

1826
INDEXED

EXCLAUSTRACION DE PACIENTES EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO¹

Morton M. Warner²

Antes se creía que los trastornos mentales eran mucho menos frecuentes en los países en desarrollo que en los países desarrollados. Por consiguiente, en los primeros la atención y los recursos se destinaban principalmente a las personas que sufrían enfermedades físicas. Esa creencia fue puesta en tela de juicio y se ha ido descartando gradualmente. La OMS, que ha colaborado en este proceso, afirma que "las detenidas encuestas epidemiológicas efectuadas en varias regiones del mundo no revelan ninguna diferencia fundamental ni en la gama de los trastornos mentales registrados ni en la prevalencia de alteraciones mentales gravemente incapacitantes. Los resultados de esos estudios indican que estas últimas alteraciones suelen afectar al menos al 1% del total de una población en un momento dado y al menos al 10% de los individuos en algún momento de su vida" (1).

Surgen entonces dos preguntas fundamentales: ¿qué se debe hacer con las personas a quienes se les diagnostican trastornos mentales?, y ¿qué formas de atención alternativa se deberían ofrecer a los pacientes ya internados por esta causa, que a menudo llevan mucho tiempo reclusos?

En tiempos pasados, el temor a las enfermedades mentales condujo a la creación de hospitales psiquiátricos privados y manicomios públicos. Recientemente, con la producción de medicamentos que ejercen efecto sobre los estados de ánimo, surgió el concepto de atención comunitaria, que para algunos representa el primer cambio importante en la orientación de la psiquiatría desde principios del siglo XIX. Sin embargo, con frecuencia sus resultados son poco satisfactorios debido a la escasez de fondos y a la falta de preparación.

En el Reino Unido, por ejemplo, la Ley de Salud Mental de 1959 dio por resultado la "exclaustración" de miles de pacientes de hospitales psiquiátricos a los que no se les proporcionaron suficientes servicios (2). En los Estados Unidos de América, la expresión "bag lady", que ya es parte del lenguaje común, designa un fenómeno social explícito. El término se aplica a mujeres indigentes, muchas de ellas dadas de alta de hospitales psiquiátricos, que carecen de hogar, no tienen contacto con sus familiares y vagabundean llevando todas sus pertenencias en una bolsa.

¹ Se publica en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 22, No. 3, 1988, con el título "Decanting a psychiatric hospital: development of a patient assessment methodology".

² Servicio Nacional de Salud, Gales; anteriormente, coordinador de proyecto y consultor de corto plazo de la OPS sobre estudios de psiquiatría y geriatría en Barbados.

Los Gobiernos Miembros de la OPS, al adoptar el concepto de salud para todos en el año 2000 en 1982, llegaron a la conclusión de que "la integración de las actividades de salud mental en los servicios de atención primaria de la salud se considera una actividad clave para el desarrollo del Plan de Acción. Los trabajadores primarios deben ser adiestrados en técnicas simples de intervención y manejo de emergencias psiquiátricas, detección y seguimiento de casos y formación de grupos de autoayuda que los capaciten para resolver una alta proporción de problemas y disminuir el número de pacientes internados en instituciones" (3).

La parte de esa declaración que se refiere a la disminución del número de pacientes internados en instituciones tiene interés particular, sobre todo cuando hay de por medio una política explícita de exclaustración en los hospitales psiquiátricos. En concreto, la suposición de que todo marchará bien si los trabajadores y los programas de atención primaria de salud funcionan es claramente errónea. Entre otras cosas, para muchos pacientes, sobre todo en los países moderadamente desarrollados, la internación resulta larga y debilitadora. Por consiguiente, la capacidad de estas personas para realizar las actividades normales de la vida diaria es dudosa, y su necesidad de formas alternativas de atención comunitaria y residencial supervisada es fundamental.

Evaluaciones necesarias

Al evaluar a los pacientes psiquiátricos internados, con el propósito de determinar si pueden ser transferidos a otras formas de atención, es especialmente importante valorar la calidad de su comportamiento social y mental, en parte porque de ello depende a menudo su aceptación por familiares o amigos. Además, muchos enfermos permanecen internados durante varios años, de manera que es esencial estimar su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Hasta ahora, gran parte de las publicaciones se han centrado en la elaboración de "índices de discapacidad" para las investigaciones sobre enfermedades crónicas y rehabilitación (4-8), que generalmente consisten en una lista de las actividades de la vida diaria. En los últimos años, la elaboración de dichos instrumentos ha sido el tema de debates teóricos y metodológicos, pero estos se han centrado principalmente en la forma de combinar los componentes (9-11).

El objetivo del estudio sobre el cual se informa en el presente artículo no es probar la validez de ciertos procedimientos, sino obtener un instrumento que ayude a determinar la incidencia de discapacidad —física, social y mental— con propósitos de planificación, a fin de proporcionar datos sobre la demanda *actual* de distintos tipos de atención.

Cabe destacar que el método utilizado fue concebido para planificar la atención de *grupos* únicamente, y que las decisiones relativas a *individuos* requerirán un examen clínico detallado.

Formulario para la evaluación de pacientes

En muchos países donde el número de enfermos reclusos en hospitales psiquiátricos es considerable se enfrenta la necesidad de planificar el futuro de esos pacientes, pero se dispone de muy poca información. En este sentido, cuando se inició el estudio que se describe en este artículo Barbados no era una excepción. A fin de abordar el problema, tras amplias deliberaciones en los hospitales se adoptó un método basado en dos hipótesis: 1) los criterios para determinar qué pacientes pueden recibir otras formas de atención se pueden expresar en términos de comportamiento, y 2) la capacidad del paciente para realizar las tareas de la vida diaria, combinada con su comportamiento social, proporciona un indicador útil de sus necesidades en cuanto a ciertos tipos de atención (tal como se define en la primera hipótesis).

En ese marco, el equipo a cargo del estudio hizo una lista de seis tipos hipotéticos de atención alternativa apropiados para Barbados (evidentemente, en otros países se podrían preparar listas diferentes). A continuación se indican dichos tipos de atención:

- 1 Atención hospitalaria (combinación de atención de casos crónicos y agudos, incluidos los casos de retraso mental).
- 2 Residencias intermedias³ para pacientes que tienen un hogar.
- 3 Residencias intermedias para pacientes que no tienen un hogar y que posteriormente tendrán que ser trasladados a una casa compartida para trabajadores, vivir con personas que se encarguen de su cuidado o alquilar un cuarto.
- 4 Atención en una casa compartida.⁴
- 5 Atención en un hogar adoptivo.
- 6 Atención en el hogar.

El formulario para la evaluación de pacientes preparado por el equipo que realizó el estudio es fácil de aplicar (anexo 1). La mayoría de las preguntas de índole médica se incluyeron porque muchos de los pacientes eran de edad avanzada y el formulario se usaba también en un estudio paralelo sobre servicios geriátricos, para el cual se necesitaban ciertos datos sobre la morbilidad del grupo hospitalizado.

Las enfermeras de cada pabellón del hospital que realizarían la evaluación de los pacientes recibieron un curso teórico-práctico de medio día (en retrospectiva, cabe señalar que la parte práctica del curso podría haber sido más prolongada). Se proveyeron instrucciones por escrito para que las enfermeras

³ Denominadas en inglés *halfway houses*, son establecimientos asistenciales para 10 pacientes como máximo que ofrecen tratamiento y servicios psiquiátricos y sociales de apoyo. Los pacientes que necesitan reintegrarse a la vida comunitaria normal gozan de cierto grado de independencia.

⁴ Una casa compartida es un establecimiento asistencial para 10 pacientes como máximo, cuyos moradores tienen un alto grado de independencia y no necesitan supervisión de un médico o una enfermera residente. Generalmente hay un supervisor que vive en la casa y la administra.

llenaran los formularios de evaluación (anexo 2). Después de tomar el curso, las enfermeras aplicaron el formulario a los 544 pacientes de una institución de 570 camas durante dos semanas. Se necesitaron dos semanas más para llenar los formularios en los casos en que se habían omitido algunos datos.

Algoritmos de decisión

El equipo a cargo del estudio fijó los criterios sobre las características del comportamiento que los pacientes debían presentar para ser asignados a cada uno de los seis tipos de atención. Con ese fin se asignó una puntuación a cada elemento del formulario de evaluación. Sin embargo, debido a la complejidad de esas combinaciones de características del comportamiento y al gran número de pacientes evaluados, se usó una microcomputadora IBM PC XT con un programa dBase III⁵ para analizar los datos aplicando los siguientes algoritmos:

A. Instrucciones generales

- I) No prestar atención a los datos sobre vista y oído.⁶
- II) Asignar una puntuación de 5 a 1 entre "discapacidad máxima" y "sin discapacidad".

B. Pacientes que requieren hospitalización. Analizar todos los datos e incluir los pacientes con una puntuación de:

- I) 5 en cualquier componente de la sección D.
- II) 4 ó 5 en la sección C, III.
- III) "Deficiente" en la sección E (comprensión), excepto cuando el paciente no reciba ningún punto en la sección D y se indique que "no tiene problemas" o que tiene "algunos problemas" en la sección F.
- IV) "Deficiente" en la sección E (memoria).
- V) "Deficiente" en la sección E (orientación respecto de la realidad), excepto cuando el paciente no reciba ningún punto en la sección D y se indique que "no tiene problemas" o que "tiene algunos problemas" en la sección F, o bien:
- VI) En cualquiera de los componentes de la sección F se indica "intolerable".
- VII) Los pacientes que necesitan hospitalización deben ser separados del resto del grupo.

C. Pacientes que pueden recibir atención en residencias intermedias. Analizar los datos de las personas restantes e incluir los pacientes que reciban puntos en todos los componentes, según la siguiente combinación:

- I) Sección C, III: Comprensión, 2, 1.
- II) Sección D, I: Ambulación, 4, 3, 2, 1.
Sección D, II: Capacidad para trasladarse, 1.

⁵ Adquirida en marzo de 1986 por la Oficina de Coordinación del Programa del Caribe de la OPS/OMS. Se puede solicitar una copia del programa, que será útil solamente si se emplean los mismos tipos de atención.

⁶ Se decidió en retrospectiva que la vista y el oído no tenían mucha importancia.

- Sección D, III: Capacidad para bañarse, 1.
Sección D, IV: Capacidad para vestirse, 2, 1.
Sección D, V: Aseo personal, 2, 1.
Sección D, VI: Alimentación, 3, 2, 1.
Sección D, VII: Continencia urinaria, 1.
Sección D, VIII: Continencia fecal, 1.
- III) Sección G: "Sí", trabaja "sin supervisión", trabaja con "poca supervisión".
IV) Sección J, II: "Mucho" o "sí".
V) Sección J, IV: Si la respuesta es "sí", separarlo del grupo y asignarlo a una residencia intermedia para pacientes que tienen un hogar. Si la respuesta es "no", separarlo del grupo y asignarlo a una residencia intermedia para pacientes sin hogar (para derivarlo posteriormente a una vivienda compartida para trabajadores, un hogar adoptivo o un cuarto).
- D. *Pacientes que pueden ser asignados a una casa compartida.* Analizar los datos de las personas restantes e incluir los pacientes que reciben puntos en todos los componentes, según la siguiente combinación:
- I) Sección D, V: 3, 2, 1.
Sección D, VI: 3, 2, 1.
Sección D, VII: 3, 2, 1.
Sección D, VIII: 3, 2, 1.
- II) Sección E: Comprensión, regular/buena.
Sección E: Orientación respecto de la realidad, regular/buena.
- III) Sección F: Todos los componentes, "sin problemas", excepto "manerismos o habla extraños", "algunos problemas" o "sin problemas".
- E. *Pacientes que pueden recibir atención en el hogar, de otros familiares o en un hogar adoptivo.* Analizar los datos de las personas restantes y proceder como sigue:
- I) Sección J, II: Si la respuesta es "no" (no quiere salir del hospital), asignarlo a una vivienda compartida.
Analizar los datos correspondientes a las personas restantes:
II) Sección J, III: "vivienda propia" o "vivienda familiar".
III) Sección J, IV: Si la respuesta es "sí" (tiene un hogar), asignarlo a la atención en el hogar o bajo el cuidado de un familiar. Si la respuesta es "no", colocarlo en un hogar adoptivo.

Como los algoritmos son muy amplios, ningún paciente quedará fuera de los grupos preestablecidos.

El último punto del formulario para la evaluación de pacientes (la recomendación del evaluador) se incluyó a fin de determinar, aunque sea de una manera muy general, la congruencia entre los resultados de la asignación basada en los algoritmos y la decisión adoptada individualmente sobre la base de los datos

"clínicos". Este punto presentó algunas dificultades debido a que en el curso no se impartieron instrucciones claras; es decir, las personas encargadas de la evaluación trataron de adivinar cuál sería la puntuación o dejaron el espacio en blanco porque no pudieron hacerlo. En los formularios en que este punto fue respondido (54%), la correlación fue $R = 0,74$.

Mucha gente ha preguntado por qué no se incluyeron los diagnósticos en el formulario. El equipo a cargo del estudio decidió omitirlos por varias razones. En primer lugar, para evitar que su conocimiento influyera la evaluación al reforzar en el evaluador ciertos estereotipos del comportamiento esperado. Además, en el caso de los pacientes que habían estado hospitalizados, muchos de ellos por períodos prolongados, se consideró que el comportamiento en el momento de la evaluación era más importante para determinar los requisitos en materia de atención futura. Por último, si no se mencionaban los diagnósticos, las enfermeras no necesitarían un adiestramiento muy complejo para usar los formularios.

Resultados

Los resultados obtenidos del análisis de los datos contenidos en los formularios figuran en el cuadro 1. Cabe destacar que en la categoría de pacientes que necesitaban hospitalización se incluyeron 75 personas con retraso mental, en tanto que 252 individuos fueron asignados a tratamiento de casos crónicos y principalmente agudos. La norma internacional relativa a la provisión de camas para pacientes psiquiátricos agudos es de 1 por 1 000 habitantes, y los resultados del estudio están de acuerdo con ella.

Conclusiones

El método presentado es satisfactorio, pero solo hasta cierto punto. Básicamente, se aplica a una población existente y se apoya en la hipótesis de que, si no se introducen cambios en el sistema de provisión de servicios de salud

CUADRO 1. Asignación, basada en el algoritmo, de los 544 pacientes a los distintos tipos de atención indicados

Tipo de atención	Pacientes	
	No.	%
Atención hospitalaria (casos crónicos y agudos), incluidos los pacientes con retraso mental	327	60,1
Residencia intermedia para pacientes que tienen un hogar	37	6,8
Residencia intermedia para pacientes que no tienen un hogar	40	7,4
Casa compartida	53	9,7
Hogar propio	58	10,7
Hogar adoptivo	29	5,3
Total	544	100,0

mental, la proporción de pacientes que requieren ciertos tipos de atención no cambia con el tiempo. Por consiguiente, debe ser vista como un instrumento de planificación general que proporciona indicios preliminares de la magnitud del problema con que se enfrentan las autoridades, los encargados de la asignación de recursos y los médicos clínicos. No debe ser vista como una fuente de datos que seguirán siendo válidos después de introducir cambios. Sin embargo, teniendo en cuenta la facilidad con que se puede aplicar y su bajo costo de administración, así como el efecto secundario favorable de obligar al personal de enfermería a tomar conciencia de las actitudes de los pacientes, este método parece ser un instrumento útil para el proceso de planificación en el marco de los preparativos para realizar la exclusión en un hospital psiquiátrico.

Agradecimiento

El equipo que realizó el estudio psiquiátrico y elaboró la metodología para evaluación de pacientes que se describe en el presente artículo estuvo formado por Denis Lazure y Pat Bannister, psiquiatras de Montreal y Barbados, respectivamente; Stephany Grasset y Clorine Brewster, enfermeras de Vancouver y Barbados; Sybil Patterson y David Clarke, trabajadores sociales de Guyana y Barbados; Mark Wheeler, analista financiero de York, Reino Unido, y Morton Warner y Cortez Nurse, planificadores de salud de Cardiff y Barbados.

José Dekovic colaboró en la revisión del manuscrito, al igual que Halmond Dyer, Coordinador del Programa del Caribe, quien también proporcionó asesoramiento y apoyo sostenidos al equipo.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. *Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo*. 16o. Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Ginebra, 1974. Serie de Informes Técnicos 564.
- 2 Social Services Committee. *Second Report: Community Care with Special Reference to Adult Mentally Ill and Mentally Handicapped People*. Londres, HMSO, 1985.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington, DC, 1982. Documento Oficial 179.
- 4 Garrad, J. y Bennet, A. E. A validated interview schedule for use in population surveys of chronic disease and disability. *Br J Prev Soc Med* 12:97, 1971.
- 5 Harris, A., Cox, E. y Smith, C. R. W. *Handicapped and Impaired in Great Britain*. Londres, HMSO, 1971.
- 6 Katz, S., Ford, A. B., Moscovitz, R. W. *et al.* Studies of illness in the aged: The index of independence in activities of daily living. *JAMA* 185:914, 1965.
- 7 Wright, K. G. Alternative measures of the output of social programs: the elderly. In: Culyer, A. *Economic Policies and Social Goals: Aspects of Public Choice*. Bath, Martin, Robinson, 1974, pp. 239-272.
- 8 Wylie, C. M. y White, B. K. A measure of disabilities. *Act Environ Health* 8:834, 1964.
- 9 Williams, R. G. A., Johnston, M., Willis, L. A. *et al.* Disability: a model and measurement technique. *Br J Prev Soc Med* 30:71, 1976.
- 10 Wood, P. A. N. Taxonomic considerations in the approach to classification of chronic diseases and its consequences. In: *Proceedings of the Society of Social Medicine Symposium, 15th September 1976*. Society of Social Medicine, 1976.
- 11 Bebbington, A. C. Scaling indices of disablement. *Br J Epidemiol Community Health* 31:122, 1977.

EVALUACION DEL PACIENTE

Datos demográficos

1. Código del hospital 2. Edad 3 Sexo: Masc.

Fem.

4 Estado civil

Soltero "Visitante"^a Unión consensual Casado Divorciado
 Separado Viudo

5. Año del primer ingreso

6. Año del ingreso actual

7. Número de ingresos anteriores

Persona que evalúa.

Pabellón.

Paciente.
Apellido: _____
Nombre. _____

Datos médicos

Indicar si padece alguno de estos trastornos)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Miembro amputado | <input type="checkbox"/> Diabetes leve | <input type="checkbox"/> Diabetes dependiente de la insulina |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia bajo control | <input type="checkbox"/> Epilepsia sin control | <input type="checkbox"/> Artritis discapacitante |
| <input type="checkbox"/> Ulceras crónicas de las piernas | <input type="checkbox"/> Padecimiento respiratorio crónico | <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna avanzada |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión bajo control | <input type="checkbox"/> Hipertensión sin control | <input type="checkbox"/> Tendencias suicidas |
| <input type="checkbox"/> Parálisis del miembro superior izquierdo | <input type="checkbox"/> Parálisis del miembro superior derecho | |
| <input type="checkbox"/> Parálisis del miembro inferior izquierdo | <input type="checkbox"/> Parálisis del miembro inferior derecho | |

3. Comunicación

Usa anteojos Usa audifono

I) Vista Sin impedimentos Suficiente para su seguridad Solo distingue luces y sombras
 Ciego; se basta a sí mismo en sitios conocidos Ciego, necesita ayuda

II) Oído Sin impedimentos Menoscabo leve Menoscabo moderado que no pone en peligro su seguridad Menoscabo grave que pone en peligro su seguridad Totalmente sordo

III) Comprensión Sin impedimentos Entiende frases sencillas Entiende solo algunas palabras No se sabe si entiende
 No responde

ANEXO 1. (Continuación)

D. Actividades de la vida diaria

Usa bastón Usa andadera Usa muletas Usa silla de ruedas
 Otra prótesis o aparato

I) Ambulación Independiente Independiente solo en el medio actual Necesita supervisión Necesita ayuda ocasional o mínima
 Necesita mucha ayuda o de manera constante

II) Traslado Independiente Supervisión para:
 Cama Ayuda intermitente Ayuda constante Completamente dependiente para todo movimiento
 Silla Cama Cama Silla
 Retrete Retrete Retrete Retrete

III) Baño Independiente para bañarse o ducharse Independiente con apoyos mecánicos Necesita ayuda o supervisión mínimas Necesita ayuda constante Se resiste

IV) Vestido Independiente Hay que supervisarle o escogerle la ropa Ayuda parcial periódica o diaria Hay que vestirlo Se resiste

V) Aseo personal Independiente Hay que recordarle, estimularlo o dirigirlo Necesita ayuda para algunas cosas Completamente dependiente Se resiste

VI) Alimentación Independiente Independiente con medidas especiales para discapacidades Necesita ayuda ocasionalmente Hay que darle de comer Se resiste

VII) Continencia urinaria Continencia total Hay que llevarlo al baño o recordarle regularmente Incontinencia debida a factores identificables Incontinencia menos de una vez al día Incontinencia más de una vez al día

VIII) Continencia fecal Continencia total Hay que llevarlo al baño o recordarle regularmente Incontinencia debida a factores identificables Incontinencia menos de una vez al día Incontinencia más de una vez al día

E. Salud mental

Comprensión

Buena Regular Deficiente

Memoria

Buena Regular Deficiente

Orientación respecto de la realidad

Buena Regular Deficiente

F. Comportamiento social

	Sin problemas	Algunos problemas	Intolerable
I) Agresiones físicas (personas y cosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II) Grita/Amenaza verbalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III) Vestimenta inadecuada/Exhibicionismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV) Hiperactividad (mantaco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V) Hipoactividad/Aislamiento social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII) Manerismos o habla extraños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Trabajo

¿Trabaja el paciente?

Sí

No

Sin supervisión

Porque

Con poca supervisión

No puede

Con supervisión total

No quiere

No hay trabajo

EXO 1. (Continuación)

Actividades sociales

	Nunca	Ocasionalmente	Regularmente
I) Recreativas/Deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II) Culturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III) Religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividad

- I) ¿Recibe visitas regularmente?
(Al menos una vez a la semana) No Familiares Amigos
- I) ¿Quiere salir del hospital? Mucho Sí No (pasar a J, IV)
- II) ¿Adónde quiere ir? Su casa Casa familiar Sanatorio privado Asilo de ancianos
- ✓) ¿Tiene el paciente una casa adonde ir? Sí No

Residencia de la persona que realiza la evaluación (indique solamente una opción)

El paciente llena los requisitos para

- Volver a su casa
- Volver a la casa familiar
- Internarse en un sanatorio
- Vivir en una residencia intermedia
- Vivir en una casa compartida

En los países del Caribe, el término *visiting union* designa la relación de hombre y mujer en la que aquel no vive en la misma casa con esta, sino que la visita, de forma general con cierta regularidad y aceptando parte de la responsabilidad por el sostenimiento del hogar.

INSTRUCCIONES A LOS EVALUADORES

Número de expediente: Cada formulario tiene un código. No lo cambie.

Detalles de la persona que realiza la evaluación y del paciente: Escribir estos datos con exactitud para que se pueda hacer una verificación en caso de duda.

A. Características demográficas

Punto 1: Código del hospital

Indicar el código que corresponda:

- 01 Hospital psiquiátrico
- 07 Pabellón Evalina Smith
- 08 St. Andrew's Hostel

Punto 2: Edad

Los números deben estar alineados a la derecha:
por ejemplo, si la edad
es de 85 años:

0	8	5
---	---	---

Punto 4: Estado civil

Sea lo más exacto posible. Aunque los pacientes hospitalizados no hayan respondido al censo, tenga en cuenta las opciones que se presentan.

Punto 5: Año del primer ingreso

Punto 6: Año del ingreso actual

Punto 7: Número de ingresos anteriores

Estos datos se deben obtener de los registros hospitalarios, no del paciente.

B. Datos médicos

Obtener esta información de la enfermera a cargo del pabellón y comparar, en los casos en que sea necesario, con el registro.

C. Comunicación

D. Actividades de la vida diaria

E. Salud mental

F. Comportamiento social

Estos puntos serán los temas principales del curso de capacitación, pero:

Absténgase de asignar automáticamente la peor clasificación al comportamiento del paciente simplemente porque está hospitalizado.

G. Trabajo

Nótese la ramificación de las preguntas según se haya respondido "Sí" o "No" a la pregunta original. En cada caso se hacen otras preguntas vinculadas con dicha respuesta.

H. Actividades sociales

Las actividades "culturales" se pueden distinguir de las de "recreación" porque se refieren a una actividad artística: lectura, etc., a diferencia de bailar, jugar al bingo, etc.

"Religiosas" es un término muy amplio, pero aquí indica la participación del paciente en prácticas religiosas en cualquier sitio.

I. Varios

1) Nótese que los visitantes deben acudir por lo menos una vez a la semana. Se puede responder "No", "Familiares", "Amigos", o "Familiares" y "Amigos".

EXO 2. (Continuación)

El personal del pabellón debe ayudar a responder esta pregunta.

II y III) Cerciórese de que sea el paciente, *sin recibir influencia alguna*, quien responda a estas preguntas.

IV) Para responder, consulte con el personal del pabellón.

Recomendación de la persona que realiza la evaluación (Indique una opción solamente)

Esta recomendación se basa en la hipótesis de que existen varias opciones, aunque no las haya en Barbados por el momento.

Consulte con el personal del pabellón antes de tomar una decisión definitiva.

Reunión sobre gastroenterología pediátrica y nutrición

La IX Reunión de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición se celebrará del 4 al 7 de octubre de 1989 en La Habana, Cuba, con el auspicio del Ministerio de Salud Pública y de varias instituciones médicas de ese país. Conferencias, paneles, simposios, mesas redondas, cursos y una exposición científica comercial forman parte de las actividades que se llevarán a cabo durante estas jornadas, que incluyen asimismo tres reuniones y cuatro congresos cubanos sobre medicina y cirugía del aparato digestivo. Entre los temas principales de la IX Reunión figuran: el síndrome diarreico y nutricional de la infancia, patología digestiva perinatal, úlcera gastroduodenal, cáncer colorrectal, hepatitis vírica, trasplante de hígado y páncreas, y el láser en la cirugía digestiva. *Información:* IX Reunión de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición y Congresos Cubanos de Gastroenterología, Palacio de las Convenciones, Apartado 16046, La Habana, Cuba; Teléfono: 22-5511 al 19; Télex: 51 1609 PALCO CUBA; Facsímil: 22-8382.