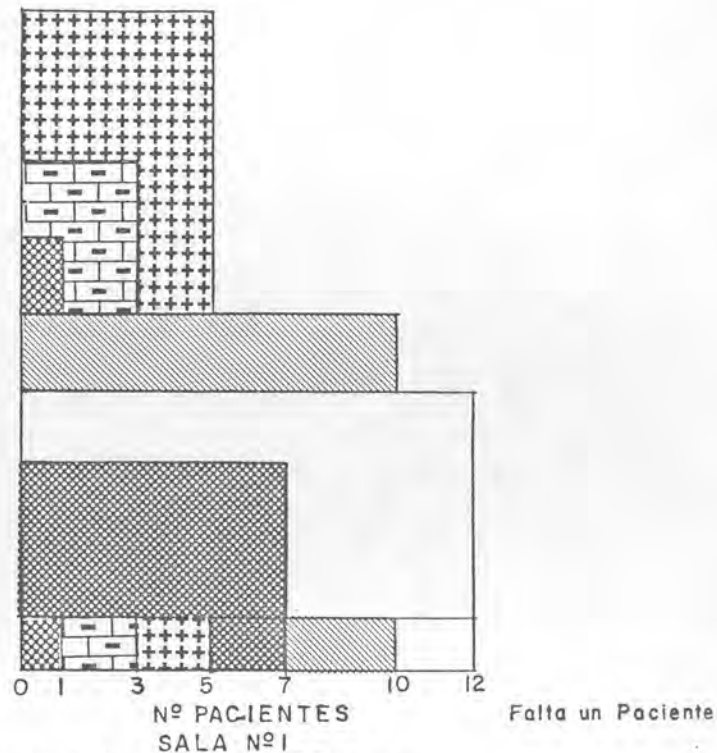
FUENTE: ARCHIVOS HOSPITAL NACIONAL SIQUIATRICO
SANTA ROSITA
1979

HOSPITAL SANTA ROSITA
 GRAFICO Nº II GRUPO POR EDADES DE VARONES
 POR SALA

FUENTE: ARCHIVOS HOSPITAL NACIONAL SIQUIATRICO
 SANTA ROSITA
 1979

INTERVALO DE EDADES

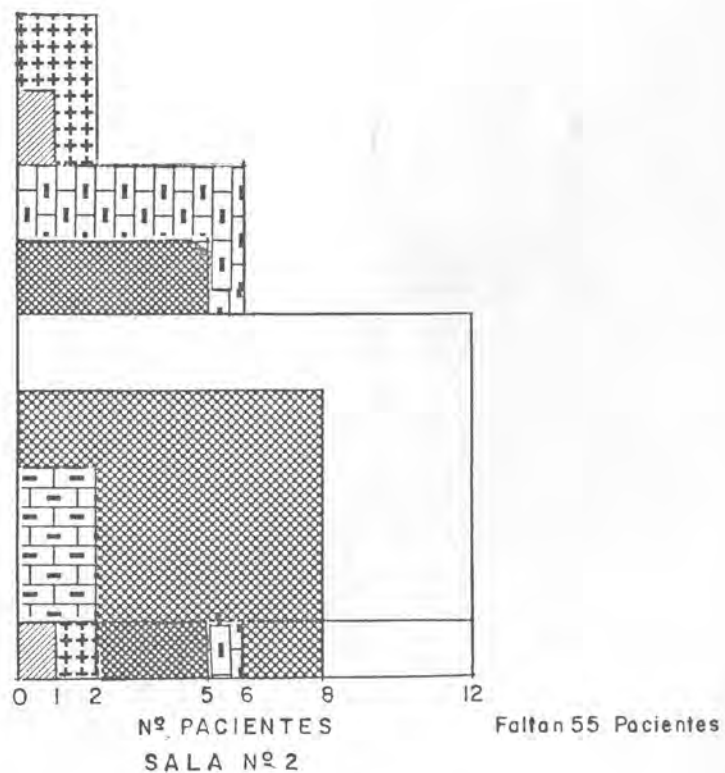
70 - 79
60 - 69
59 - 60
50 - 59
40 - 49
30 - 39
20 - 29
10 - 19
0 - 9



NOTA: Hay pacientes mayores de 80 años
 pero no existe medio de comprobarlo

INTERVALO DE EDADES

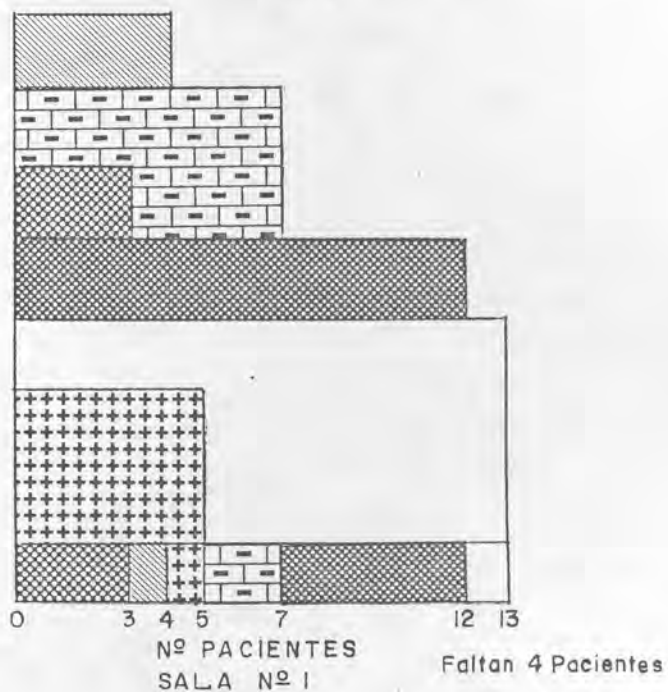
70 - 79
60 - 69
50 - 59
40 - 49
30 - 39
20 - 29
10 - 19
0 - 9



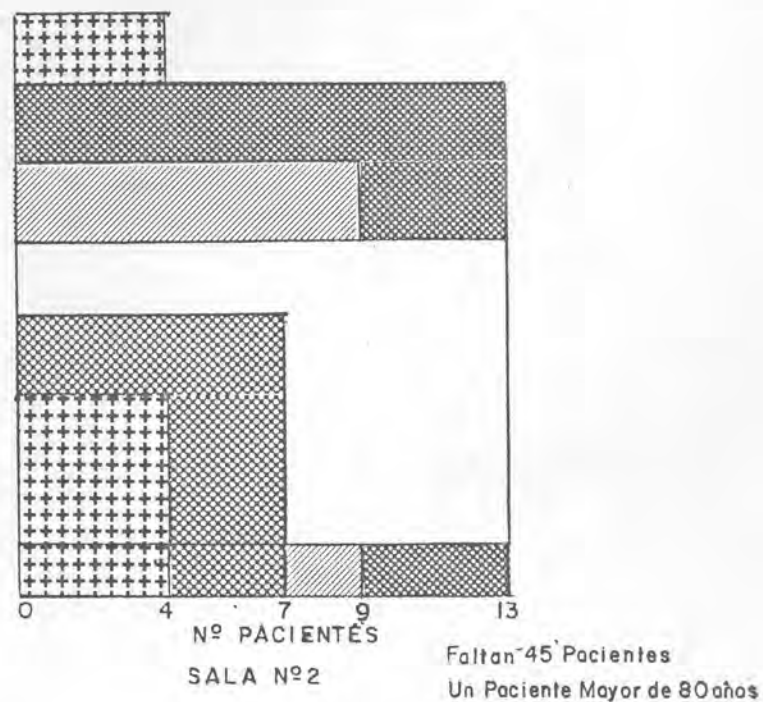
HOSPITAL SANTA ROSITA
 GRAFICO N° 12 GRUPO DE EDADES DE
 MUJERES POR SALA

INTERVALO DE EDADES
70 - 79
60 - 69
50 - 59
40 - 49
30 - 39
20 - 29
10 - 19
0 - 9

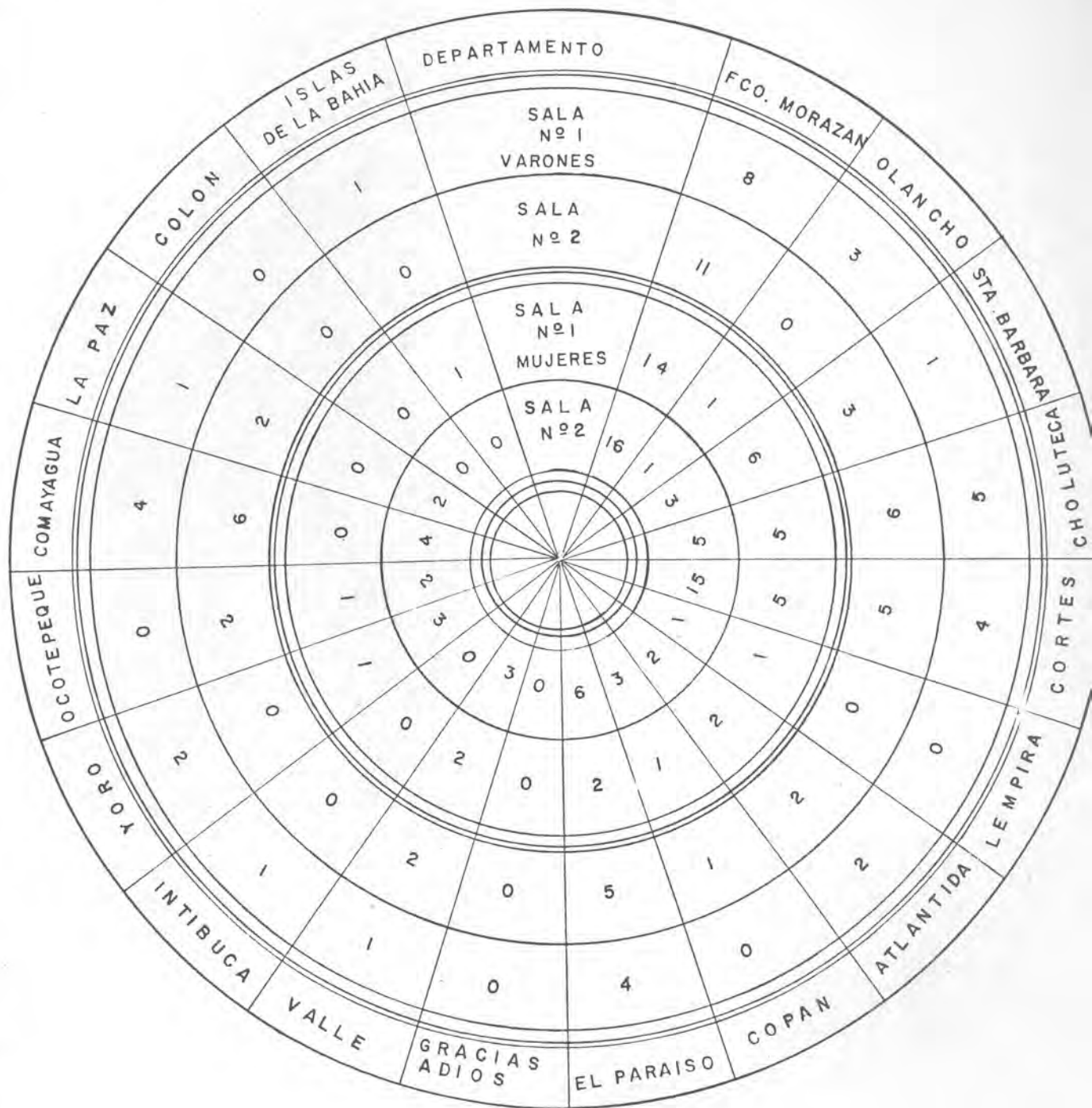
FUENTE: ARCHIVOS HOSPITAL NACIONAL SIQUIATRICO
 SANTA ROSITA
 1979



INTERVALO DE EDADES
70 - 79
60 - 69
50 - 59
40 - 49
30 - 39
20 - 29
10 - 19
0 - 9



HOSPITAL SANTA ROSITA
PROCEDENCIA DE PACIENTES
POR SALA, SEXO Y DEPARTAMENTO



FUENTE: ARCHIVOS HOSPITAL NACIONAL SIQUIATRICO
SANTA ROSITA
1979

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
 DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
 Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

PLANO GENERAL

HOSPITAL SANTA ROSITA

