

CONCLUSIONES

GENERALES

DE

EQUIPO DE ASISTENCIA



La JUNTA RECTORA del Hospital Residencia San Camilo en reunión el día 1º de Julio de 1978 ha analizado la actuación de los equipos de asistencia a crónicos, deteniéndose de forma especial en el estudio de conclusiones generales.

Esta JUNTA RECTORA valora muy positivamente el trabajo realizado por los equipos; agradece a todos y a cada uno de los integrantes la responsabilidad, interés y competencia demostradas; desea sean puestas en práctica las conclusiones acordadas tras varios meses de análisis y reflexión.

Por su parte, JUNTA RECTORA garantiza, serán tomadas cuantas decisiones se precisen a fin de conseguir los objetivos indicados.

San Pedro de Ribas, 2 de Julio de 1978

P.O.

Fdo: P.JESUS Mª ZURBANO

Fdo: P.JESUS Mª RUIZ

Fdo: P.JOSE Mª DELGADO

Fdo: Dr. FELIPE BASTOS

Fdo: Sr. JUAN RIUS



REUNION EQUIPOS ASISTENCIA CRONICOS, CONCLUSIONES GENERALES

I .- Datos estadísticos

- Edad
- Dependencia de enfermería
- Situación psicocultural
- Situación socioeconómica
- Patología
- Profesión

II .- Aspectos Asistenciales

- Médicos
- Psicológicos
- Dietéticos
- Rehabilitadores
- De enfermería
- Asistencia Social
- Religiosos
- Terapia ocupacional

III- Aspectos de Hostelería

- ~~C~~ovina- Restaurante
- Limpieza
- Lavandería
- Mantenimiento y conservación
- Reformas arquitectónicas

IV .- Aspectos Organizativos

- Criterios de Asmisión
- Criterios de agrupación
- Criterios de equipos asistenciales y personal de enfermería
- Criterios de colaboración por parte de la familia
- Criterios de altas
- Actividades culturales, recreativas, etc.

San Pedro de Ribas, 2 de Julio 1978



Los equipos de asistencia han examinado, durante éstos últimos meses, a los 175 pacientes ingresados en las áreas de Convalecientes y Residencia. Del estudio de los problemas surgidos en los distintos sectores y diferentes niveles, han surgido una serie de datos importantes a la hora de valorar la actuación hasta el momento y la forma mejor de solucionarlos o paliarlos. Para esquematizar y hacer más ordenado el tratamiento de cada tema, se ha confeccionado un Orden de Trabajo, que enfoca los problemas en cuatro grandes grupos, con sus subdivisiones correspondientes y que se exhibe en hoja adjunta. Estas conclusiones llevarán pues el mismo orden en el que fueran tratadas.

I.- DATOS ESTADISTICOS:

LA EDAD PROMEDIO de los pacientes ingresados en éstas áreas supera ligeramente los 70 años. Creemos que es un dato importante a considerar, dado que, además de los datos que se tienen sobre su patología actual, cabe hacer suponer que un grupo etario de éstas características es pasible de aparición de agudizaciones o nueva patología que exijan atención médica. Los datos sobre edad máxima, media y promedio, discriminados por zonas y en conjunto, figuran en las planillas adjuntas y no creemos necesario repetir las. Si consideramos importante insistir sobre el número, no despreciable, de pacientes de menos de 60 años, hacia quienes el tratamiento psicológico y la conducta a seguir para tratar de reinsertarlos en el ambiente extrahospitalario, merecen especial atención.

DEPENDENCIA DE ENFERMERIA: Se nota una clara diferencia en lo que respecta a los pacientes actualmente ingresados en las plantas 1ª y 3ª de Residencia y los de la 2ª y 4ª. Estos últimos en cambio son en muchos aspectos, semejantes a los ingresados en las tres plantas de convalecientes. Por ello, hemos hecho una distinción y reagrupamiento numérico. Así, sobre 129 pacientes estudiados en las plantas 1C, 2C, 3C, 2R, y 4R, solamente el 21% pertenecen al grupo 3A, o sea independientes para sus actividades de vida diaria. El 45.7% pertenecen al grupo 3B, parcialmente dependientes. Y el 32,5% son del grupo 3C, lo que equivale a absolutamente dependientes para todas sus actividades.

SITUACION PSICOCULTURAL: La necesidad de apoyo psicológico se evidencia también en éste criterio. Los llamados grupos 2 y 3 suman aproximadamente el 90%.

SITUACION SOCIOECONOMICA: Nuevamente sin tener en cuenta los ingresados en 1R y 3R, el grupo 3, de alta imposible llega al 80% y el grupo 2, de alta problemática, casi un 14%. Se ha realizado, por parte de Asistencia Social, un estudio de los grupos 2 y 3 tratando de determinar cuales son aquellos casos en los que el alta hospitalaria se hace imposible por carecer de familia y/o vivienda, cuales a verdadera dificultad económica o ambiental por parte de la familia y cuales a la actitud de desentendimiento del problema por parte de los deudos de los pacientes. Se llega a la conclusión de que muchas veces es difícil distinguir entre éstos dos grupos, pues al tratar-

./...

se de pacientes que viven lejos del hospital, la visita domiciliaria y otra serie de requisitos para levantar una buena historia social se hacen inabordables para una sola persona.

PATOLOGIA: No consideramos necesario repetir los datos que figuran en la planilla de estadística. Se insiste en el concepto de que ésta es la Patología detectada en un momento determinado, pero que dada la edad de los pacientes, hay que considerar el problema como eminentemente variable.

PROFESION: Dato que no se pudo codificar porque la importancia del mismo se nos hizo evidente ya muy avanzado el estudio. Pensamos que el futuro departamento de Psicología nos podrá ayudar desde un doble punto de vista, histórico-vocacional.

II- ASPECTOS ASISTENCIALES:

MEDICOS: Durante todas las reuniones que se han sucedido, se ha puesto de manifiesto la necesidad de una mayor integración del cuerpo facultativo al equipo de asistencia. Así lo consideran tanto el personal de enfermería como los pacientes, unos y otros muchas veces necesitados de la orientación o del apoyo del médico somatólogo en un momento determinado. Si bien se considera que la ayuda de Psicología aliviará en gran parte éstas necesidades y se entiende la inconveniencia de una excesiva dependencia del paciente hacia el médico, se llega a la conclusión de que el equipo no estaría verdaderamente integrado sin la presencia física periódica (con la asiduidad que en cada caso se precise); la actualización de historias clínicas, el apoyo y la docencia que se puede y debe hacer sobre el terreno hacia el personal de enfermería; la asunción de la responsabilidad que supone el prevenir a detectar una alteración perfectamente posible en cualquier momento, dado la edad de los pacientes, etc. En éste sentido, el Servicio de Medicina Interna ha designado a 2 médicos responsables por planta, que se repartirán las tareas y el número de pacientes y se reemplazarán mutuamente en caso de ausencia del titular.

PSICOLOGICOS: La necesidad de enfocar desde los muchos aspectos en que puede hacerlo un Servicio de Salud Mental, la problemática de una población hospitalaria como la nuestra, se ha constatado en forma absoluta. Existe la intención de comenzar con éste trabajo a la mayor brevedad.

DIETETICOS: Las deficiencias que se han constatado durante las reuniones están siendo estudiadas por el Médico Dietólogo recientemente incorporado, que ya ha presentado algunos informes sobre la manera de corregirlos. Los problemas relacionados con Cocina y Restaurante se desarrollarán en el párrafo IV.

REHABILITADORES: Se insiste en que la Rehabilitación, por encima del desarrollo de unas técnicas más o menos sofisticadas es más una FINALIDAD que una especialidad. En ésa finalidad debe colaborar todo un equipo asistencial que tendrá tarea conjunta, sucesiva o de elección, pero en el cual nadie puede prescindir del otro. En éste sentido, la tarea que se ha realizado hasta la actualidad ha sido deficitaria, por dos motivos fundamenta-

les:

- a) no integración de los equipos.
- b) carencia de algunos departamentos como Terapia Ocupacional, Psicología, Fonoaudiología, que son importantes elementos en cualquier equipo de rehabilitación.

En cuanto a lo que técnicamente se ha podido hacer, creemos que se cumple con las necesidades del centro y sus requerimientos, aún a pesar de que muchos pacientes que concurren a Gimnasio lo hacen más para evitar una sensación de abandono y desesperanza que con un claro objetivo de recuperación motora, muchas veces inalcanzable o limitada. Con el consiguiente perjuicio, en cuanto a tiempo de dedicación, de aquellos pacientes con mejor pronóstico en cuanto a recuperación motora. En cuanto al tratamiento del paciente encamado, se ha realizado en algunos pacientes que lo necesitaban imperiosamente, pero tal vez no lo suficiente con algunos otros por falta de número adecuado de terapeutas o ayudantes. Pensamos que si se resuelve aumentar el personal de enfermería, lo que se tratará en el próximo punto, éste mismo personal, convenientemente adiestrado y con más tiempo disponible, podría encargarse de gran parte de ésta tarea, lo cual por cierto representaría una mayor capacitación para el mismo.

ENFERMERIA: Globalmente y en su inmensa mayoría, éste personal ha cargado hasta ahora con la mayor parte del trabajo y de la responsabilidad en el tratamiento de éstos pacientes. Y lo ha hecho no solamente con eficiencia sino con verdadero cariño, por encima del simple humanitarismo. Se detectan problemas fundamentalmente por quejarse de una falta de apoyo médico y algunas plantas o sectores, según los horarios, por escasez de número adecuado de personal. Más que para cumplir con las tareas básicas, para poder dedicarse más a cada paciente. En algunos casos se ha planteado el deseo de hacer rotaciones periódicas por el área de hospital, con objeto de descansar, mentalmente, de la tarea que significa la atención de pacientes crónicos y desorientados y por otra parte aumentar los conocimientos teórico-prácticos con otra patología más variada. Todos estos temas serán tratados dentro del departamento y luego de un estudio razonable de los mismos, elevados a Gerencia, que ha mostrado una adecuada predisposición a solucionar los problemas una vez que éstos queden claramente evidenciados.

ASISTENCIA SOCIAL: Aparte de la información de datos que ya han podido ser evaluados, se ha explicado la cantidad y variedad de las funciones que se cumplen o que se debieran cumplir para que el servicio funcione correctamente. Parece evidente que una sola persona no puede hacerse cargo de todo el trabajo, máxime si se tiene la intención de ampliar el radio de acción de éste Servicio con nuevas actividades: visitas domiciliarias, conexión con otros centros, actividades deportivas, recreativas, culturales, etc.

RELIGIOSOS: Se explica qué, por haber tenido que dedicar el horario de la tarde a tareas docentes, el responsable del área sólo tenía posibilidad de establecer contacto en horas de la mañana, durante las horas de mayor trabajo médico y de enfermería lo que ha puesto ciertas limitaciones en cuanto a tiempo de dedicación. En cuanto al enfoque con que se conduce ésta faceta, parece perfectamente adecuado según opinión de todo el equipo.

./...
TERAPIA OCUPACIONAL: Se hace la distinción entre Terapia Ocupacional y Laborterapia, dejándose constancia de la necesidad de ambas actividades, la primera tendiente a tratar técnicamente las deficiencias motoras de los miembros superiores y, + en conexión con la segunda, colaborar en la forma de ocupar el tiempo libre. O sea, tratar de conseguir una mayor independencia en todas las actividades de la vida diaria y encontrar la forma de tratar el problema del ocio. Naturalmente, en íntimo contacto con Psicología, Ya se ha conectado con una persona quien, aparentemente, es la más experta en el tema en ésta región y podrá asesorarnos sobre la forma de enfocar el problema, necesidades arquitectónicas, etc.

III- ASPECTOS DE HOSTELERIA

COCINA-RESTAURANTE: Como se dijo al hablar de Dietología, están en marcha los informes a presentar por el médico encargado de la sección para solucionar los problemas que se presentan. El personal de enfermería recalca los mismos que a su juicio, son: Poca variedad; poco adecuadas al tipo de pacientes (muy condimentadas o pesadas, carnes duras, etc.); no discriminadas; llegan frías y reseca; se pierde mucho tiempo entre la búsqueda del alimento en cocina y su entrega al personal; etc. Algunos de éstos problemas están siendo tratados en los informes ya citados. Otros, como el problema de pérdida de tiempo se podrían solucionar estableciendo turnos de horarios para ir a buscar la comida a cocina. En cuanto al Restaurante, también se dice que la comida viene fría. Parece ser que desde hace dos meses y luego de una intervención directa de la Gerencia, muchos de los problemas se han atenuado o desaparecido.

LIMPIEZA: Se plantea la necesidad de establecer normas de limpieza general para las habitaciones de pacientes de larga estancia, especialmente en 1ª, 2ª y 3ª de Convalecientes y 2ª y 4ª de Residencia. Se plantea la necesidad de hacer una limpieza-desinfección a fondo de cada una de las habitaciones y luego establecer un ritmo de 20 días para hacer limpieza general de cada habitación. Muchos de los temas tocados aquí tienen que ver con

MANTENIMIENTO Y CONSERVACION: Se constata la existencia de muchos artefactos deteriorados, desportillado de paredes y daños en las puertas, muchas veces atribuibles a un excesivo hacinamiento de mobiliario y tránsito de las sillas de ruedas. Se aclara que se va a comenzar un trabajo de pintura y reparación general en toda la Casa. Algunos de los problemas se podrán solucionar cuando se tomen las medidas necesarias de reagrupamiento de los pacientes. Se llega a la conclusión de que se deben evitar las habitaciones triples.

LAVANDERIA: El aprovisionamiento de ropa también parece haberse solucionado desde hace dos meses. Se establece la necesidad de que cada paciente cuente con un equipo de ropa que permita su cambio frecuente, el que sería provisto por los familiares a quienes se instruirá en ése sentido o por el Hospital en caso de que haya problemas para lograrlo desde el exterior. Se hace notar la frecuencia con que la ropa vuelve de lavandería sin botones o descosida. Se pide que se estudie la posibilidad de hacer un tratamiento de ablandamiento de las aguas de lavado, para evitar

la aspereza de las sábanas que provocan escoriaaciones y a veces llagas en los pacientes.

REFORMAS ARQUITECTONICAS, CRITERIOS DE AGRUPACION: Estos dos puntos están íntimamente relacionados entre sí. Se proponen las siguientes medidas:

- 1) Redistribuir los pacientes de forma que la 1ª y 2ª de Residencia sea para pacientes crónicos y la 3ª y 4ª para Residentes válidos.
- 2) Dejar progresivamente la 1ª planta de Convalecientes para pacientes que entren para Rehabilitación y en los que no se detectan a priori, problemas de alta. Esto facilitaría enormemente el traslado de pacientes desvalidos a las zonas de jardín o tratamientos; evitaría los problemas de relación entre los dos sectores, e impediría que pacientes que pueden ser corta estancia, se "contagien" de los problemas sociales de los de ingresos prolongados. En cuanto a los criterios de agrupación dentro de cada sector, se esperará el asesoramiento de Psicología para estudiar el tema en profundidad.

CRITERIOS DE ADMISION: Se tratará con preferencia de dar solución a problemas de la comarca. Sin embargo, la existencia de numerosas instituciones para ancianos en la misma y la evidencia de que en las zonas rurales hay menos tendencia al desentendimiento de los problemas del anciano por parte de la familia, hacen que en la actualidad casi un 70% provengan de Barcelona, donde el problema es acuciante y no está encarado. Se atiende una sugerencia de Medicina Interna en el sentido de establecer relaciones con otros centros, estatales o privados, como los de minusválidos y con los "factores de poder" (autoridades, sindicatos, partidos políticos) para sensibilizarlos sobre el tema y tomar medidas conjuntas de concientización de la población y el poder público.

Para evitar que problemas sociales ocultos, voluntaria o involuntariamente por parte de la familia, nos reconduzca a la situación actual, con un 80% de población ingresada *per vitam*, todos aquellos pacientes que solicitan ingreso para Rehabilitación serán examinados por el Servicio antes del ingreso. Una vez examinados se establecerá si la admisión, con ese objeto, es justificada o no, y se comunicará a los departamentos de Asistencia Social y Admisión. Estos establecerán la fecha y lugar del ingreso, previa consulta al departamento de Enfermería que asesorará sobre la conveniencia o no de ingresar a determinado paciente en empuña del que ya está, en caso de habitaciones dobles teniendo en cuenta tipo de patología, edad, estado de lucidez, factores culturales, etc. que se pueden detectar a través de la visita previa.

En otro orden de cosas, se considera aconsejable aislar al paciente en trance de muerte en una habitación individual, por respeto hacia el mismo y para evitar la angustia que crea entre sus compañeros.

CRITERIOS DE COLABORACION POR PARTE DE LA FAMILIA: Se ha comprobado, en innumerables casos, que la familia no siempre es una ayuda para el paciente ni para el equipo de asistencia. Interferencias en el tratamiento, malos modos, exigencias desusadas, intervención en los problemas de otros pacientes, etc. son algunas de las actitudes que se han comprobado. Se aconseja establecer normas estrictas y escritas que serán entregadas a los familiares que visiten a sus deudos para evitar estas situaciones. Al pro-

./...

pio tiempo, se considera útil que, a través de Rehabilitación y Psicología, se organicen y sistematicen reuniones con la familia para mantenerlos al tanto del estado de los pacientes y hacerles tomar conciencia de su papel y de la enorme importancia que tiene, para la recuperación psicofísica de éstos pacientes la reinserción en el grupo familiar. Hay muchos pacientes que podrían seguir tratamiento en forma ambulatoria, Para aquellos en que el radio de acción del Hospital Residencia sea lógico, se aconseja establecer un servicio de transporte desde la Institución.

Se han tratado muchos otros pormenores en cuanto a reformas arquitectónicas (vestuarios de planta, aseos, adecuación de cuartos de baño y artefactos, etc.) que serán planteados a Arquitectura, en algunos casos luego de establecidos los criterios de agrupación y de distribución de espacios en la parte por construir. Conflictos por desavenencias entre el personal de enfermería, deseos de traslado, etc.etc. que se resolverán a nivel Departamento y luego de estudiadas cuidadosamente las motivaciones. Y tal vez otros aspectos que en éste momento se nos escapan. Pero creemos que el resumen anterior puede dar una idea bastante clara de la problemática general y permitir poner en marcha cuanto antes los mecanismos para solucionarla.



CLASIFICACIONES DE 1ª 2ª y 3ª CONVALECIENTES y 2ª y 4ª RESIDENCIA

Nº de Pacientes	129
Edad máxima	94 años
Edad mínima	26 "
Edad promedio	70.1 "
Menores de 60	29 pacientes

CLASIFICACION SOMATOLOGICA

Grupo 3A Ind. física	31 pacientes	24.0 %
Grupo 3B Ind. + vitals	56 "	45.7 %
Grupo 3C Dep. total	42 "	32.5 %
Grupo 1A A.I. Recuperable	2 "	1.5 %
Grupo 1B A.I. Terminal (Salda)	16 "	12.4 %

CLASIFICACION PSICOCULTURAL

Grupo 1 Indegedado	14 pacientes	10.9 %
Grupo 2 Indiferentes ← APS.	69 "	53.6 %
Grupo 3 A. Vert. sans conexión.	46 "	35.5 %

} 90.1%

CLASIFICACION SOCIECONOMICA

Grupo 1 100% Rehab.	9 pacientes	6.9 %
Grupo 2 50-50	18 "	13.8 %
Grupo 3 0	102 "	79.3 %

TIPOS DE PATOLOGIA MAS FRECUENTE EN CONVALECIENTES Y RESIDENCIA (2-4)

CARDiopulmonares	38 pacientes
Diabetes	20 "
Infección Urinaria	23 "
Otras médicas	13 "
Neoplasias	9 "
Hemipléjias	47 "
Otras Neurológicas	48 "
Secuelas Traumáticas	23 "
Otras Esqueléticas	22 "



1ª PLANTA DE CONVALECIENTES

Nº de pacientes	24
Edad máxima	90
Edad mínima	40
Edad promedio	69
Menores de 60	4

CLASIFICACION SOMATOLOGICA

Grupo 3A	7 pacientes	29.1 %
Grupo 3B	13 "	54.1 %
Grupo 3C	1 "	4.1 %
Grupo 1A	0 "	0.0 %
Grupo 1B	3 "	12.5 %

CLASIFICACION PSICOCULTURAL

Grupo 1	2 pacientes	8.3 %
Grupo 2	18 "	75.0 %
Grupo 3	4 "	16.6 %

CLASIFICACION SOCIECONOMICA

Grupo 1	2 pacientes	8.3 %
Grupo 2	2 "	8.3 %
Grupo 3	18 "	75.0 %

TIPO DE PATOLOGIA EN LAS TRES PLANTAS DE CONVALECIENTES (79 pacientes)

Cardiopulmonares	24 pacientes	30.4 %
Diabetes	15 "	18.9 %
Infección Urinaria	14 "	17.7 %
Otras Médicas	5 "	6.3 %
Neoplasias	6 "	7.5 %
Hemiplejicos	33 "	41.7 %
Otras neurologicas	31 "	39.2 %
Secuelas TRAUMATICAS	12 "	15.1 %
Otras Esqueleticas	17 "	21.5 %



2ª PLANTA DE CONVALECIENTES 2 Con

Nº de pacientes	27
Edad máxima	83
Edad mínima	42
Edad promedio	67.5
Menores de 60	5

CLASIFICACION SOMATOLOGICA

Grupo 3A	10 pacientes	37.0 %
Grupo 3B	6 pacientes	22.2 %
Grupo 3C	7 "	25.9 %
Grupo 1A	0 "	0.0 %
Grupo 1B	4 "	14.8 %

CLASIFICACION PSICOCULTURAL

Grupo 1	3 pacientes	11.1 %
Grupo 2	14 "	51.8 %
Grupo 3	10 "	37.0 %

CLASIFICACION SOCIECONOMICA

Grupo 1	1 pacientes	3.7 %
Grupo 2	8 "	29.6 %
Grupo 3	18 "	66.6 %



3ª PLANTA DE CONVALESCIENTES

Nº de pacientes	28
Edad máxima	89
Edad mínima	26
Edad promedio	72.7
Menores de 60	8

CLASIFICACION SOMATOLOGICA

Grupo 3A	9 pacientes	32.1 %
Grupo 3B	14 "	50.0 %
Grupo 3C	4 "	14.3 %
Grupo 1A	0 "	0.0 %
Grupo 1B	2 "	7.2 %

CLASIFICACION PSICOCULTURAL

Grupo 1	5 pacientes	17.8 %
Grupo 2	16 "	57.1 %
Grupo 3	7 "	25.0 %

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

Grupo 1	2 pacientes	7.1 %
Grupo 2	2 "	7.1 %
Grupo 3	24 "	85.8 %



1ª PLANTA DE RESIDENCIA SANOS

Nº de paccintes	22
Edad máxima	92
Edad mínima	44
Edad promedio	74
Menores de 60	2

CLASIFICACION SOMATOLOGICA

Grupo 3A	13 pacientes	59.1 %
Grupo 3B	5 "	22.7 %
Grupo 3C	1 "	4.5 %
Grupo 1A	1 "	4.5 %
Grupo 1B	4 "	18.1 %

CLASIFICACION PSICOCULTURAL

Grupo 1	5 pacientes	22.7 %
Grupo 2	13 "	59.1 %
Grupo 3	4 "	18.2 %

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

Grupo 1	0 pacientes	0.0 %
Grupo 2	3 pacientes	13.6 %
Grupo 3	19 pacientes	86.4 %

TIPO DE PATOLOGIA EN LAS PLANTAS 1ª Y 3ª DE RESIDENCIA (46 pacientes)

Cardiopulmonares	20 pacientes	42.5 %
Diabetes	5 "	10.6 %
Infecciones urinarias	2 "	4.2 %
Otras Médicas	11 "	23.4 %
Hemipléjicos	4 "	8.5 %
Otras Neurológicas	4 "	8.5 %
Secuelas Traumáticas	1 "	2.1 %
Otras Osteoarticulares	4 "	8.5 %
Neoplasias	1 "	2.1 %



2ª PLANTA DE RESIDENCIA ENFERMEROS

Nº de pacientes	23
Edad máxima	89
Edad mínima	40
Promedio edad	70.8
Menores de 60	7

CLASIFICACION SOMATOLOGICA

Grupo 3A	4 pacientes	17.3 %
Grupo 3B	9 "	39.1 %
Grupo 3C	7 "	30.4 %
Grupo 1A	1 "	4.3 %
Grupo 1B	3 "	13.0 %

CLASIFICACION PSICOCULTURAL

Grupo 1	2 pacientes	8.6 %
Grupo 2	15 "	65.2 %
Grupo 3	6 "	26.2 %

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

Grupo 1	2 pacientes	8.6 %
Grupo 2	2 "	8.6 %
Grupo 3	19 "	82.8 %



3ª PLANTA DE RESIDENCIA SANOS

Nº de pacientes	24
Edad máxima	90
Edad mínima	52
Edad Promedio	72.5
Menores de 60	3

CLASIFICACION SOMATOLOGICA

Grupo 3A	14 pacientes	58.3 %
Grupo 3B	10 "	41.7 %
Grupo 3C	0 "	
Grupo 1A	0 "	
Grupo 1B	0 "	

CLASIFICACION PSICOCULTURAL

Grupo 1	6 pacientes	25.0 %
Grupo 2	14 "	58.3 %
Grupo 3	4 "	16.7 %

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

Grupo 1	0 pacientes	0.0 %
Grupo 2	0 "	0.0 %
Grupo 3	24 "	100.0 %



4ª PLANTA DE RESIDENCIA # ENFERMOI

Nº de pacientes	27
Edad máxima	94
Edad mínima	46
Edad promedio	70.7
Menores de 60	5

CLASIFICACION SOMATOLOGICA

Grupo 3A	1 pacientes	3.7 %
Grupo 3B	14 pacientes	51.8 %
Grupo 3C	12 pacientes	44.4 %
Grupo 1A	1 pacientes	3.7 %
Grupo 1B	4 pacientes	14.8 %

CLASIFICACION PSICOCULTURAL

Grupo 1	2 pacientes	7.5 %
Grupo 2	12 "	44.4 %
Grupo 3	13 "	48.1 %

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

Grupo 1	2 pacientes	7.5 %
Grupo 2	4 "	14.8 %
Grupo 3	21 "	77.7 %

TIPO DE PATOLOGIA EN LAS PLANTAS 2ª Y 4ª DE RESIDENCIA (50 pacientes)

GARDIOPULMONARES	14 pacientes	28 %
Diabetes	5 "	10 %
Infecciones urinarias	9 "	18 %
Otras Medicas	8 "	16 %
Neoplasias	3 "	6%
Hemiplejias	14 "	28 %
Otras Neurológicas	17 "	34 %
Secuelas Traumaticas	11 "	22 %
Otras esqueléticas	5 "	10 %



2 - Resumen para JMD.

12 inferior - Rx de la institución,

Análisis funcional Autogestado

Conclusiones:

Detectar una escisión

1) Agudos - comarcal

2) Residencia < < años > > conflictiva orientación
< < enfermos > > global
crónicos están capacitando años

↳ orientación de residencia,

a) ni he res. resuelto por un profesional

y la función o especialización,

b) resuelve problemas

c) he a crea problemas - círculo especializado
óptica profesional - crea problema

Filosofía asistencial → marca objetivos →

filosofía inicial planada en práct.

grupo más importante grupo médico, ni

domina es el que medicaliza, enfermo

JMD. → Resumen y conclusiones -

rotación enfermería

AM en demanda o programada

→ Asistencial Psicosocial al enfermo

Realidad existencial -

MS Cursos necesarios, problemas < Psicólogo
Administración Com terapencia

queremos arribar los que tipo
desde todo la game

El Disciplina original no importante, ni no
estímulo de función ¿investigado?
informe desentinos
< Clempson 1, 2, 3.

Cursos No se ha hecho nada.

Arg, Algunos e meoapane

4) Fundación pinespa E.M. desde dentro o fuera

* elemento mas < favorece el analisis institucional
emprendido

dentro peligro -> nivel individual - suicidio
funcion en la que hay una necesidad que
le es delegada plenamente y marginada

ST de Dios - Psiquiatría -

Obj^{co} atender desde jv psicólogo a
la problemática enfermos hospitalizados
como estos niños se iban a desarrollar
estos niños sabian a voz en una
situacion marginados,
con desarrollo e perdida de m
grado de invalidez

MS no
es en

avocado
curi
apuda

Por esta planeado o contra lo que necesita
tecnología hospitalaria

ayudar a otras personas a
vivir este proceso de morir, en
unas condiciones buenas, e incluso
estas condiciones para a ser permanente

Rehabilitación con falta de equipos

1 persona de quien no se espera
milagros, integrada en un equipo
experiencia en contextos

Reh, no se hacen cosas al enfermo

hizo cosas con el enfermo,

solidaridad y contacto de
da cuenta de la persona

Medicina Dx

Enfermo Modelo de hacer cosas finchar

hacer cosas con

al anciano

Ayudar al paciente a hacer cosas

con el entre ellos

no hacerle cosas sino crear un
atención individual

ambiente hacer cosas con el y entre

ellos, baraja el concepto de terapia

grupal, atención a casos aislados

e individualizados.

agrupados

ellos se autorrealizan

→ más que una persona, instrumento
reuniones, horas gestos, comunera

tiempo de todas las personas, tiempo
asistencial,

lo que se hace aquí se repite a
todas las niveles

no no! ya se hace

Aguudos
crónicos (R) $\left\{ \begin{array}{l} \text{Sanus} \\ \text{crónicos} \end{array} \right.$

1	
2	
3	

Mareño Contacto entre enfermos

Reuda

\ Poder decir tal y como es, defensor
intermedia

JMD

- En la planta y planta, no es bastante
en una planta - 15 días

n: comunidad de por vida

muerto, que se hace con el hecho que
se desaparecido?

Quedo $\left\{ \begin{array}{l} \text{con el contacto} \\ \text{religioso en que no se puede} \\ \text{a hablar} \end{array} \right.$

JM

Problemas frono

queremos crear una población pero
el monarca

Bancas arquitectónicas
al nivel de los frono

Convalecencia y banca social
- una sola

Museo bene contacto y no responde el

el profesional, pero no el enfermo

perdiendo mucho tiempo, empleando
En Residence no hay sala común.
Actitudes hechas piedras o piedras
que condicionan actitudes.

El Sano no se relaciona con R. Enfermo

En comedor no se sientan

Sano se deprime del enfermo

Puede avanzar sano con el disminuido
fuerza, al revés,

↳ hecho reduce actitudes
negros → hacer

Individuos para muchos y pocos
de le ambiente

se fomenta poco la interacción
al individuo no se le fomenta la
autonomía abrele cocinas, comedores.
Cintejas, cocinarse algo, desayuno,
se protesta aunque mal, invitarse
causas de vida, de vida.

Del

→ cocinas para utilizar, cada uno -

autobus, kitchenette, intercambios
entre propietarios o de un cuarto u otro

autos reparados

3

salida comunitario vs. unidades.

orientación estructural

el habitante

Personaliza el cuarto, le vende,

tiene propios muebles / provee el orden ^{su} ~~de~~

se le da todo hecho / ~~venta~~ ^{posibilidad}

de autonomía / de iniciativa y se le

quita personalidad

lecho o truche solo en R-S

habitante personal o colectivo

Flor es que se pierde, se pierde uno

se pierde la gente

Personaliza vs. institucionalizar

sin iniciativa o soluciones

JMD No No No! Demandado

Se han perdido porque han perdido su personalidad

Hemos de ocuparlos, que ellos se agrupen

Psicólogo → ayudar a crear comunidades
de vida

Duque sistema arquitectónico

+ orientación de vida (causa)

agruparse que sean ellos

JMD Estamos en mi me tiene, grupos espontáneos

estamos de acuerdo, porque ni lo están

ni están - parámetros

16.

actitud, defensora, esencia humana
dinámica de grupo, Maslow e
le gent

TS → se mece, no una persona,
tendencia natural contra la
especialización.

→ lo que no están confusos -
Prevención de la zombiedad
Programa de rehabilitación cognitiva
Behavior Programaciones de
conducta.

1) Superado por demanda contra
tendencia de personalización de
la asistencia

2) Contra el concepto, Walden.

July 25 sin contarse de
objetos

mas comodo ni es feliz de personalizados
que ni es con relación, expuesto
agresividad

1) Equipos, no una sola persona (todas)

2) Buscar ^{las} soluciones a problemas que
aparentemente lo hacen planteados
acertadamente

HMD

3/ Estamos en el camino, nada más hemos empezado

equipo, recursos → comunidad función de la institución.

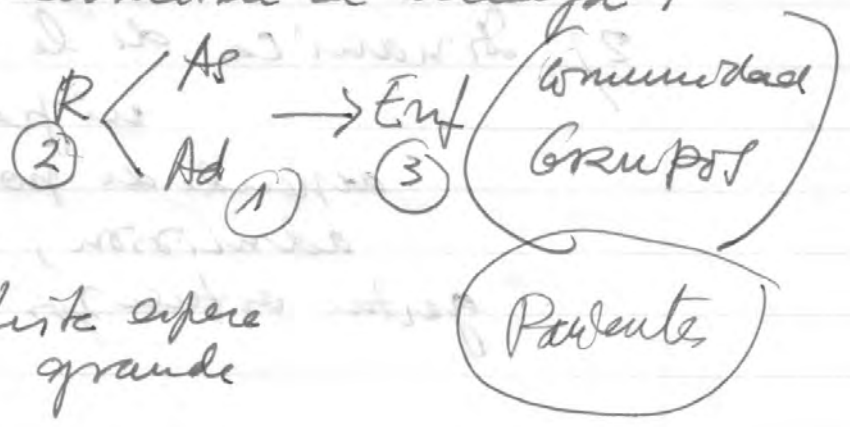
Admisión → personas ≠ necesidades cuando población asistida,

Haer explícito

Descarga no hay - 80% } Recursos para lograr la Adm
→ puede

Recursos para atender a una necesidad personas que se admiten se encarga,

Rehabilitación



Lista espera grande

criterio de admisión
criterio de aceptación del enfermo
combinar a
de ubicación ya dentro de la casa

Grupo reciente este tipo de pacientes
en este paciente le conviene el grupo

- 1) Reunion intènde explonar para a incorporar a los pacientes

No le tenemos miedo,

dejar que lo gente hable

Calle 2

Todo el rato estar hablando,

Difícil que los enfermos hablen

0.7

Buscar portavoces

en fase evolutiva en este caso

Moll

- 1) Dinamica de organizacion de los ingresados, construir un ambiente que

evite

encapsulacion de la paciente
relaciones de los pacientes y con su medio.

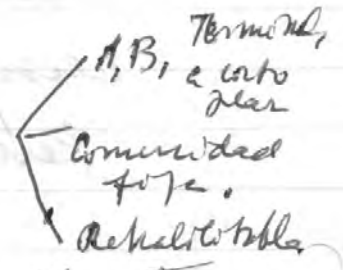
- 2) Dinamica de la institucion

ingresados

depende de politica de

admission, grupos de trabajo

gestar en fuerza



- 1) Dinamica de asentamiento de poblacion.

recursos y
comunidad de
recursos

- 2) Tareas de Rehabilitacion

Poblacion ingresada, se considera como en su casa y en su pueblo

- Signos

- Problemas que surten 3 comunidades
necesidades muy diferentes

especialización. Suicidio, si responde
en termino Psicologico Social, individuo primario
lo que hace un mt represente grupo y
recurre

conflicto entre personal anterior y
Traduce en problemáticas de asistencia y
necesaria problemas de asistencia se traducen
en conflicto mt. Equipalidad, un sistema

sonos individuos en función del ambiente
del que formamos parte y es parte de
nosotros.

Jesus

Particularidad en niveles ni se demuestra que han
distintos tipos de problemas deben haber
equipos especializados.

- Tanatológicos

- El individuo que tiene un individuo
la idea de que está aquí para siempre

- Agrupar problemas,

MD

→ Forme de reagrupar, equipos de asistencia
bien definidos en función del tipo de
pacientes a atender

Muy breve!

KA

Homogeneidad vs heterogeneidad

Toulouse - amiauo y delincuentes

LM

No comunidad fija, no trasladarlo ni he
establecido una vinculación.

JD

Se parte de necesidades de ellos.

Lo natural es el comportamiento de elefantes
Lo cultural es que atendamos.

(14)

Peligro repetir dentro de la institución los mismos patrones culturales que domina en el exterior. Se corren discriminadas.

1) Rehabilitación ambulatorio

2) 80%

3) Terminal, es 80%

Por el social, como se ve en el

manejo ya abandonado

por un control social

que le ayude a facilitar

proceso de vejez, enfermedad

de muerte,

dentro de la comunidad

terminal vinculado con contorno

social (familia) o contorno creado

para facilitar proceso de duelo de reparación

y muerte tanto del que muere como

del que le atreude

Fin

apoyo social que le permita establecer un soporte social para vivir según unos parámetros.

Si tenemos que ser tan duros de rechazar para su bien, todos tienen nombre, no son el 2º problema estable de la especie, tu hablado mas ha hecho gesto

individualizar el caso y ayudarlo

Nos está diciendo algo de la comunidad de nosotros.

Revenir

Están en la línea
hacia

replanteamiento de nuestra
conformación de la comunidad

leada

Faustine constructivo para el grupo

MD →
Rueda

Margen de maniobra escaso, 80%

Faustine reinsertable → puede utilizar en central de
es muy acompañado, se va adaptando

(TS)

Integración en la sociedad, hace falta mucha personalidad
el invalido prefiere quedarse aqui. Remindocan
los hace mas fuertes. Integrarse en sociedad y
quedarse encerrados en el pndo

Instituciones ni ténicas
Hosp de Día
Club social

Modifican el
ambiente de
familia y
de comunidad

Modelo dentro de la inst. es Residente Sano
aunca R. ER aunca al R.S

Si modelo social esto en comunidad y
familiar. Rehabilitarlo para
que se reincorpore

Ocultar el problema u ofrecer soluciones.

Molle

- 1) Hay deshumanización social, morir bajo el puente
- 2) Conciencia de que este hospital tiene una
capacidad terapéutica importante,
multiplicarla.

- a) Recoger los deramados y remunerar por a capacidad Rx
- b) remunerar a atendedores los rehabilitados

1) Desh → Institución sin fondo

(TS) →

No quieren salir - institucionalizados

El puente es lo hermoso puente aqui
sin quererlo. Hay muchos que quieren salir

Much: TS ; unificamente para trabajo
que hablamos. TS en trabajo de grupo
o en trabajo de comunidad. Empiezan
de salud.

Psi. 1) Especialice la función.
anule la especialidad
2) Posibilidad que se anule la capacidad
profesional, no entregue sus venenos
fuerza para el inst. y para el prof

Puede Necesitamos un psicólogo, no sé que tipo

Delgado Si quieres a entender el trabajo de equipo
y trabajar en equipo contribuyendo con
un bagaje técnico a la resolución de
problemas

Puede que tipo, escuelas

Equipos de salud, no salud mental.

¿permite ser favorecido por la institución
en cuadro de un rol y una
jerarquía "pecking order"

Molt aquí no hay jerarquización.

Enferme

~~Psic~~
Edue. { individuo integrado en
el grupo, centrado en el
grupo, ¿como ήταν es
Marcelino?

hablarlo individualmente en un grupo
notas psicológicas, sociograma pte 2
síntomas de que algo no va bien
asesora al personal asistencial

Agrupaciones por diferentes objetivos

Puede (politico) Comunidad mas interesada que nosotros. 3 -> 2

- a) según aceptación de valores sociales, propiedad
 - b) reinserción social para rehabilitada
- ← secuelas de neurop

Bloqueado en area de cronico, no puede pasar al hospital, menos dotado

JMD
CONTEJDA VA, % reinserción estableciendo depende de la demanda

¿ Este tinglado lo ha organizado Rehab. Argentina?

Jp2 → Psicólogo o Global

JMD Centro promoción de la salud, instalaciones rehabilitación no cronicos sino todos

H. Centro de R. cuanto de cada? Terminar el equipo

Jp Si el equipo esta bien integrado → Jst

Moli
← muld. → problemas, recomendaciones
← eq. asistenciales de 1ª línea (Empierda)

Si se ignora - historico no existe ←
hoja de enfermeria

partes de enfermeria de Forno & Forno

Puede =
historico cronico, no hay problemas de agudizaciones
- se eliven de grado por problemas well
- cuidado físico, psicológico y social mal

funcion anterior. Es al enfermo, al
equipo y a la comunidad, responsabilidades
de todos y cada uno.

quien le presta el { personal de enfermería
compañeros

persona con la cual, está más culturalmente
y continuamente más cerca

no se ubolze, información conecte a los

80% información

entendida cualitativamente que
esta

↳ Idea ampliar margen de los que
piensan rehabilitación

Expectativa de vida de los 80%
4 a 5 años

Rehabilitación 10 personas

hospitalaria o ambulatoria

física o social

Comunidad Van al enfermo?

Defensa que se establece, no hace el duelo!

Sociedad impide hacer el duelo, un
punto 4/12, duelo nada!

Impacto, porque yo se conocen todos, hace
los que no mueren, aquel vegetal

injusta algo para alguien, yo (vegetal)
injusto algo para alguien

Religioso tiempo + solo defectos (No esta responsable aree religiose)

→ como se espece f. religiose,
a) institucion confesional, propiedad religiose
b) institucion, no especialite cura, sino
como esta institucion permite que se
atienda a esta necesidad.

Tanatologia ← fundadores, Brilos
Religion → necesidad ayude a momento

LM) No caracten mitivo, no signos que cree un ambiente
no en plan impositivo, no en forma directa, tiene
contacto con equipo asistencial (Felix vs Cura)
entonces contacto con la institucion

→ Equipos. tiene unas funciones que realizar y
aun cuando haye alguno de sus miembros este espe
cializado

Equipo tiene unas funciones ^{global.} que realizar
y aun cuando haye algunos miembros especializados
en lo que haye especialistas, la funcion e responsabilidad
de todos y cada uno. va contra a especializavon.

JM → Una planta identificar. Necesidad social le
vanos a atender.
REHAB - REINTEGRACION SOCIAL

→ comarcal ^{rehabilitacion} + comites sociales
fuere de comarcal. mayor

avec de agudos, para rehabilitación secundaria
para y especializadas

↳ 2 1/2 - 3 - rehabilitable

↳ no se sabe ni reintegrada o no

Movimiento Dialectico - importancia actitudes

Agente de Cambio → Sociedad

↑
Institución

Uso de Individuo > Institución

Psicología Psicos

Movimiento Bien Poblado, papel de portadores, evaluación
los problemas están fuera de la institución

→ Comarcal → % comarca (metodologías distintas)
↳ laura social → otras comunidades
u hacen cargo

↳ de acuerdo!

↳ están ya planteados,

↳ más fácil

Síntomas de problemas de fondo.

en filo de funciones - verdeen aquellos no
vorte, inpotencia hay que con probar le
metodo contra burocratización, instt.
organización compleja.

Entre equipos de asistencia y familiares
célula proyectada en institución

= negligencia médica. hablar
de sentimientos y cooperar, prestar
apoyo para asumir responsabilidad que

Buscan la culpa fuera.
tiene.

	Conducto	1a C (H2)	2a C (H2)	3a C (H2)	1a Res. (G-1) BR	2a Res (H2) 45R
EP 70.1	129 pH	24	27	28	22	27
Sm/Ew	24 24	69 Ew	67.5	72.7	74	70.7
Wil. 3A	31	7 = 29	10 - 37	9	13	1
Novid 3B	56	13 - 54	6 - 22	14	5	14
Abdul 3 C	42	1	7 - 25	4	1	12
1 A	2	0	6	0	1	1
1 B	16	3	4	2	4	4
RS/cul	14	2	3	5	5	2
2	69	18	14	16	13	12
3	46	4	10	7	4	13
Soz Ec	9	2	1	2	0	2
1	18	2	8	2	3	4
2	102	18	18	24	19	21
3						

- A - Intenția responsabilă
 - B - Intenția neresponsabilă ASACS
TETRAID
- 1 - Vizitatie o Rx medic intensiu -
 - 2 - Dx & Rx (Nu diagnosticat o no stabilitat tratament (Acute))
 - 3 - Cronic amb unele stabilitate o tratament stabilitat
(CRONIS)

- A) - Independența fizice absolute
- B) " " " " " per activitatea vitale
- C) " " " " " Ac. V. B

- B/c.
1. Mult in reprata
 2. indiferenti
 - C) ai kato si reuse conexie amb mitxe (confuzie)
paranoia

- S/E
1. 100% alta - totuhsun
 2. printru fets remote =
 3. Cap prouibilitat - makelt amb gauer
seuse contorn.

Sesión del 13 de Julio 1978

listado de aclaraciones y preguntas

- 1) La designación de evaluadores de pts en 1A 1B 1C; 2A, no queda clara sobre todo porque después se repiten el 1 2 3 para situación psico cultural y socioeconómica.
Cuestión de expositiva y quizás necesidad de llegar a un concepto más funcional para agrupación de enfermos,
(de evaluación)
- 2) Esta pregunta, ¿cómo agrupa los enfermos? Tiene que venir guiado por criterios de dependencia biológica ^{medica} y de enfermería o lo que por criterios de evaluación psicológica y sociopsicológica, p. ej. no está claro si deben ser grupos homogéneos o heterogéneos. Autonomía, y solidaridad deben servir para la cohesión del grupo y para facilitar la convivencia entre los miembros y personal asistencial, o lo que sea a la realización personal y satisfacción de cada uno de los miembros y de los grupos.
 - como método referirle discusiones en grupo a todos los niveles en que hay suficiente apertura ^{como} para que todo pueda ser discutido honesta y exaustivamente. como ayuda ^{se produce} hacer sociogramas entre los internos, se hecho estos sociogramas de afinidad y se iban atallando y por tanto a menudo y baste con analizarlos.
- 3) El problema de la mayor integración del cuerpo facultativo al equipo de asistencia - lentamente discutido en la sesión del 6 de Julio en términos de si tiene que ser en demanda del enfermo o del cuerpo de enfermería vs el que fuere una asistencia programada - planteo otros problemas
 - a) ¿La terapia de presencia del médico calma una demanda de otros tipos de servicios - p. ej. psicología
no satisfecha

o terapic ocupacional?). Juan 921 Aguilar dio un buen ejemplo de medicalizaci3n de la asistencia al explicar como recursos del equipo rehabilitador se emplean por carencia de otro tipo de asistencia psiq. ocupacional o recreativa. en enfermos que no necesitan de ellos

b) ¿ El medico es el dios que lo salva todo? → valor crucial medico y hasta cierto punto medico, el unico sentido de lo nido esta en que lo curen, lo cual es imposible pero al menos una fuerte esperanza

c) Enfermeria hace una demanda espines, se encuentran desamparada frente a una necesidad de orden personal (h3tan e enfermos cr3nicos, viejos e incapacitados) mas carecen de recursos t3cnicos para hacerlos. Necesidad de apoyo educativo para h3tan un grupo de enfermos, con enfermos individuales avitalizados y para h3tan con familias. + Necesidad de llegar a una visi3n mas objetiva y menos medicamente teranzada de su equipo.

↓
Qui3n es se una historia m3dica y cual el papel reservado en ella e enfermeria. (Historia m3dica qui3n de los problemas de Wells o m3ltiple para sus nuevas unidades integradas (f3sico-psicol3gico y social de Munday. Exeter pp 445)

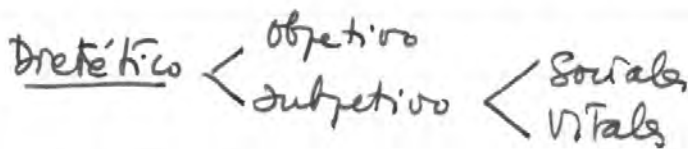
↓↓
La docencia del medico e enfermeria siempre viene por autoridad medica → medicalizaci3n. Aunque h3tegral Psicosocial Aspects of Patient Care Columbia.

3/

Problemas psicol3gicos y Servicio de Salud Mental, qu3tes saber mas de la propuesta de un SSM del que me ha legado una copia. Hipertr3fado y un enfoque de convertirse en Servicio especializado y no de medicina integral, qu3tes mejor dentro del Servicio de Medicina Interna

o de enfameña. Hay que evitar la tendencia a hacer equipos mixtos profesionales, se integra mejor cuando se hacen equipos interdisciplinarios a nivel de la tarea, por ej. Departamento de Control ~~de~~ Equitro, de la sala x.
 La interacción.

Esta tendencia o agruparse por profesiones en vez de por funciones aparece como reacción al dominio de la medicina, es una manera de luchar contra ella. a la par que se identifican con ella
 M > PI > Enf > As. Clin > Limpieza > Cocinero > Píuche
 h'auichu



Rehabilitación como FINANCIA y no especialidad es el modelo que debiere adoptarse para funcionamiento de los equipos.

ve abreviaciones

Enfermería merecerá una discusión a fondo, hay que rescatarles de trabajos mecánicos no solo para poderse dedicar más al paciente, sino a la comunidad de parientes y a los familiares del paciente

Rotaciones sursa buena idea, pero hay que ver como mejorar la capacidad de adaptación de los individuos y conseguir una moral de grupo.

especializado

Asistencia Social Función no Especialización. Profesionales para ^{especializado} que se haga la función por todos juntos y realice ^{especifica}

Problemas ocio y ocupacion y convivencia No hay profesionales especializados. ¿existen programas? ¿edad e cargo seleccionados?

- 6) Hay un solo responsable de una religión? ¿Qué hacen el resto de los hermanos? ¿cuales son las actividades de los equipos respecto a la religiosidad de una empresa - hospital - profesional? ¿cómo está organizada la pastoral?

Terapia ocupacional y/o Socioterapia: manualidades, Ejercicios o Movimiento corporal, ~~abrama~~ Trauma, etc Jardinería, Animales domésticos, etc → Toulouse Troues y vells

- 7) Hasta que punto residentes no enfermos o crónicos no excesivamente incapacitados se utilizan en su propia ciudad de higiene - autocuidado o cocina de grupo - decoración y cuidado de los hábitos personales o comunes, vida emotiva y sexual entre internados de orientación de ellos.

El negro dicho ^{un poco} mejor se gana una carne de resaca y enseñar como hacerlo que no un pez!

8) Criterios de Admisión.

1º control de demanda social por parte de Rehabilitación examen previo a admisión ~~en~~ Justificada ^{As Soc} + informe de Enfermería → criterio social restringido a la habitación COMPATIBILIDAD

¿que pasaría si esos criterios son los de la comunidad terapéutica?

→ Avilar a pts en trance de muerte o por respeto a si mismo y angustia entre los demás? Discutible!

Criterios de familia = no es asistida! → Normas en vez de contacto + Rehab y Psicología → papel clave a rehabilitación

- Transporte

- 8) Financiación por Seg Soc.
- ¿concepto global Ag + Crónicas o separados?
 - ¿% de arribos + residentes como financiados por S.S.?
 - ¿Si financiados por S.S. porque descontinuar a los no?

9 Anterior al crepe y al moribundo es una cuestión ideológica natural elefante

$$\frac{113}{142.00}$$

$$\frac{113}{142.00}$$

$$\frac{113}{142.00}$$

3) Problemática de la entrevista integral al cronista
y función del psicólogo dentro del equipo
antiterrorista

4) Perfil Profesional de los distintos profesionales
a contactar

5) Recomendaciones referentes a selección e interpretación
de los medios profesionales a contactar.

$$\frac{102 + 24 + 19}{129 + 24 + 28} \cdot \frac{145.00}{173} \times \frac{173}{8}$$

$$\begin{array}{r} 145.00 \\ 0660 \\ \hline 98 \end{array} \quad \begin{array}{r} 173 \\ 89, \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 145.00 \\ 05000 \\ \hline 0850 \end{array} \quad \begin{array}{r} 173 \\ 83,4 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 145.00 \\ 0660 \\ \hline 148 \end{array} \quad \begin{array}{r} 173 \\ 89,8 \\ \hline \end{array}$$

Consideraciones Generales sobre la organización de un Servicio de Salud Mental.

Todo centro hospitalario que aspire a brindar a sus enfermos la atención más completa y adecuada a las distintas problemáticas que se plantean, debe contar con un servicio de salud mental.

La implantación del mismo implica tomar conciencia de la unidad de la persona y advertir la importancia de la comprensión en su totalidad.

Un servicio de Salud Mental con un enfoque dinámico basado en el concepto motivacional de la enfermedad y por lo tanto con diagnóstico etiológico dinámico, personal, pronóstico más predictivo y tratamiento causal.

Un servicio coordinado, donde los integrantes del mismo cumplan una función primordial de enlace y de promover la comunicación entre los distintos responsables de la evolución del enfermo.

Un servicio que tenga como finalidad la prevención primaria de la salud mental, entendiendo por ello un concepto comunitario que implique disminuir la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en la población estable del hospital, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir enfermedades. Al ocuparse de los distintos enfermos,

se los verá como representantes de su grupo y su tratamiento es tará determinado no solamente por las necesidades de la persona en cuestión, sino principalmente por su relación con el proble- ma comunitario que representa y los recursos asequibles para en- frentarlo. La información que se tenga del caso servirá no solo a los efectos del diagnóstico individual, sino también en la for- mulación de un cuadro de la situación de los otros miembros de su grupo.

Se buscará brindar apoyo a los enfermos para que enfrenten la vida con formas sanas de comportamiento, tratando de re- ducir la ansiedad y encauzándolos para sentirse útiles a la so- ciedad, aún dentro de sus limitaciones.

Una persona necesita continuos aportes adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo. Estos aportes pueden ser de tres tipos :

- físicos : incluyen alimentación, habitat personal, esti-
mulación sensorial, oportunidad de ejercicio,
etc.
- Psicosociales : incluyen la estimulación del desarrollo inte-
lectual y afectivo de una persona por medio de
la interacción personal con los miembros signi-
ficativos de su familia o comunidad en la que
vive.

Esto implica la influencia de los intercambios
entre cada individuo y especialmente con las

personas que se compromete emocionalmente y con las que desarrolla relaciones continuas. Es el área de las satisfacciones de las necesidades interpersonales. Es aquí donde es necesario recurrir a la psicología.

- socioculturales: incluyen las influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen los valores y costumbres de la estructura social. Estos aspectos se tratarán de regular a través de la influencia familiar.

Existen períodos de alteración psicológica y de la conducta, precipitados por azares de la vida que implican una pérdida repentina de los aportes básicos.

Son las crisis vitales y/o accidentales.

f. psicosociales

f. físicos

Hombre

f. socioculturales

Crisis vitales y/o accidentales

Para ayudarlo a enfrentar estas crisis se realizará una acción social y otra interpersonal que tienda a promover un ajuste adecuado del enfermo frente a situaciones críticas como limi-

taciones físicas, intervenciones quirúrgicas, vejez, etc.

Se intentará cubrir algunas premisas básicas como :

- ayudarlo a enfrentar la crisis; ayudarlo a conversar, a comprender el peligro, dolor, etc.
- ayudarlo a que enfrente la crisis en dosis manejables.
- ayudarlo a descubrir los hechos.
- no darle falsas reaseguraciones.
- ayudarlo a aceptar ayuda.

Teniendo en cuenta la población con que cuenta el hospital se tendrá el siguiente cuadro de atención del enfermo.

	Acción Social	área de residen- cia de sanos
	<u>objetivo</u> promover un ambiente de salud mental	
Apoyo psicológico		área de convales- cencia
	Acción interpersonal	
	<u>objetivo</u> proveer de trata- miento psicológico	área de hospitali- zación

Para la implementación y la concreción de estos objetivos se hace necesario un censo de enfermos en un trabajo interdisciplinario entre los distintos servicios que se ocupan de la salud de los mismos, básicamente medicina interna y rehabilitación y la participación del servicio de asistencia social que proveerá los datos más relevantes de la historia personal del su
jeto.

Se tendrán así informes psicológicos de todos los enfermos haciendo posible una jerarquización de problemas y una selección de métodos terapéuticos.

1/ Para responder al 1º objetivo se organizarán grupos operativos y de asesoramiento para todo el personal auxiliar que tiene a su cargo la atención del enfermo. Se procurará contar en todo momento con el personal más idóneo para estas funciones, haciendo prevalecer en lo posible las características humanas de tolerancia, paciencia, afecto y comprensión.

2 Para enfocar el 2º objetivo se utilizarán terapias de apoyo de contenido dinámico, breves y de objetivos limitados.

3 Se podrá poner en práctica el funcionamiento de una comunidad terapéutica.

Debe preocuparnos la dimensión social del paciente tal cual se expresa en su vida institucional y a descubrir en ella no solo un complemento sino en muchos casos una vía de abordaje del paciente y un área para su recuperación.

Una comunidad terapéutica es humanitaria y flexible, rompe con la dedicación unipersonal y breve.

Exige un compromiso de dedicación y de participación, se propone que el paciente acepte su enfermedad y comprende sus orígenes, corrija la distorsión de la realidad y obtenga mayor satisfacción de su relación con los demás.

Objetivos de la comunidad terapéutica :

- proporcionar al paciente experiencias que minimicen su distorsión de la realidad.
- facilitar su intercambio significativo con otras personas.
- facilitar su participación con los demás integrantes del medio con el objeto de que aumente su satisfacción y seguridad.
- reducir su ansiedad
- aumentar su autoestima.
- tender a que comprenda su perturbación.
- movilizar su iniciativa para que desarrolle sus capacidades de expresión y realización personal.

El alcance y la importancia de las distintas actividades que puede desarrollar un servicio de salud mental está en directa relación con los medios humanos con que cuente. Considero conveniente incorporar por etapas sus distintas posibilidades.

Es así que en un primer momento se podría iniciar la labor de apoyo psicológico con el área de residencia de ancianos y el área de convalecencia para desarrollar una labor terapéutica a través de las comunidades terapéuticas y su complemento en actividades de terapia ocupacional.

Todos estos aspectos cobran especial sentido cuando la población hacia la cual se dirige la atención está integrada sobre todo por personas de edad avanzada donde se conjugan una serie de cambios psicológicos que inciden negativamente en su inte

gración al medio o a la institución.

Así aparecen sentimientos de inutilidad y carga, temor a la muerte, estados depresivos, apatía, aislamiento social, falta de afecto, inactividad.

Para ello sería necesario contar con un psicólogo que cubriera el rol de coordinador del servicio, un psicólogo que colaborara en la organización de las comunidades terapéuticas y un terapeuta ocupacional.

En un 2º momento se podría integrar el área de hospitalización incorporándose al trabajo tratamiento de psicoterapia breve y psicoprofilaxis quirúrgica, debiendo ampliarse en ese caso la planta funcional del Servicio.-