
ORIGINALES Y REVISIONES

Metodología y resultados del censo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en Río de Janeiro

J. P. LYRA DA SILVA*, P. AMARANTE**

*Psiquiatra. Especialista en Psiquiatría Social.

**Psiquiatra. Master en Medicina Social. Doctor en Salud Pública. Investigador Titular. Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz. Río de Janeiro. Brasil

Resumen

Los autores presentan los principales aspectos metodológicos y discuten algunos de los resultados del "Censo de la Población de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en Psiquiátricos en la Ciudad de Río de Janeiro", que se llevó a cabo en la fecha-referencia del 24 de octubre de 1995. Este censo evaluó 3.223 pacientes hospitalizados en 20 unidades psiquiátricas del municipio bajo la coordinación de la Secretaría Municipal de Salud. Contó con la participación de otras instituciones, entre ellas el Ministerio de la Salud, la Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundação Oswaldo Cruz y el Instituto de Psiquiatría de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Los autores analizan los resultados tabulados por edad y por género, donde categorías como género femenino, vejez, infancia y adolescencia, son indicadores de mayor precariedad dentro de esta población.

Palabras clave: Censo. Hospitales psiquiátricos. Indicadores de calidad. Enfermedad mental.

Summary

Methodology and results of the census of hospitalized patients in psychiatrics of Rio de Janeiro. The authors present the main methodological aspects and discuss some of the results of the "Census of the Population of Patients Hospitalized in Psychiatric Institutions in the City of Rio de Janeiro", carried out

on the reference date of October 24, 1995. This census evaluated 3.223 patients hospitalized in twenty municipal psychiatric units coordinated by the Municipal Health Secretariat. Other institutions also participated, including the Ministry of Health, the "Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundação Oswaldo Cruz" and the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro. The authors analyze the results, tabulated by age and sex, where categories such as female, old age infancy and adolescence are indicators of greater precariousness in this population.

Key words: Census. Psychiatric hospitals. Quality indicators. Mental illness.

Résumé

Méthodologie et résultats du recensement chez des patients hospitalisés dans Rio de Janeiro. Les auteurs présentent les principaux aspects méthodologiques et discutent certains des résultats du "Recensement de la Population de Patients hospitalisés dans des Etablissements psychiatriques à Rio de Janeiro", qui a été effectué à la date de référence du 24 octobre 1995. On a évalué dans ce recensement 3.223 patients hospitalisés dans 20 unités psychiatriques de la commune sous la coordination du Secrétariat municipal de la Santé. Il a compté sur la participation d'autres institutions, notamment du Ministère de la Santé, de la "Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundação Oswaldo Cruz" et de l'Institut de Psychiatrie

de l'université fédérale de Rio de Janeiro. Les auteurs analysent les résultats dans des tableaux par âge et par genre, où des catégories telles que le genre féminin, la vieillesse, l'enfance et l'adolescence, son des indicateurs d'une plus grande précarité chez ces personnes.

Mots clés: Recensement. Hôpitaux psychiatriques. Indicateurs de qualité. Maladie mentale.

Riassunto

Metodologia e risultati del censo in pazienti ospedalizzati in Rio de Janeiro. *Gli autori presentano i principali aspetti metodologici e discutono alcuni dei risultati del "Censo della Popolazione di Pazienti Ricoverati in Ospedali Psichiatrici nella Città di Rio de Janeiro", che venne realizzato nella data riferimento del 24 ottobre 1995. Questo censo valutò 3.223 pazienti ricoverati in 20 unità psichiatriche del municipio sotto la coordinazione della Secretaria Municipale della Salute. Dispose della partecipazione di altre istituzioni, tra di esse il Ministero della Salute, la Scuola Nazionale della Salute Pubblica della Fondazione Oswaldo Cruz e l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Rio de Janeiro. Gli autori analizzano i risultati classificati per età e per genere dove categorie come genere femminile, vecchiaia, infanzia e adolescenza indicano maggior precarietà in questa popolazione.*

Parole chiave: Censo. Ospedali psichiatrici. Indicatori di qualità. Malattia mentale.

Introducción

Desde hace unas dos décadas, Brasil pasa por un importante proceso de reforma psiquiátrica, que se ha visto acentuado en los últimos años gracias al establecimiento de centenas de servicios nuevos de atención a la salud mental, que buscan establecer nuevas bases para la atención psiquiátrica. Se trata de servicios de atención diaria (hospitales de día/noche, centros de salud mental, núcleos de atención psicosocial), de servicios alternativos a la hospitalización total y permanente (unidades psiquiátricas en hospitales generales), así como de un trabajo de intervención social con el objetivo de transformar la relación entre la sociedad y

los portadores de problemas mentales.

Por otro lado, paralelamente están ocurriendo muchos cambios en el ámbito general del sector de la Salud, entre los cuales se destacan la descentralización administrativa de los servicios y del proceso de toma de decisiones políticas y la participación efectiva de la población, a través de los Consejos de Salud Municipales, Estatales y en el Consejo Federal de Salud.

A mediados de 1994, ante la proximidad del proceso de municipalización* de la salud en el municipio de Río de Janeiro, con la implantación del Sistema Único de Salud - SUS (nombre dado al sistema de salud público brasileño, adoptado por la Constitución Federal en 1988), se impuso la necesidad de un diagnóstico en términos de la utilización de los servicios de hospitalización psiquiátrica, que pudiera servir de base para la planificación de un programa de salud mental nuevo, en el ámbito del municipio.

Con este propósito se diseñó un estudio de los pacientes psiquiátricos ingresados en la ciudad de Río de Janeiro, buscando conocer tanto su perfil socioeconómico como su perfil clínico.

Material y métodos

Población investigada e instrumento

Se escogió el 24 de octubre de 1995 para la recogida de datos en la población de todos los ingresados (a expensas del SUS) en clínicas psiquiátricas de la ciudad de Río de Janeiro, excepto en la *Colônia Juliano Moreira*, donde sólo los ingresados en una unidad, denominada Hospital Jurandir Manfredini, fueron evaluados. Esta Colonia, un macrohospital con casi 2.000 pacientes internados, había realizado un censo de su población internada poco antes de esta investigación (Keusen et al)¹.

Se utilizó como instrumento un formulario con 48 cuestiones, que contiene tres secciones: datos personales, sociales y clínicos de los pacientes. Se incluye en anexo el manual-guía para llenar el formulario.

Las fuentes prioritarias de información fueron la ficha médica y la entrevista con el paciente, complementada, siempre que fuera necesario, con datos aportados por los

* La descentralización del SUS se realiza en Brasil transfiriendo los recursos federales y estatales a los municipios.

funcionarios del hospital y acompañantes y familiares.

Procedimientos anteriores a la primera etapa de campo

Se preparó un formulario y una propuesta de metodología para el registro de los datos.

La base de datos tuvo que ser compatible con los registros del *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE* y del *Instituto de Planejamento do Município do Rio de Janeiro-IPLAN-RIO*².

Dos meses antes de la fecha-referencia, se realizó una evaluación piloto en una unidad hospitalaria para ajustar el formulario y los métodos de registro. Posteriormente, se elaboró un manual-guía.

Una resolución emitida por el Ministerio de la Salud, conjuntamente con las Secretarías de Salud Municipal y del Estado de Río de Janeiro, posibilitó acceder a la población ingresada.

Para el trabajo de campo se reclutaron 90 profesionales del área de la salud, con formación o especialización en salud mental, que fueron entrenados en la *Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz* sobre la forma de registrar los datos investigados, los medicamentos psiquiátricos: nombres comerciales y presentación, y los códigos de los diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (novena versión). Se formaron seis equipos de trabajo de 15 investigadores cada uno.

Primera etapa de obtención de datos en campo

Fue previsto que esta etapa duraría seis semanas. El día 24 de octubre de 1995 y al día siguiente, se dio prioridad a la obtención de datos referentes a los pacientes internados, en la fecha-referencia, en urgencias y unidades de crisis o a aquéllos cuya alta estuviera prevista para esos días. Hubo una preocupación metodológica para impedir que la obtención de datos interfiriera en la autorización del alta de cualquier paciente.

Al término de las segunda y cuarta semanas, se escogieron dos formularios por investigador, de manera aleatoria. Los pacientes fueron reexaminados por otro investigador. De esta forma, al término de la etapa de campo, cada investigador habría llevado a cabo reevaluaciones con, por lo menos, tres de los pacientes ya evaluados por otros investigadores. Asimismo, por lo menos tres de sus registros serían reevaluados por un tercer investigador.

El control de calidad del trabajo de los investigadores se realizó por medio de “reevaluaciones selectivas” –en los casos en que la calidad de los registros fue considerada precaria–, así como a través de las evaluaciones cualitativas de los coordinadores del trabajo de campo y en las reuniones de los equipos de trabajo.

El procesamiento de los datos

Se desarrolló un sistema en lenguaje “Clipper”, que aquí se llamó de “sistema CIP”. Una vez realizada una versión preliminar del “sistema CIP”, se seleccionaron 27 investigadores para que acompañasen la informatización de los formularios, generándose dos subcatálogos: Censo-P (principal) y Censo-P Repetido (correspondiente a las reevaluaciones).

También se hizo un cruzamiento entre los datos obtenidos y los registros que se generaron a partir de los análisis de los sistemas de pago de las *Autorizações de Internação Hospitalar-AIH** (procesada con base en archivos de la Secretaría de la Salud del Estado de Río de Janeiro), de la información de las clínicas sobre los pacientes ingresados en el día “D” y de la verificación realizada por los investigadores sobre estas informaciones. Las discrepancias eventuales fueron anotadas para su verificación en etapas posteriores.

Se aplicó una fórmula matemática (índice kappa) para verificar el grado de discordancia entre los registros sobre un mismo paciente, realizados por diferentes investigadores.

La segunda etapa del trabajo de campo

Se llevó a cabo en la segunda quincena de septiembre de 1996. Focalizó los errores al llenar los formularios en el campo: “tipo de medicamentos” y discrepancias encontradas al cruzar los registros del Censo-P y del Censo-P Repetido con las fuentes de información sobre pacientes ingresados en el día “D” –éstas mencionadas en la etapa de procesamiento de los datos–.

Se verificó lo siguiente:

- 179 pacientes presentaron errores en el registro de la medicación.
- 81 pacientes no habían sido “recensados” y lo fueron sólo en ese momento;.
- 95 pacientes no habían ingresado, de hecho, en la

* N.T.: *Autorizações de Internação Hospitalar*: documento del sistema público brasileño, a través del cual se cobra el pago por servicios prestados por hospitalización.

- fecha-referencia, aunque todavía constasen de algunas de las listas.
- 18 pacientes no tenían sus historiales médicos, por lo tanto no fue posible saber en qué situación se encontraban.
 - Siete pacientes constaban en las listas de las clínicas, pero no se hallaban en los registros elaborados por clínica.

A partir de las informaciones recogidas, una nueva corrección se efectuó en el catastro principal de la investigación.

Resultados y discusión

Informe de los datos no-tabulables

Los datos no-tabulables se obtuvieron a partir de las siguientes fuentes:

- Diarios de Campo: anotaciones sobre las impresiones personales acerca de los aspectos considerados significativos durante las visitas a las instituciones.
- Campo del formulario: "Otras informaciones". Destinado al registro de datos considerados pertinentes, relacionados al proceso de levantamiento de esos datos o al paciente.

Por lo tanto, se buscó elaborar un informe estandarizado para cada unidad de hospitalización psiquiátrica, en el cual constase, siempre que fuere posible:

- La naturaleza del vínculo con el poder público.
- Descripción del espacio físico (funcionalidad, conservación e higiene de las instalaciones).
- Número de camas.
- Apoyo y receptividad en relación con los investigadores.
- Modalidades de asistencia ofrecidas.
- Habilitación de los profesionales de la salud mental.
- Número de operadores habilitados en cada especialidad profesional disponible.
- Desempeño eventual, de estos profesionales, de funciones no relacionadas con el cuidado directo de los pacientes.

El criterio establecido para considerar la relevancia de estos ítems, se basó en la frecuencia con que estos comentarios surgieron. Con base en esto se consideró que reflejaban aspectos significativos. Después de una serie de reuniones, en las cuales se discutieron los textos-fuente para delinear el perfil de todas las instituciones, se encomendó a cada relator la elaboración del

informe de algunas de las clínicas con las cuales había trabajado o que ya conocía.

Informes reuniendo los datos tabulables y no-tabulables

Al finalizar la segunda etapa del trabajo de campo, cuando ya se había realizado la última corrección del catastro principal y los informes con los datos no-tabulables ya estaban listos, se elaboraron informes que reunieron los datos tabulables y no-tabulables.

Seguidamente, presentamos algunos resultados de la investigación.

De los 3.223 pacientes ingresados, 1.097 eran mujeres (34%) y 2.126 eran hombres (66%).

Si comparamos la población total de la ciudad de Río de Janeiro con la población en estudio, ésta presenta una desproporción muy marcada: muchos más hombres que mujeres; muchas más personas con más de 50 años de edad y muchas menos personas con menos de 19 años.

Se trata de una población predominantemente masculina, formada por cerca del 70% de personas oriundas del estado de Río de Janeiro. Aproximadamente, la mitad de esta población tenía 40 años de edad o más, de los cuales, un 62% eran oriundos del estado de Río de Janeiro.

En relación a los domicilios de referencia de los pacientes, el 70% del total estaban situados en la ciudad de Río de Janeiro; un 13% fuera de la ciudad y otro 13% sin indicadores de localidad (personas viviendo en la calle, en el hospital o con el domicilio ignorado); el 4% de las direcciones no fueron localizadas.

Los niveles de escolaridad presentaron una tendencia a ser más elevados en la medida que aumentaba la edad, siendo que cerca del 20% del total ya había completado algún ciclo escolar regular (primario, secundario o superior).

Entre la primera hospitalización y la fecha-referencia, se constató una tendencia a la pérdida de la ocupación laboral de las personas evaluadas, que les permitía recibir un ingreso y tener acceso al sistema de seguridad social (de aquellos con más de 49 años, alrededor del 40% estaban empleados regularmente en la época de su primer ingreso, número que descendió a cerca de un 7% en octubre de 1995, con un 45% siendo asistido por el seguro social en la fecha-referencia). Sin embargo, la mitad total de las personas evaluadas no tenía ningún tipo de vínculo con el sistema de seguro social.

Al aumentar la edad, se verificó una tendencia a aumentar la proporción de los que obtenían algún tipo de ingreso. De los 40 años para arriba, la proporción de

Tabla I

| Rango de edad | Mujeres | % del total de pacientes | Hombres | % del total de pacientes | Razón hombre/mujer |
|----------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------|
| Hasta 19 años | 42 | 1,30 | 95 | 2,95 | 2,26 |
| 20 a 29 años | 196 | 6,08 | 408 | 12,66 | 2,08 |
| 30 a 39 años | 301 | 9,34 | 647 | 20,07 | 2,15 |
| 40 a 49 años | 212 | 6,58 | 496 | 15,39 | 2,34 |
| Más de 49 años | 343 | 10,64 | 470 | 14,58 | 1,37 |
| Sin registro | 3 | 0,09 | 10 | 0,31 | |

los que no conseguían algún ingreso se estabilizó en torno al 20%.

Al comparar, dentro del universo de los hombres, el porcentaje de los que no tienen ningún tipo de ingreso, y, dentro del universo de las mujeres, el porcentaje de las que se encuentran en esa condición, se puede ver que las mujeres enfrentan una precariedad pecuniaria mayor (índice cerca de un 40% mayor).

Se encontraron más mujeres con pareja conyugal estable que hombres en las mismas condiciones; y muchas más mujeres viudas que hombres en esas condiciones. En la medida que el rango de edad aumentaba, la proporción de separados/divorciados se elevaba más que la de casados o viudos. Si la proporción de solteros en

el rango de los más jóvenes era del 90%, entre los 49 años o más estaba en el 40%.

Cerca del 70% mantenía una expectativa de vínculo estable con sus familiares, de protección y de pertenencia (cerca del 60% de todo el rango hasta 19 años y con más de 49 años; 68% de todas las mujeres y 72% de los hombres), mientras que un 20% no contaban con nadie (30% de todo el rango hasta 19 años y con más de 49 años; 23% de todas las mujeres y 19% de los hombres). Cerca de un 60% del total tenían domicilio fuera del hospital (60% de todos los hombres y 52% de las mujeres). De éstos, alrededor del 11% (21% de los más jóvenes, 15% de aquéllos entre 20 y 29 años y algo en torno al 10% de los rangos restantes), tenían domicilios

DIAGNÓSTICOS

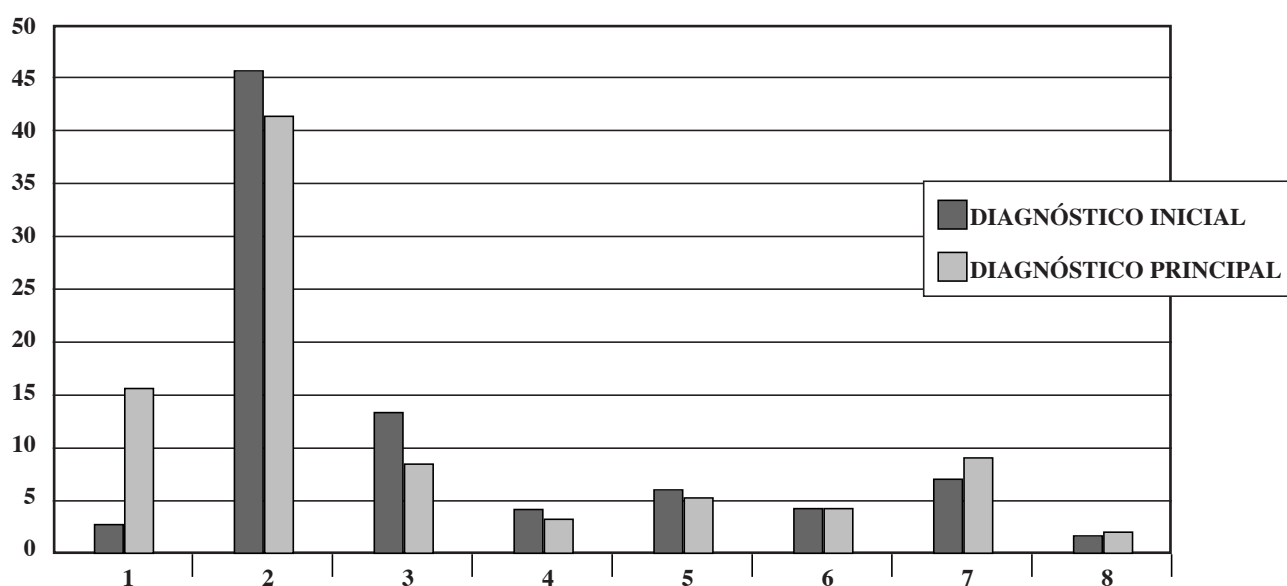


Figura 1. 1. Diagnóstico sin respuesta o respuesta en la categoría "ignorada". 2. Psicosis esquizofrénicas. 3. Otras psicosis no especificadas. 4. Psicosis afectivas. 5. Psicosis alcohólicas. 6. Síndrome de dependencia alcohólica. 7. Oligofrenias. 8. Epilepsias.

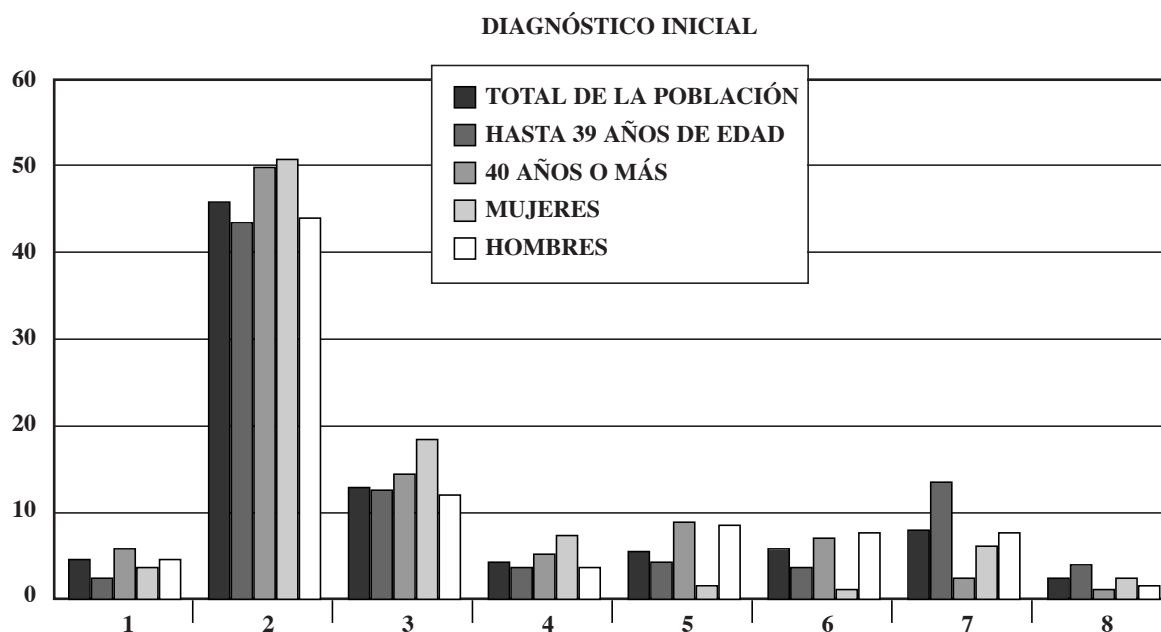


Figura 2. 1 Diagnóstico sin respuesta o respuesta en la categoría “ignorada”. 2. Psicosis esquizofrénicas. 3. Otras psicosis no especificadas. 4. Psicosis afectivas. 5. Psicosis alcohólicas. 6. Síndrome de dependencia alcohólica. 7. Oligofrenias. 8. Epilepsias.

precarios, lo que representa el 7% de la población investigada.

Para la mayoría de los pacientes ingresados, las opciones de domicilio se referían a la familia de origen o al propio hospital. Sin embargo, en la medida que aumentaba el rango de edad, estas opciones disminuyeron, aumentando las opciones de vivir con la familia que ellos mismos habían constituido o de vivir solos. En relación a la opción de vivir en el hospital, ésta aumenta bastante dentro del rango 40/49 años para el rango siguiente en lo que se refiere a las mujeres, aunque ellas tienden más que los hombres a vivir con la familia que ellas constituyeron y menos con la familia de origen, y tienden menos que ellos a vivir solas o en el hospital.

Más de la mitad del rango más joven, poco más que un cuarto del rango 40/49 y casi la mitad del rango de los más viejos, vivían en el hospital. El porcentaje de los que se encontraban en situación de vivir en la calle crecía un 2% en el rango de los más jóvenes, hasta un 5% entre 40 y 49 años y caía para un 4% entre los más viejos.

Cerca de un 30% de los pacientes no recibía visitas, y el 65% no hacían uso de la licencia para salir (60% de los hombres y 70% de las mujeres). La proporción entre los que estaban ingresados hacía menos de un mes y conseguían la licencia era mayor que aquéllos

que estaban ingresados hacía más tiempo y podían salir.

Diagnóstico

Entre la evaluación en el momento del ingreso (diagnóstico inicial) y la efectuada en la unidad de internamiento (diagnóstico principal), se observó un elevado porcentaje de diagnósticos de psicosis no orgánicas descartados (70%) y, en menor proporción, psicosis afectivas y alcohólicas (en proporción semejante, sumando 18%) y de esquizofrenias (10%). También se percibió la tendencia a no registrar e, incluso, a no trabajar con la orientación de un diagnóstico en las unidades de internación.

De los diagnósticos iniciales que se mantienen en estas unidades, se destacan los referentes a oligofrenias, a epilepsias y al síndrome de dependencia alcohólica. Éstos fueron, incluso, más numerosos en los hospitales psiquiátricos, sustituyendo los diagnósticos iniciales de otra naturaleza. Sus tasas crecieron en un 20% para las primeras, un 14% para las segundas y un 2% en relación a las últimas. Estos diagnósticos, excepto el de epilepsia, se dieron más en relación a los hombres -en términos porcentuales- que a las mujeres, y éstas tuvieron tasas más elevadas en los diagnósticos de psicosis esquizofrénicas, afectivas y de otras psicosis no orgánicas, además de la epilepsia.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

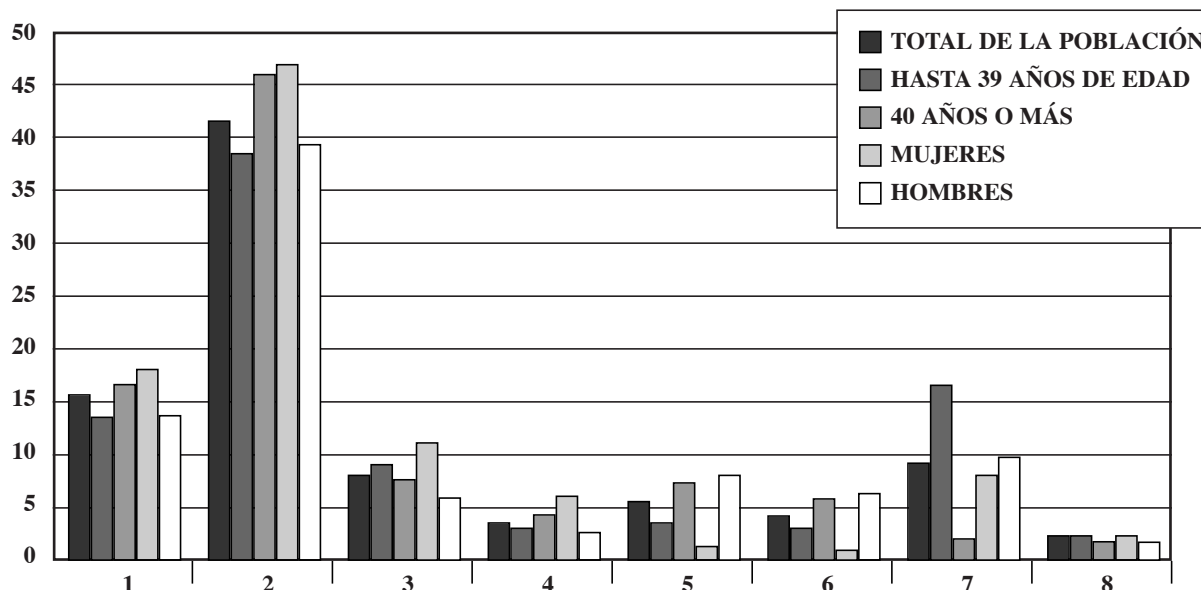


Figura 3. 1 Diagnóstico sin respuesta o respuesta en la categoría "ignorada". 2. Psicosis esquizofrénicas. 3. Otras psicosis no especificadas. 4. Psicosis afectivas. 5. Psicosis alcohólicas. 6. Síndrome de dependencia alcohólica. 7. Oligofrenias. 8. Epilepsias.

En relación al rango de edad, los diagnósticos de psicosis esquizofrénica, afectiva y alcohólica, y de síndrome de dependencia alcohólica entre los mayores de 40 años fueron porcentualmente mayores. Los rangos inferiores a los 39 años, en su mayoría recibieron diagnósticos de oligofrenias y epilepsias.

A partir de estos datos, se pueden formar hipótesis:

- 1) Los prejuicios de los profesionales asistenciales, que determinan un abordaje tendencioso en la evaluación diagnóstica de los pacientes, son semejantes en las diferentes unidades psiquiátricas.
- 2) Habría una tendencia de los profesionales de la salud mental en las unidades de internación psiquiátrica a no confiar en diagnósticos, principalmente cuando son estrictamente psiquiátricos.

Hospitalización

Al compararse la estancia menos prolongada con la estancia más prolongada de la hospitalización psiquiátrica, se verificó que en el rango de los más jóvenes y en el de los más viejos había una tendencia mayor a que la estancia se alargase. Esto indicaría la importancia cuantitativa de la población en condición asilar del hospital. Dentro de estos rangos, la estancia se prolonga más entre mujeres que entre hombres.

Antes de la hospitalización estudiada, el 57% no habían pasado por tratamiento ambulatorio, y el 82% ya habí-

an sufrido más de un ingreso psiquiátrico en su vida, casi siempre en más de una clínica.

Cuanto más ancianos los pacientes mayor era la proporción de aquéllos que hacía más tiempo tuvieron su primer ingreso, lo que muestra la baja incidencia de altas en el sistema de hospitalizaciones psiquiátricas.

En el rango de edad de los más jóvenes, el 45% habían ingresado entre dos y cinco veces. La tendencia de crecimiento, en relación a la edad, de la tasa de pacientes que ya habían sufrido más de 10 ingresos en su vida, cae abruptamente a partir de los 40 años. La razón de esto podría estar en una elevada mortalidad entre aquellos que se encuadran en dos categorías, a saber, con más de 40 años y con más de 10 ingresos psiquiátricos.

Medicamentos

El 2% de los ingresados no usaban medicamentos psiquiátricos, psicofármacos ni electroconvulsoterapia.

De los pacientes que recibieron prescripciones de antipsicóticos, a un 84% también se les había prescrito drogas de acción anticolinérgica, usadas para tratar algunos de los efectos colaterales de los primeros.

Entre los pacientes a quienes se les prescribió benzodiazepinas, al 15% de ellos se les prescribió más de un tipo, y al 99% sólo se les prescribió de vida media a larga.

Entre aquellos a los que se les prescribió fenobarbital,

un 20% recibió una prescripción de dosis diaria, definida como superior al rango terapéutico, según los criterios de la investigación. Y en el caso de la fenitoína, fue prescrita, en un 30% de los casos, en dosis diarias definidas como inferiores al rango terapéutico, de acuerdo con los criterios de la investigación. Al 39% de los pacientes con prescripciones de antipsicóticos y al 63% con antidepresivos, se les mandó benzodiazepinas al mismo tiempo.

Fue muy difícil obtener datos sobre electroconvulsoterapia, y muchas veces hubo discrepancias entre los relatos de los pacientes y las anotaciones en la historia clínica, lo que sugiere la omisión del registro de estas situaciones, conforme lo señalado en los informes de datos no tabulables.

Actividades terapéuticas

Para el 62% de los pacientes, la única terapia individual era la prescripción por un psiquiatra de un tratamiento medicamentoso o la electroconvulsoterapia. Un 13% fue atendido por psicólogos -atendimientos semanales, con cita marcada dentro de una frecuencia mínima de una vez por semana-, un 12% por terapeutas opcionales, un 8% por profesionales del servicio social, un 3% por profesionales habilitados en clínica médica, un 2%

por fisioterapeutas y un 2% por profesionales de la salud con otras habilitaciones.

Conforme los criterios de la investigación, el 74% no participaban de actividades de grupo; un 7% participaban de un grupo psicoterapéutico; el 10% frecuentaban un grupo operativo, reuniones de pacientes con apoyo de los responsables del atendimento, con el objetivo de alcanzar un resultado práctico; un 6% participaban de otras actividades terapéuticas, de manera secuencial, con citas marcadas con una frecuencia mínima de una vez por semana, en grupos, actividades colectivas con fines terapéuticos no especificadas; el 1% participaba de grupos para desarrollar una habilidad específica, a criterio del terapeuta; un 2% participaba de grupos de ayuda mutua y el 1% del total de los pacientes participaba en grupos familiares.

Bibliografía

1. Keusen A et al. Censo de pacientes crónicos. Informe preliminar. Cadernos do NUPSO, 1988;1(2):32-37.
2. Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Censo da População de Internos em Hospitais Psiquiátricos no Município do Rio de