

50
2 ej



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Un Modelo Integral de Servicio Psicológico:
Una Experiencia.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
VICTORIA E. CHAVIRA RODRIGUEZ
JOSE LUIS SERVIN TERRAZAS

MEXICO, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
1. LA SALUD MENTAL Y SUS IMPLICACIONES TEORICO PRACTICAS.	1
1.1 SALUD Y ENFERMEDAD	1
1.2 PROBLEMAS DOCTRINARIOS	10
1.3 ALTERNATIVAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL	23
1.4 SALUD MENTAL Y SALUD PUBLICA	31
1.5 SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN MEXICO	39
1.6 CONCLUSIONES	47
2. SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA.	52
2.1 SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO	52
2.2 DIRECCION DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO	57
3. UN MODELO INTEGRAL DE SERVICIO PSICOLOGICO: UNA EXPERIENCIA.	67
3.1 PRIMERA PARTE: ESTUDIOS DIAGNOSTICOS DE LA POBLACION PARA DETECTAR NECESIDADES DEL AREA DE SALUD MENTAL	67
3.1.1 DATOS GENERALES DE LOS ESTUDIOS	67
3.1.1 PRIMER ESTUDIO	68
3.1.2 SEGUNDO ESTUDIO	77
3.1.3 TERCER ESTUDIO	89
3.2 SEGUNDA PARTE: DESCRIPCION DE UN MODELO INTEGRAL DE SERVICIOS PSICOLOGICOS	96
3.2.1 FUNDAMENTOS, OBJETIVOS Y SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	102
3.2.2 UBICACION DEL DEPARTAMENTO DE PSI- COLOGIA DENTRO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	106

3.2.3	DEFINICION DE LAS FUNCIONES GENERALES Y ESPECIFICAS DEL EQUIPO DE PSICOLOGIA	109
3.2.4	DEFINICION DE CRITERIOS DE AD- MISION, TRATAMIENTO Y ALTA	113
3.2.5	MECANISMOS DE SUPERVISION Y CONTROL DE FUNCIONES Y PROCEDI- MIENTOS	119
3.2.6	EVALUACION DEL EQUIPO DE PSICO- LOGIA Y EFECTIVIDAD DE LOS TRA- TAMIENTOS	126
4.	INSTRUMENTACION DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.	133
4.1	ESTABLECIMIENTO	133
4.2	OBJETIVOS	134
4.3	PRIMERA ETAPA: 1977	139
4.4	SEGUNDA ETAPA: 1978	147
4.5	TERCERA ETAPA: 1979	159
4.6	CUARTA ETAPA: 1980	182
5.	EVALUACION DEL TRABAJO	185
5.1	PROBLEMAS	189
5.2	CONCLUSIONES	196
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	199
APENDICE	1	207
APENDICE	2	209
APENDICE	3	210
APENDICE	4	212
APENDICE	5	214
APENDICE	6	215
APENDICE	7	218
APENDICE	8	221
APENDICE	9	229
ANEXO	1	

C A P I T U L O I.

LA SALUD MENTAL Y SUS IMPLICACIONES TEORICO PRACTICAS

SALUD Y ENFERMEDAD

La vasta literatura sobre el tema de la salud mental, está llena de discusiones teóricas y conceptuales. Al parecer si no se habla de "desorden y enfermedad", no se puede conceptualizar el "orden y la normalidad". Aún reconociendo que en el terreno de la psicopatología no es posible lograrlo a satisfacción de todos, se hace necesaria una revisión del tema. Además los diferentes conceptos sobre salud mental han originado investigaciones clínicas de indiscutible importancia, cuyos resultados han sido de utilidad práctica tanto en los tratamientos individuales como en los programas de salud.

El mejor camino para obtener los antecedentes que hagan comprender la idea de salud, entendida integralmente en sus componentes biológicos, sociales y psicológicos, es el de alcanzar primero el concepto de enfermedad. Después de ello se puede hablar con mayor claridad de la salud en general y de la salud mental en particular.

El Concepto de Enfermedad

El hombre siempre se ha preocupado por preservar su salud

y evitar los acontecimientos que (según lo ha creído) provocan - las enfermedades que le aquejan. Numerosas pruebas que así lo sugieren han mostrado cuáles fuerzas, demonios y designios se han - tenido por "causas" de los sufrimientos humanos, corporales y "espirituales." La concepción de la enfermedad como la posesión de espíritus malignos, conlleva una serie de acciones rituales, tendientes a ahuyentarlos (Velasco, 1980).

Hoy día se acepta, que el ser humano es una unidad bio-psi-co-social y que la enfermedad es, precisamente una reacción frente a las causas ambientales que la producen (Organización Mundial de la Salud, 1975). Para llegar a este concepto, se pasó por posiciones y enfoques diversos que vale la pena recordar aquí, si se desea obtener un concepto científico de enfermedad.

Los principales conceptos de enfermedad, fueron expuestos desde el siglo pasado por Bernard, Freud, Cannon y Meyer, con importantes contribuciones de otros autores como Romano, Mirsky, Greene y Grinker. Concebían la salud como la fase de adaptación del organismo a su medio, lo cual vale para todo ser vivo ya que sólo se puede sobrevivir y funcionar eficazmente si se logra un ajuste a las peculiaridades de una situación determinada. El triunfo biológico en todas sus manifestaciones, según René Dubos, es una medida de aptitud, y la aptitud exige un esfuerzo interminable de adaptación al medio, el cual cambia constantemente. La recompensa de ese triunfo es el estado de salud, el costo del fracaso, la enfermedad." (Dubos 1975, p 15).

La enfermedad representa, pues, una falla en la adaptación, un rompimiento en el intento del organismo por mantener el proceso biológico autoregulador, que conserva el equilibrio del cuerpo con su medio interno y con su medio social (Velasco, 1980). Este proceso fué descrito por primera vez por Cannon y le llamó homeostasis la cual se refiere a un "equilibrio dinámico" que caracteriza la buena relación entre el individuo y su medio. Pero además, el ser humano, enfermo o sano, está organizado en tres niveles: - el fisiológico, el psicológico y el social, y ningún otro ser viviente se le parece en este sentido. Cada uno de esos niveles es una especie de "sistema abierto" relacionado estrechamente con los otros. Cuando se dice que el hombre es una unidad bio-psico-social, se está definiendo con brevedad esta forma característica de integración (Cannon, 1940). La enfermedad, es entonces, el estado que se presenta en el individuo cuando los estímulos físicos, psicológicos y sociales, inciden sobre él con una suficiente intensidad y una determinada cualidad, de tal modo que la movilización adaptativa del organismo no es suficiente para reestablecer la homeostasis, pero se debe agregar también que la respuesta de este complejo bio-psico-social depende también de los factores hereditarios y de desarrollo. Esto quiere decir que la capacidad adaptativa del individuo está condicionada por sus propias características innatas, por las reacciones de las personas que influyen en su desarrollo, por sus experiencias y por el medio social y la interrelación de todos estos factores debido a la influencia que tienen entre sí. (Velasco, 1980).

El Concepto de Salud.

"La adaptación y la homeostasis son los conceptos básicos para entender la enfermedad y lo son también para comprender el estado de salud. Esta se alcanza y se conserva en la medida en que el organismo, o más bien el individuo considerado como unidad bio-psico-social, responde a los estímulos normales y nocivos de su habitat de tal manera que no se rompa la homeostasis y se mantiene la adaptación al medio." (Velasco, 1980, p 20). Pero ¿cómo puede enunciarse este estado?, ¿es posible definir la salud de tal manera que se comprendan en la definición todos los aspectos que están involucrados en esta concepción?. La búsqueda de ese enunciado no ha sido empresa fácil pues inmediatamente se ponen de manifiesto las discrepancias de los expertos. La Organización Mundial de la Salud establece un concepto, que si bien no ha merecido la aprobación de la totalidad de los más destacados estudiosos, se acepta en lo general porque contiene los principales elementos para las acciones sanitarias. Se enuncia en estos términos: "la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social; y no la simple ausencia de enfermedades" (Organización Mundial de la Salud, 1975).

En la definición que acepta la Organización Mundial de la Salud se incluyen todos estos aspectos y se apunta la necesidad de atenderlos integralmente si en realidad se desea hacer efectivo este derecho fundamental del hombre. No se trata sólo de la necesidad de evitar las enfermedades cuyos principales agentes -

etiológicos se conocen, sino también de establecer las mejores - condiciones de vida, eliminando las injusticias sociales, para - permitir el pleno desarrollo de las potencialidades humanas. Si_ bien es cierto que ésto es una utopía, cuando menos se reconoce - la importancia que el medio social tiene, en la conservación de - la salud y cómo esta posibilita el mejor desarrollo del ser huma_ no y de la sociedad en general. (Velasco, 1980).

El Concepto de Salud Mental.

Para llegar al concepto actual de salud mental se pasó por posiciones y enfoques diversos, que es importante recordar aquí - para comprender dicho concepto a través de su evolución.

Eugen Bleuler (1936) opinó que la salud mental incluye la_ visible aceptación de la participación en un mundo del cual se a_ sume que tiene una realidad objetiva. La salud mental se vuelve_ así sinónimo de la capacidad de engranarse en un mundo compartido con los demás y construido con las experiencias cotidianas de la_ vida. La inhabilidad de participar en esta "realidad intersubje_ tiva," muestra en sí misma la esencia del autismo del esquizofré_ nico, quien se construye un mundo en el que no existen los compo_ nentes lógicos y racionales que hacen posible la intersubjetivi_ dad.

Jahoda (1958) sostuvo que la ausencia de enfermedad y de - conflictos mentales, así como el concepto estadístico de normali-

dad y lo satisfactorio de las relaciones interpersonales, no son adecuados para definir la salud mental. De la investigación que realizó, deduce que los conceptos involucrados pueden incluirse en las siguientes seis categorías: grado de crecimiento, desarrollo y actualización de potencialidades; actitudes hacia sí mismo; integración de la personalidad; autonomía; percepción de la realidad; dominio del ambiente personal. Se está de acuerdo en general, en que es una buena clasificación de las categorías y que todos los argumentos en favor de uno y otros conceptos de la salud mental, caben en cualquiera de ellas (citada por Velasco, 1980, - p 28). Muy semejante a este punto de vista, es el que expusieron Sivadon y Duchêne en una conocida crítica a los conceptos de salud mental publicada en 1958. En esencia de éste: la salud debe ser considerada, a cada momento de la vida de un individuo y en función a la vez de su medio y de su historia individual, como una resultante de fuerzas contradictorias de las cuales se deben apreciar no solamente su carácter positivo o negativo, sino también la dirección respecto a sus objetivos futuros. Como se puede ver, este concepto pone el énfasis sobre el hecho de que la salud es una perpetua revisión que no puede apreciarse, en definitiva, más que con relación a ciertas metas (citados por Velasco, - 1980, p 31).

A la idea de salud mental se asocian con frecuencia enunciados que retienen el sabor de la ética, el fervor religioso, la inclinación filosófica personal, la invalidez de ciertos conceptos psicológicos, la relatividad de los juicios de valor y aún la

imposición de declaraciones políticas, casi todo ello, mezclado con algunas observaciones de valor científico. Se encuentra en la siguiente lista de datos que L. Murphy consideró importantes como componentes de la salud mental:

- a. El sentimiento feliz de ser uno mismo, que depende de un buen funcionamiento fisiológico, la gratificación libidinal y la libertad.
- b. La capacidad para el trabajo activo aplicado a los campos constructivos del medio, mediante el interés, la flexibilidad, la autonomía, el afecto positivo hacia los demás, la captación objetiva de la realidad y el sentimiento de autodominio.
- c. El manejo en forma integrada de los propios impulsos, las tendencias instintivas, las energías y los conflictos (Appel y otros, 1963).

Otros autores prefieren esquemas distintos. El Dr. Erich Fromm, por ejemplo, defendiendo un punto de vista humanístico, sostiene que el hombre nace provisto de cualidades anatómicas, fisiológicas y psíquicas, definibles y clasificables; de todas ellas, debe desarrollar principalmente las que le permitan captar al mundo de manera intelectual y emocional. Así, la razón y el amor son las primeras características a considerar, y se agrega otra: la productividad, que permite al hombre crear material y espiritualmente, lo necesario para la mejor relación con su medio físico y con los demás seres humanos. Mediante la razón conoce la realidad, se adueña de sus propias potencialidades para el logro de su autoafirmación y obtiene un marco de orientación vital que

comprende valores morales, creencias y actitudes. El amor lo relaciona emocionalmente con el mundo material y humano (citado por Velasco, 1980).

Aubrey Lewis (1958) quien había hecho una revisión exhaustiva del tema, llegó a la conclusión de que la salud mental "es un concepto obscuro e invencible" (citado por Velasco, 1980, p 28) Le preocupó, que la mayoría de los autores se decidieran por abandonar la idea de que un hombre es sano cuando se encuentra relativamente libre de "enfermedad manifiesta," y que se ocupan de conceptos no mensurables usando términos que son cuantitativos: "óptimo desarrollo y felicidad del individuo," "completa madurez," "ajuste al mundo y a la relación interpersonal con un máximo de efectividad y felicidad.." (Velasco, 1980, pp 28-29). Un poco antes, la Organización Mundial de la Salud estableció que la salud mental.." es una condición sujeta a fluctuaciones debido a los factores biológicos y sociales que capacitan al individuo para alcanzar una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas que son potencialmente conflictivas; para integrar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar en los cambios constructivos de su medio físico y social" (citados por Velasco, 1980). Muy parecida a esta definición es la que se da en los glosarios de psiquiatría: "la salud mental es un estado relativo y no absoluto en el cual la persona ha logrado una integración razonable de sus tendencias instintivas... su integración es aceptable para si mismo y para su medio social como se refleja en sus relaciones interpersonales, en su nivel de satisfacción vital,

en su flexibilidad y en el grado de madurez que ha alcanzado" -
 (American Psychiatric Association, 1964).

Como se puede apreciar en ambas definiciones abundan los -
 términos, indefinidos e indefinibles, que no tienen referentes -
 operaciones. Parece, pues que Lewis tiene razón: se tiene a la -
 salud mental por un mero ideal, un ideal sociobiológico al cual -
 podemos acercarnos, pero que permanece inalcanzable, como un modelo
 preñado de valores éticos y no de conceptos científicos. Si -
 esto es así, entonces el psiquiatra, el psicólogo y otros profesio-
 nales de la salud mental, que ya tienen problemas para definir
 las enfermedades que intentan curar, deben aceptar también la in-
 definición científica de lo que buscan reestablecer en sus enfer-
 mos, cediendo al análisis filosófico lo que debiera ser conocidoo
 por el método científico. Vale aclarar que ésto no impide, sin -
 embargo, usar el procedimiento apropiado para identificar los es-
 tados psicopatológicos, emplear las distintas formas de tratamiento
 que probablemente mejoran la situación de sus enfermos y aún -
 prevenir con éxito muchas de las causas de los trastornos conduc-
 tuales en el hombre (Velasco, 1980, p 28). No obstante, es importa-
 nte aclarar las ideas en torno a los aspectos "mentales," porq-
 ue en la práctica su mejor conocimiento permite emprender las acci-
 ones que puede promover esta parte tan importante de la salud.

Se había dicho que la salud mental no se puede concebir -
 aparte de la salud física; en realidad la sola palabra salud, - -
 cuando se aplica al ser humano debiera ser suficiente para refere-

rirse a ese estado de bienestar integral que, por definición, incluye la vida psíquica que le es propia y que le distingue de los demás seres vivos (Velasco, 1980, p 1). Si el concepto de salud mental está comprendido en el de salud integral, es claro que esta no sólo debe entenderse como la ausencia de enfermedad mental, sino como el logro del bienestar individual y la capacidad de convivir armoniosamente con otros y ser capaz de producir para sí y para la familia, igual que, en alguna medida, contribuir al orden y al desarrollo social (López, 1978, pp 4-5).

La salud mental no es un concepto que deba pensarse en el campo de la utopía, sino como una urgente necesidad colectiva: un compromiso pluridisciplinario del hombre de hoy que debe resolver con premura situaciones que obstaculizan, a diferentes niveles, - la realización de una adecuada salud mental, fruto de la falta de previsión y evaluación social del pasado (Pérez-Rincón, 1979, p 1). Porque debemos reconocer que en materia de promoción de la salud mental, es poco lo que se ha logrado. Las tareas de prevención y rehabilitación se han visto frenadas, no por falta de conocimiento de las acciones que deben emprenderse, sino por deficiencias en los presupuestos, actitud que como se apreciará en el siguiente tema, no refleja otra cosa más que la ideología de un sistema social determinado.

PROBLEMAS DOCTRINARIOS

La historia científica de la enfermedad mental y sus diver

Los conceptos, es reflejo de los distintos cambios sociales. La historia aparece llena de referencias que hablan por si solas: el poseso de indudable acento religioso; el delirante que se sale del surco; el loco, con su significado peyorativo; el alienado, ajeno al mundo compartido por los demás; las referencias se harían interminables (Heywordk, 1973).

Se ha dicho que es lícito llamar enfermedad a ciertos síndromes reconocidos clínicamente, pero parece totalmente impropio, en cambio, aplicar el término "enfermedad mental" de manera indiscriminada a todo comportamiento que, de acuerdo con criterios no científicos, cae fuera de lo que tan vagamente se llama "normalidad" (Velasco, 1980, p 26). Por otra parte es importante no olvidar que el ser humano no se enferma solo, sino en relación con la naturaleza y los demás hombres; o sea, en sociedad, y que es en ésta donde se producen los factores patógenos cuya concretización es la enfermedad individual (Blum, 1979, p 19).

Para efectos de entender todos los factores implicados en el concepto de salud y enfermedad mental a continuación se describen, en forma breve, el enfoque de la psiquiatría tradicional, la crítica al modelo médico que hacen las corrientes conductistas, el movimiento antipsiquiátrico y, para finalizar, algunos comentarios al respecto.

Enfoque de la Psiquiatría Tradicional.

El concepto moderno de enfermedad que postula este enfoque resultó de una fusión de dos conceptos, el ontológico y el fisiológico. Esta síntesis ha sido expresada por Pérez Tamayo en los siguientes términos...

"es necesario abandonar la actitud estrictamente ontológica que concibe las enfermedades como entidades bien definidas y reconocibles por la presencia de signos y síntomas característicos, que obedecen a una etiología determinada y que poseen una historia natural propia- y adoptar una fisiológica, en la que el análisis de los fenómenos debe proceder en la forma más rigurosa y objetiva, independientemente de la posible utilidad que podamos darle al conocimiento así obtenido. El médico actual posee una actitud doble frente a la enfermedad, que representa una síntesis del concepto ontológico y fisiológico, de una ontología determinada por las propiedades fisiológicas del organismo, que proporcionan a las enfermedades al mismo tiempo su variabilidad casi infinita y su gran parecido, permitiendo agruparlas con fines prácticos. La síntesis resulta en un producto híbrido, en que cada tendencia ha traído lo más fecundo de sus contribuciones para realizarla. Naturalmente que este concepto no es definitivo." (Perez Tamayo, 1974, p 4).

Este enfoque considera al síntoma como señal de la enfermedad.(*) Todo esto constituye el modelo médico. Hoy día, el paciente con una enfermedad mental es tratado desde el punto de vista médico empleando los nuevos medicamentos antipsicóticos que -

han venido a determinar un cambio definitivo en el panorama de la psiquiatría. Por medio de ellos "se ha logrado que los pacientes sean más accesibles, que los estados de excitación aguda decrezcan a su mínima expresión, eliminando al mismo tiempo los medios de contención, todo lo cual facilita enormemente el contacto entre el paciente y el personal especializado" (Calderón, 1974, p 18).

"En nuestros días, y en todas partes del mundo, se encarga el tratamiento de las enfermedades mentales a los grupos profesionales de psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. Se supone que debido a su entrenamiento especial, son lo suficientemente competentes como para dar un tratamiento humano y eficaz a las enfermedades mentales. El surgimiento de estos grupos de profesionales como guardianes de la sociedad para el cuidado de las enfermedades mentales es, en sí, un índice y un producto de los cambios sociales profundos de los últimos dos siglos.

En parte, el que una sociedad pueda gastar una parte de sus recursos económicos en metas sociales para grupos como los enfermos mentales, que no son económicamente activos, es consecuencia de un consenso social. El proceso de industrialización incrementó la proporción de la riqueza disponible para las metas sociales. El desarrollo de la educación universal trajo como consecuencia la -

(*) Se han transcrito casi literalmente el enfoque de la psiquiatría tradicional y subrayado aquellas afirmaciones que posteriormente serán los puntos de controversia y crítica de las corrientes que aquí se presentan.

existencia de suficiente mano de obra disponible para formar las nuevas clases profesionales. El advenimiento del psicoanálisis y del sistema de diagnóstico de Kraepelin, estimuló el desarrollo - de una cantidad de conocimientos que permitieron hacer legítimas las operaciones de los nuevos profesionales en el área de la salud mental." (Rayan, 1979, p 15).

Hasta ahora, esta ha sido la línea predominante del pensamiento y del quehacer médico, con la consecuencia del desarrollo de una medicina curativa dedicada a atender individuos, con técnicas complejas y específicas (Blum, 1979, p 19). Con este cambio de actitud se inició la expansión de las instalaciones sanitarias para personas que presentaban perturbaciones o desórdenes conductuales. Sin embargo, los conocimientos que se han logrado actualmente han llevado a la idea de que la separación prolongada de la comunidad puede ser ineficaz y hasta provocar efectos perniciosos (Sarason, 1972).

Para el psiquiatra es un imperativo categórico el tratar - de aliviar las tensiones que produce la vida social por todos los medios posibles. Sin embargo, los hechos que se han obtenido hasta ahora demuestran que los psicofármacos son ciertamente eficaces, pero también que la psicoterapia contribuye a la restauración de la función social (Weissman y Paykel, 1974). Por otro lado, los cuidados médicos de los psiquiatras o de los médicos generales han sido recientemente muy criticados y se dice que las diferencias en las tasas de mortalidad y morbilidad podrían ser más

bien el resultado de cambios en el modo de vida y no en los progresos médicos (Illich, 1975). Es por todo esto que en las últimas dos décadas los enfoques basados en el modelo médico, han sido muy criticados por sus graves limitaciones y por su evidente incapacidad para proporcionar asistencia eficaz a todas las personas (Ullman & Krasner, 1965).

Crítica al Modelo Médico por las Corrientes Conductuales.

Como ya se dijo, existe una tendencia muy marcada entre los practicantes de la psiquiatría, por utilizar métodos físicos de tratamiento (psicofármacos, electrochoques, etc.) conceptualizando los desórdenes conductuales esencialmente semejantes a las enfermedades de carácter somático. Al respecto Yates (1970) afirma: "...el efecto que produjo el énfasis predominante médico en el entrenamiento de los psiquiatras ha dado como resultado el que conceptos y métodos de demostrada utilidad en las enfermedades físicas se trasplanten al campo de las enfermedades mentales. Así pues, se ha considerado a los trastornos del comportamiento como enfermedades para las que se debe encontrar una etiología que finalmente conducirá a una forma específica de tratamiento. De ahí el énfasis en la importancia del diagnóstico y la creencia de que se hallarán causas específicas de enfermedades mentales" (p 14). Por otro lado, el modelo médico empezó a ser influido por los conceptos y técnicas del psicoanálisis. De acuerdo con este enfoque, intentar un tratamiento sin procurar cambios internos (psicodinámicos) implicaba que se produjera una sustitución de síntomas que

mantenían intacta la condición esencial, la patología interna e - incluso podía empeorar el cuadro. La psiquiatría moderna -ha pesar de la influencia de la antropología, la psicología y de la sociología- continúa basándose en el modelo de "entidad de enfermedad," enfatizando la importancia de la patología subyacente, de- jando a un lado la conducta manifiesta, que sólo es considerada - como sintomática y no como el problema central (Kolb, 1973). El problema de la sustitución de síntomas es crucial en la terapia - de la conducta, pues postula que los síntomas no representan simplemente el fenómeno anormal básico, sino que son el fenómeno - - anormal básico. En línea con este enfoque, la terapia se con- - vierte en un proceso en el que se disponen nuevas contingencias - de aprendizaje, de tal forma que las conductas desadaptadas se de biliten y se extingan y en su lugar se adquieran nuevas conductas adaptativas aceptadas por la comunidad. En este sentido, la tera pia conductual o modificación de conducta, se presenta como una - alternativa para las formas tradicionales de terapia sobre todo - en problemas relacionados con el retardo mental y ciertas psico- sis infantiles.

El Movimiento de Antipsiquiatría.

En los años recientes, se ha objetado el uso de los diag- nósticos y procedimientos que utiliza la psiquiatría para el estu dio y tratamiento de los trastornos psicopatológicos. El movi- - miento antipsiquiátrico ha denunciado que los diagnósticos psi- - quiátricos no son otra cosa que etiquetas que engendran, de hecho,

los comportamientos que pretenden describir y que permiten justificar cómodamente el control social (internamiento, vigilancia) - sobre las personas que plantean problemas (Eisenberg, 1977, p 16).

El Doctor Szasz en su famoso libro *The Myth of Mental Illness* (1962) expresa: "nuestros adversarios no son los demonios, las brujas, el destino o las enfermedades mentales. No tenemos enemigo con el cual pelear, a quién exorcisar o desvanecer por medio de la "cura". Lo que tenemos son problemas del vivir, sean biológicos, económicos, políticos o sociopsicológicos... mi argumento se limita a la proposición de que la enfermedad mental es un mito, cuya función es la de disfrazar, para poder tragar, la píldora amarga de los conflictos morales en las relaciones humanas" (Szasz, 1962). Este argumento, desembocó en un ataque frontal de la psiquiatría, que aún en la actualidad se deja sentir - desde diferentes posiciones doctrinarias. Sin embargo, la psiquiatría defiende su punto de vista. Baruch Brody (1978) ha escrito que Szasz, cuando mucho, lo que llega a establecer es que los conceptos corrientes de enfermedad mental fallan en lo general, pero no que fallan en principio. El diagnóstico de la enfermedad mental está basado, al menos en parte, en una conducta públicamente observable que, por tanto, está abierta a la confirmación de una manera no esencialmente distinta a lo que ocurre con muchas enfermedades "somáticas" (citado por Engelhardt y Spicker, 1978); y Michaux sostiene que "la designación nosológica no es una mera utilización de membretes, ni tiene la pretensión de ser estática: es, por el contrario, una pertinente calificación que -

conlleva una noción evolutiva, que anuncia peligros e indica soluciones. Su principal diferencia con las enfermedades físicas es que representa la pérdida del autodomínio, lo que resulta muy amenazante para la mayoría de los individuos, quienes las conciben como disruptivas y socialmente intolerables. Las enfermedades mentales provocan ansiedad y actitudes evasivas" (Michaux, 1972, - citado por Velasco, 1980, p 25).

Sin embargo, para la antipsiquiatría, el mito de la locura es una trampa que, mediante la intervención del psiquiatra, se usa para encarcelar o para embrutecer con drogas a quienes se salen de los patrones arbitrariamente establecidos por quienes detentan el poder y afirma que es la sociedad la que debe reformarse totalmente.

Estas afirmaciones se basan en el concepto de anormalidad que definen como sigue: "Cuando aparece un fenómeno dentro de un normativo bien establecido, existen dos reacciones posibles para neutralizarlo: el rechazo o la asimilación. Nuestra sociedad de consumo produce objetos en un ámbito previamente cargado de necesidades artificiales; cualquier tipo de producción material o intelectual sufre primero la prueba de la asimilación si resulta apta para el consumo; en caso contrario es rechazada por inerte - cuando no por amenazadora" (Heywordk, 1973).

Dicha corriente ha superado la concepción de la enfermedad mental como un problema meramente individual. Frente a ella se -

ha impuesto la idea de que es una cuestión radicalmente social, - que no puede entenderse al margen de los factores económicos, sociales, políticos y culturales. Evidentemente, este nuevo enfoque vale también para la comprensión de la salud como otro momento de la vida humana durante el cual el individuo vive en armonía (adaptación completa) con su habitat, incluidos los elementos sociales que lo conforman (Lain, 1973).

La antipsiquiatría, más que un conjunto de técnicas nuevas, representa una actitud distinta y una forma diferente de utilizar lo que ya existe, porque como expresión de contracultura tiene - forzosamente que partir del seno mismo de lo que denuncia. Es - claro que las resistencias no proceden de uno de sus objetivos explícitos: el enfermo mental, sino de otro de ellos: el medio enfermando; en este sentido tiene lugar una profunda escisión que - resulta difícil pero necesario mantener (Heywordk, 1973).

Hasta ahora el medio social fabrica sus propios técnicos - en salud mental; psiquiatras, psicólogos, asistentes, enfermeros, terapeutas. La psiquiatría de corte organista prepara de manera - erudita a sus psiquiatras; la psiquiatría dinámica los somete al - santuario cerrado del análisis en un círculo en donde todo se justifica a si mismo y les encomienda una tarea contradictoria: sanar al paciente dejando intactas las condiciones patógenas de la - enfermedad mental bajo el pretexto de que ese no es su campo. La terna se establece así: medio alienante-psiquiatra cómplice - paciente manipulado. Es así que el paciente emerge de un condicio-

namiento social y de una valoración atribuida por la misma sociedad que lo condiciona (Heywordk, 1973).

La antipsiquiatría "personifica" al psiquiatra y le plantea a la contradicción de curar dentro de la estructura enfermante y contra la estructura enfermante. La única posibilidad coherente de no erguirse en "juez represor" o "encarnación absurda de la salud mental," consiste en ser expresión y agente de las transformaciones que surgen de las contradicciones del sistema (Heywordk, 1973).

"No se puede evitar el sentimiento de culpabilidad de lo que la psiquiatría ha hecho (con el concurso del resto de la sociedad) y continúa haciendo, en ciertas partes del mundo, a legiones de pacientes" (Eisenberg, 1977, p 16). La mayor parte de los síntomas presentados por los pacientes crónicos hospitalizados proviene, en efecto, del medio de la institución más que de sus trastornos psiquiátricos (Grunberg, 1961). Sometidos a la inhumanidad de instituciones de masa, impersonales y sin rostro, los pacientes se estandarizan en especies de robots controlados por las fuerzas sociales que operan en el interior del erróneamente llamado "asilo" (Goffman, 1961). Se ha demostrado claramente que la manera en la que son tratados los pacientes en los hospitales psiquiátricos influye mucho sobre el desarrollo ulterior de su enfermedad.

Esto demuestra el potente efecto de las fuerzas sociales -

sobre el comportamiento humano y muestra que la vigilancia en materia de abuso, promovida por la sociedad, es una necesidad imperativa de la psiquiatría que se ha confrontado frecuentemente con las necesidades de regímenes que consideran políticamente hábil - el presentar a sus desidentes como locos con el fin de desacreditarlos a la vista de la opinión pública (Eisenberg, 1977).

Comentarios.

Se ve bien aquí que incluso cuando una enfermedad tiene - causas evidentemente biológicas, su impacto y su persistencia en las poblaciones humanas dependen de factores sociales (campañas de vacunación; nivel de vida que asegure una alimentación suficiente, etc.) y que la enfermedad, psiquiátrica o no, expresa siempre e inevitablemente el resultado de un proceso de interacción entre - la biología humana y la organización social, proceso en el cual - la cultura ocupa una posición central (Eisenberg, 1977, p 17). Es por esto que la reacción personal del enfermo necesita ser comprendida a partir del estudio del microgrupo a que pertenece y es te último a su vez precisa, para su esclarecimiento, de la dimensión macrosocial (Caparrós, citado por Heywordk, 1973).

Por otro lado, lo que hace persuasiva la teoría del "eti-
quetaje," particularmente para aquéllos que tienen una conciencia social desarrollada es, por una parte, la elasticidad de los conceptos relativos a las enfermedades mentales, y por la otra, los defectos que presentan los tratamientos psiquiátricos. Por este

motivo no se puede tolerar ni una psiquiatría que deje de lado al cerebro, que ignore la biología del sistema nervioso central para preocuparse únicamente del psiquismo, ni una psiquiatría que no se preocupe más que de los remedios técnicos y deje de lado al psiquismo, ignorando los problemas personales y la realidad social (Eisenberg, 1977, p 20).

Lo que si no se puede negar, es que las confrontaciones de los diferentes enfoques doctrinarios han permitido que cuando menos exista la conciencia de que es importante un cambio en la forma de ver y tratar al enfermo mental. Quizá una de las repercusiones de dichas confrontaciones es que los hospitales de tipo -carcelario han sido sustituidos en algunos países, por instituciones "abiertas," donde el enfermo acepta su internación y colabora con el tratamiento. La psicoterapia, la terapia ocupacional, así como las deportivas y recreativas han sido incluidas dentro de las actividades hospitalarias (Calderón, 1974, p 22). A pesar de este cambio, tal parece que los pacientes que son regresados a su comunidad, llevan una vida solitaria, dentro de una comunidad hostil en donde carecen de cuidados necesarios y en su mayoría, de familiares que les acepten y ayuden a incorporarse a la comunidad.

Del planteamiento anterior surgen necesariamente el desarrollo de sistemas de pensamiento y práctica diferentes. La psiquiatría comunitaria es una de sus manifestaciones; así, la psiquiatría comunitaria no es la atención psiquiátrica de los individuos de una comunidad, sino el estudio de la misma en profundidad;

no como el "medio ambiente" en el que se desenvuelven los individuos, sino como una formación socioeconómica concreta, integrada dentro de la estructura social general de un país; el análisis de sus contradicciones y de cómo éstas afectan a sus miembros generando patología mental, así como el trabajo con las personas y las instituciones para cambiar dentro de lo posible esas estructuras (Blum, 1979, p 19).

Aquí cabría mencionar dos acciones necesarias para llevar a cabo este trabajo: una es la posibilidad de jerarquizar los problemas investigados según la magnitud del daño, y la otra la necesidad de implementar una estrategia para incidir sobre el problema, aunque ésta no necesariamente coincida con las prioridades establecidas por el sistema (Blum, 1979, p 19).

ALTERNATIVAS DE SERVICIO DE SALUD MENTAL

A continuación se revisa brevemente el concepto de psiquiatría social comunitaria y el enfoque interdisciplinario.

Psiquiatría Social Comunitaria.

En los últimos años, la necesidad de desarrollar auténticos modelos biopsicosociales que permitan una conceptualización adecuada de la conducta humana ha sido reconocida y enfatizada, provocando en varios países, un movimiento tendiente a romper el aislamiento de los enfermos mentales. Dicho movimiento, denomina

do Psiquiatría Social Comunitaria, tiene como uno de sus principales objetivos pasar la atención médico-psiquiátrica, del sistema tradicional de asistencia en instituciones manicomiales, a la comunidad misma (Nava, 1978).

La psiquiatría social comunitaria entiende al enfermo mental en su condición de fenómeno social que envuelve múltiples circunstancias: la familia, la casa que habita, el barrio, la ciudad, el tiempo histórico que vive, el momento político y su ambiente de trabajo. Hoy en día, ha ampliado su campo de acción en el que se da especial atención a la promoción de la salud mental y a la protección de la población en riesgo (prevención primaria), además de las actividades asistenciales del diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (prevención secundaria) y las de rehabilitación (prevención terciaria) (Ramírez, Puchew, Macías y Nares, 1977).

Los aspectos en los que se basa la psiquiatría social comunitaria son los siguientes:

1. Transformación total de los hospitales psiquiátricos, de instituciones carcelarias en establecimientos abiertos, con un número limitado de camas y nuevos sistemas terapéuticos, en estrecha conexión con la comunidad.
2. Creación del concepto de ambiente terapéutico logrando con este nuevo enfoque de puertas abiertas una mayor participación del enfermo en su propio tratamiento.

3. Intensificación de los nuevos tratamientos farmacológicos que utilizados en forma adecuada abrevian la estancia de los enfermos, mejorando su conducta y sus relaciones interpersonales.

4. Incremento del número de camas psiquiátricas en hospitales generales.

5. Creación de servicios de emergencia y de internamiento parcial, que permitan al enfermo un tipo de convivencia múltiple, - tanto con la comunidad como con las instituciones encargadas de - su tratamiento terapéutico.

6. Organización de centros comunitarios de salud mental, que promuevan la educación de la comunidad, faciliten la detección temprana de casos y el control de la poscura, y permitan asimismo la investigación de los problemas de salud mental y la utilización - de programas idóneos para resolverlos, todo ello en contacto estrecho con la comunidad y utilizando los recursos profesionales y no profesionales de la misma (maestros, sacerdotes, voluntarios, etc.).

7. Fomento del establecimiento de talleres protegidos que permitan ofrecer trabajo adecuado y debidamente supervisado, a los enfermos que han mejorado de sus problemas conductuales, pero que - en forma habitual son vistos con desconfianza por la comunidad - que no les brinda la ayuda amplia que conduzca a su rehabilitación social; así como la instalación de hogares sustitutos para - los enfermos que lo requieran.

8. Integración de los problemas de salud mental a los programas generales de salud pública, con el objeto de utilizar al máximo -

todos los recursos oficiales, así como coordinación estrecha con la iniciativa privada en beneficio del enfermo mental.

9. Organización funcional de todos los elementos disponibles que puedan ser útiles en la lucha por la salud mental, buscando la distribución geográfica más adecuada por medio de la sectorización, con miras a ofrecer las mayores facilidades de recuperación al paciente.

10. Elaboración de programas eficaces e incremento de la comunicación con los diferentes sectores de la comunidad, con el objeto de lograr la utilización más razonable de todos los recursos disponibles, en beneficio siempre de la salud mental pública" (Calderon, 1974).

De acuerdo con los aspectos mencionados anteriormente, en los Estados Unidos y en otros países se han creado unidades comunitarias, dotadas de servicios de hospitalización parcial, consulta externa, servicios de emergencia y educación.

En México, se han estructurado los programas de salud mental comunitaria bajo la política de insertarlos en centros de salud médico-general sobre las siguientes bases:

a. Utilización de las instalaciones y el personal administrativo de dichos establecimientos evitando la duplicidad de costos.

b. Adiestramiento del personal técnico de la institución, ya que se considera que muchos de los problemas de salud mental pueden ser resueltos por otros médicos y, sólo en casos especiales, ape-

lar a la unidad especializada (Calderón, 1974).

La manera en que está organizada la función de las unidades de salud mental dentro de los centros de salud pública es la siguiente:

Los equipos están constituidos por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras psiquiátricas y algún otro tipo de colaboradores. Dichos centros dan preferencia a las siguientes tareas, en orden decreciente de importancia: detección de casos incipientes, control de pacientes egresados de los hospitales y promoción de la salud mental de la colectividad. Esto último se lleva a cabo de la siguiente manera: Las personas que asisten a los centros de salud reciben una información adecuada en diferentes aspectos relacionados con la higiene mental, tales como orientación prenupcial, prenatal y en relación con el manejo psicológico más conveniente para los niños. La labor también abarca el control de los pacientes que ya han sido atendidos y dados de alta en los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud Pública, pero que requieren una vigilancia cuidadosa y persistente durante algún tiempo más, siguiendo el tratamiento riguroso que sólo puede suministrarse en una institución intermedia, buscando de esta manera, evitar recaídas que en algunos cuadros patológicos son muy frecuentes si no se sigue el tratamiento adecuado. En este sentido, la atención psiquiátrica se proporciona en la forma tradicional de la consulta a pacientes ambulatorios, pero siempre tratando de que aquellos elementos naturales de la comunidad que

resulten "terapéuticos," sean empleados lo mejor posible, al igual que el aprovechamiento de los recursos institucionales y servicios con los que cuenta el área de trabajo. Finalmente la actividad del centro se proyecta hasta la misma comunidad, adiestrando a sus líderes, como pueden ser los maestros, los dirigentes sindicales, los orientadores religiosos, o cualquier persona que tenga una área de influencia dentro del grupo social en referencia (Calderón, 1973).

La rehabilitación es un problema complejo sobre todo en el área de la salud mental. Lo que se ha pensado es que para un trabajo comunitario es importante contar con un hospital de día o una unidad terapéutica de día en la que pacientes con diversas patologías, tanto niños como adultos, pueden asistir diariamente, durante un número de horas determinadas, a realizar actividades fijas y concretas que pueden ser de tipo educativo o recreativo. El objetivo es básicamente la socialización de los pacientes, la contención de los mismos, el mantenimiento de la relación terapéutica estrecha y esto, obviamente, con un enfoque terapéutico y de rehabilitación (Blum, 1978).

El Enfoque Interdisciplinario.

El enfoque interdisciplinario concibe al ser humano como un todo; su importancia principalmente reside en enfocar a la salud mental con un concepto claro de la influencia e importancia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el hombre sano y -

enfermo, en contraste con el enfoque unidisciplinario tradicional; también destaca por su actitud respecto a la libertad del enfermo para expresar su sufrimiento, haciendo a un lado las técnicas punitivas de las terapéuticas psiquiátricas tradicionales.

La tarea de mejorar la salud mental no puede ser llevada a cabo por un solo grupo de profesionales. "Requiere de la concurrencia de psiquiatras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, médicos sanitarios, pediatras y maestros. La puesta en marcha de programas de salud mental requiere de la participación de la comunidad, de las instituciones de salud y de enseñanza y sobre todo, del estado" (López, 1978, p 21).

Así, para abordar el problema de la salud mental es necesario que diferentes expertos sobre salud mental unan sus fuerzas, especialmente el psiquiatra, el psicólogo y el trabajador social, porque además de su contribución al estudio y tratamiento de los enfermos, pueden ayudar, de manera particularmente valiosa, a la enseñanza de médicos generales, maestros y otras personas interesadas en el campo, los cuales después de la capacitación, pueden reconocer las urgencias psiquiátricas, identificar los problemas más comunes, referir al enfermo a una consulta especializada y dar apoyo y asesoría a la familia.

Este personal puede también asumir la vigilancia a largo plazo de ciertos pacientes crónicos en donde se carece de personal de salud especializado. (De la Fuente, 1978).

Otra fuerza instalada de incalculable valor para realizar programas de salud mental en los niños, está constituida por las educadoras y los maestros de primaria, los que si tuvieran una mejor preparación como higienistas mentales, facilitarían la prevención en esta población. (López, 1978).

En el equipo interdisciplinario participan todos los integrantes del grupo para la solución de un mismo problema; todos conocen lo que los demás están realizando y a su vez colaboran con ellos y no en una forma individual en la que cada uno enfrenta el problema sin enterarse de lo que él otro realice o tomándolo en forma secundaria. Así, el equipo puede englobar y resolver mejor los problemas, por ejemplo; el psiquiatra es el profesional que identifica los aspectos genéticos, fisiológicos y patológicos de los desórdenes mentales y quien establece una terapéutica médica, (De la Fuente, 1978). El psicólogo, proporciona un diagnóstico, a través de historias clínicas, pruebas psicológicas y entrevistas; una vez que se ha establecido el diagnóstico se reúne el equipo para discutir el caso y decidir si es un candidato para recibir terapia individual o de grupo, abocándose posteriormente a instrumentarla. (Berglind, 1978, citado por Nava). El trabajador social contribuye con el equipo proporcionando información acerca de las condiciones socioeconómicas y culturales que caracterizan a la población con la cual se trabaja. Colabora al tratar de conocer cuáles son las influencias de las costumbres y los valores de la comunidad en el desarrollo de la personalidad del individuo; además, tiene actividades específicas como realizar estudios psi-

cosociales, que pueden ser utilizados con fines diagnósticos o te
rapéuticos. (Tenorio, 1978, citado por Nava).

Todo esto implica que los integrantes del grupo, estén ple
namente capacitados y adquieran abundante experiencia sobre la -
atención del enfermo mental. Desafortunadamente, es escaso el -
personal especializado y su formación es de tipo individualista.
Por un lado, la mayor parte de los especialistas se concentran en
zonas urbanas importantes; por otro lado, han sido entrenados o -
educados para dar asistencia casi siempre a nivel privado o a ni
vel institucional. Dichos problemas los llevan a tener que evolu
cionar lentamente para poder alcanzar una identidad que les permi
ta ubicarse como psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales_
comunitarios y que puedan trabajar en equipo con un compromiso de
servicio a la comunidad; es hasta entonces, cuando esos equipos -
podrán desarrollar, en toda su magnitud, un servicio integral pa
ra mejorar la salud mental de las comunidades.

SALUD MENTAL Y SALUD PUBLICA

El cambio de la atención de los hospitales psiquiátricos a
los hospitales generales y de éstos a los centros de salud, fué -
derivado de los conceptos generales de salud pública, los cuales_
destacan la importancia de la prevención como la del tratamiento_
y la necesidad de la detección temprana de los casos, así como la
del control de los elementos perjudiciales para la salud mental,-
utilizando para su valoración y localización, la investigación y_

el aprovechamiento adecuado de los servicios de la comunidad y de la educación pública (Calderón, 1974).

Los programas de salud mental abarcan tres grandes esferas: la asistencial propiamente dicha: la prevención de la salud mental, y los programas complementarios indispensables de enseñanza e investigación.

En el área asistencial, la eficacia de las técnicas terapéuticas es uno de los problemas nucleares de toda planificación de este género de programa. "Probablemente los frecuentes fracasos se deban a la configuración de metas ideales, a menudo poco realistas; a la tendencia a no llegar a las últimas consecuencias de los problemas a través de intervenciones poco enérgicas, a la falta de retroalimentación de información que permita al especialista reubicar su actuación y a la necesidad continua y permanente de supervisión. Las funciones de los especialistas y los programas que éstos desarrollan deben ser flexibles y contener la versatilidad necesaria para hacer adaptaciones que favorezcan las soluciones de problemas que se intentan tratar (Nava, 1978).

El énfasis en el área preventiva y de detección temprana de casos es muy importante ya que es preferible, social y económicamente prevenir, que remediar. "La prevención en el campo de la salud mental tiene dos aspectos: uno es informar al público, particularmente a quienes ejercen mayor influencia social, como padres, maestros, médicos, religiosos, etc., acerca de la naturale-

za de los problemas, e instruirlos para que sean capaces de identificarlos oportunamente. El otro es la identificación precoz de los casos y su manejo oportuno individual, familiar y social" (De la Fuente, 1978, p 10).

En fin, la asistencia, la prevención, la capacitación del personal y la enseñanza e investigación en el área de la salud mental, debe ser incluidos en los programas federales y estatales de salud como prioritarios ya que los organismos gubernamentales son los responsables de asegurar el derecho a la salud.

El siguiente cuadro muestra las funciones y actividades que deben desarrollarse en Salud Mental dentro de los programas de Salud Pública.

Cuadro No. I

FUNCIONES DE SALUD PUBLICA	ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA	NIVELES PREVENTIVOS	AREA DE ACCION
FOMENTO	PROMOCION	PREVENCION PRIMARIA	TASAS DE INCIDENCIA
DETECCION TEMPRANA	PROTECCION ESPECIFICA DETECCION TEMPRANA	PREVENCION SECUNDARIA	TASAS DE PREVALENCIA
ASISTENCIA	ASISTENCIA OPORTUNA REHABILITACION.	PREVENCION TERCIARIA.	

(Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1979).

Detección de Necesidades de Salud Mental.

En el campo de la salud mental, la investigación científica es necesaria. No es posible planear con aciertos las mejores soluciones sin conocer cuáles son las necesidades actuales y futuras, en términos de prevalencias, causas y consecuencias, de los distintos trastornos mentales y desviaciones de la conducta. ¿Cuál sería la forma más adecuada de poder conocer estas características epidemiológicas? "El primer paso es el acopio uniforme de datos: disponer de ellos hace posible la buena administración y permite además informar verazmente acerca de la magnitud y el carácter de los problemas" (De la Fuente, 1978, p 12). Una de las primeras acciones que realiza el equipo de salud mental es el estudio de la comunidad. Esta ya es una forma de penetración a la misma porque se emplean una serie de técnicas que van desde la revisión de estudios existentes en las diferentes instituciones, hasta la observación ecológica de la comunidad. Además, se llevan a cabo una serie de entrevistas estructuradas y no estructuradas a personas que se consideran informantes calificados. (Tenorio, 1978, citado por Nava, p 37). También se puede evaluar un corte epidemiológico para ver qué modificación ha habido en la prevalencia de enfermedades, así como por la deserción e internación de pacientes. (Berglind, 1978, citado por Nava, p 41).

También es importante conocer indicadores gruesos, que reporte la bibliografía nacional e internacional porque se podrá saber si algunas enfermedades mentales tienen una tendencia univer-

sal independientemente de la comunidad en que se presenten, como por ejemplo: la epilepsia o la esquizofrenia. (Ramírez, 1978, citado por Nava, p 37).

En fin, es absolutamente necesario definir con más precisión cuales son las cuestiones más apremiantes y desarrollar buenos instrumentos para buscar las respuestas. La tarea inicial, como ya se mencionó, es "obtener datos o estadísticas confiables sobre la incidencia y prevalencia de los diversos trastornos mentales, desviaciones y adicciones, y evaluar las necesidades de recursos humanos, el funcionamiento de los servicios y la marcha de los programas" (De la Fuente, 1978, p 13).

Psicoepidemiología.

Estudios sobre morbilidad de la conducta.

Con base en el enfoque global del determinismo biosocial del comportamiento se han identificado dos categorías de problemas de salud mental: a) las diferencias entre clases sociales en lo que concierne a la psicopatología, y b) las diferencias entre los sexos en los que concierne a trastornos de conducta. (Eisenberg, 1977, p 19).

Hace más de 30 años, Faris y Dunham (1939), mostraron que las tasas de la primera admisión en hospitales psiquiátricos, para la mayoría de las psicosis, eran elevadas en los barrios po-

bres de las ciudades y decrecían a medida que se aproximaban a los barrios ricos. Estos autores formularon hipótesis de que la desorganización social hace imposible la comunicación y la comprensión, produciendo un comportamiento ininteligible que se tiene a reconocer como trastorno mental. Estudios ulteriores confirmaron esta relación inversa sobre clase social y psicopatología e implicaron a la desintegración social y al stress debido al ambiente, como causas fundamentales del fenómeno observado (Holligshhead y Redlich, 1958; Leighton, Harding y Macklin, 1963).

El segundo problema se plantea sobre las diferencias que existen entre los sexos en la distribución de los trastornos de la conducta: se constata que las mujeres son dos veces más frecuentemente atacadas de depresión que los hombres, y tres veces más frecuentemente de neurosis, en tanto que los hombres son cuatro veces más frecuentemente toxicómanos (Eisenberg, 1976, p 3-5).

Incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales.

Se ha encontrado que de un total de 500 millones de personas que habitan el Continente Americano, el 3% padece alguna deficiencia en el desarrollo (American Psychiatric Association, 1968). En Estados Unidos se acepta que 17'500,000 de ciudadanos están sufriendo de trastornos de conducta lo suficientemente severos como para requerir tratamiento (Plunkett & Gordon, 1960).

En México las alteraciones mentales gravemente incapacitan

tes, afectan al menos al 1% de la población mexicana en un momento dado y al 10% de los individuos en algún momento de sus vidas_ (Organización Mundial de la Salud, 1975). Rogelio Díaz Guerrero, estudiando la frecuencia y distribución de variables de la personalidad en una muestra del Distrito Federal, encontró que una de_ cada tres mujeres y uno de cada cuatro hombres, padecen de tras_ tornos de la personalidad. Cohen de Govia (1975) encontró en una muestra de pacientes explorados en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que una de cada cuatro personas manifestaban trastor_ nos de conducta (p 92).

De la prevalencia de enfermos con desórdenes mentales en - el país, la proporción más elevada corresponde a las psicosis fun_ cionales: esquizofrenia y psicosis afectiva, seguidas por los de_ sórdenes que son consecuencia de daño orgánico cerebral. Se ha - calculado que la prevalencia de enfermos psicóticos oscila entre_ 10.1 y 14 por mil habitantes (Cabildo Arellano, 1971). El alcoh_ olismo, trastorno que altera gravemente la conducta con las negati_ vas y evidentes repercusiones económicas, sociales, familiares e individuales, ocupan el segundo lugar con una prevalencia de has_ ta el 9.1 por mil habitantes (De la Fuente y Campillos, 1976); - por otro lado, se sabe también que la cirrosis hepática, tan liga_ da al alcoholismo y la desnutrición, ocupa en México el noveno lu_ gar entre las diez principales causas de muerte de la población - general y el quinto lugar en la población de 15 a 64 años de edad (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1976). El retraso mental afecta por lo menos 12.6 personas de cada mil, es importante acla_

rar que el 75% de esos casos son leves (Cabildo Arellano, 1971). Dado que el 46% de la población es menor de 15 años (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1978), este indicador muestra la gravedad del problema por la carga pesada, económica y social que representa. La incidencia de las diversas formas de farmacodependencia afecta a los jóvenes entre los 12 y 20 años de edad (De la Fuente, 1978). Según el Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia la incidencia en jóvenes de 14 años en adelante representa una tasa del 4.6 %; los fármacos predominantes son la marihuana e inhalantes de diversos tipos. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos seniles, especialmente los de carácter demencial, aumenta a medida que crece la expectativa de vida (Velasco, 1980). La epilepsia, que suele causar trastornos severos del comportamiento, tiene una prevalencia que oscila entre .9 y 2.1%, cifras más elevadas que en países más desarrollados (Cabildo Arellano, 1971). Los trastornos de personalidad son más difíciles de precisar. Diversos estudios sugieren que al menos la quinta parte de los enfermos que acuden a los centros de salud y a la consulta externa de los hospitales padecen algún trastorno de conducta que requiere atención (De la Fuente, 1978).

Un censo de pacientes hospitalizados llevado a cabo por De la Parra, Ana y Cols. (1978), confirma los datos arrojados por los estudios antes mencionados, en términos de la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales. Dicho censo incluyó una población de 2,141 pacientes; los principales diagnósticos en contrados fueron los siguientes :

N=2,141	Esquizofrenia	34 %
	Epilepsia	24 %
	Trastornos orgánicos	12 %
	Retraso mental	21 %
	Demencia	3 %
	Farmacodependencia	1 %
	Alcoholismo	1 %
	Otros	4 %

Se han señalado, con toda intención, datos estadísticos para apreciar el problema de la salud mental en el país. Como se puede apreciar, el mismo es de gran magnitud y no puede quedar en un bajo nivel jerárquico entre los problemas que afectan la salud del mexicano. De aquí que es imperativo que los programas de salud mental ocupen un lugar prioritario dentro de la salud pública. Dichos programas deben dirigirse tanto a la atención adecuada de los pacientes que ya existen, como a la identificación de casos incipientes en donde el tratamiento puede ser eficaz; desde luego, las acciones de prevención deben ser amplia y sólidamente promovidas.

LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN MEXICO

Antecedentes Históricos.

En 1965, en el Distrito Federal existía un solo hospital psiquiátrico, el viejo manicomio de la Castañeda, inaugurado en -

1910, que alojaba cerca de 3,500 enfermos, cuando su cupo original había sido planeado para sólo 800. Las condiciones físicas del inmueble y las limitaciones presupuestales, tanto como la escasez de personal técnico y paramédico, hacían imposible la práctica psiquiátrica (Velasco, F., 1974).

De 1965 a 1967 la acción oficial en el campo de las tareas de salud mental, llamada "Operación Castañeda", permitió la creación del Hospital Psiquiátrico para enfermos agudos Fray Bernardino Alvarez, el Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro, así como la construcción de cinco hospitales-granja que alojaron a los pacientes crónicos del manicomio y a otros que aún no habían recibido atención especializada. En 1967, se contaba además con el Instituto Nacional de Neurología. La reaparición de los mismos males del viejo manicomio, como eran la incapacidad económica para mejorar los servicios y la escasez de personal, estaban convirtiendo a los hospitales-granja en nuevas "Castañedas." Las granjas no habían cumplido la función que se les asignó. Al contrario, seguían constituyendo una carga administrativa. Desde su fundación esos hospitales padecieron la ocupación de sus camas por un elevado porcentaje de enfermos incurables, los más de ellos abandonados por sus familiares, pues al no existir lugares de custodia para los enfermos crónicos, eran llevados por sus familiares o enviados por las propias instituciones oficiales a los hospitales, contribuyendo de este modo a su conversión en albergue.

Ante este panorama, las autoridades empezaron a pensar en

el establecimiento de los centros de Salud Mental Comunitaria, lo que implica dar un nuevo impulso a las labores preventivas y de promoción de salud. También entonces se dedicaron fondos y esfuerzos a la creación de talleres protegidos, es decir, a las tareas de reabilitación del enfermo mental (Velasco, 1974).

Panorama actual.

Los hospitales psiquiátricos en nuestro país difícilmente pueden ser considerados como instituciones curativas. "Una explicación general de esta situación, es que las enfermedades de la mente no han perdido el estigma que llevan consigo desde principios de la historia. Los enfermos mentales rara vez encuentran en sus familiares, y en la colectividad, la tolerancia y el apoyo que hallan otros enfermos;" además, los recursos con que cuenta el País para las distintas tareas relacionadas con la salud mental, son insuficientes (De la Fuente, 1978).

Recursos

La Dirección de Salud Mental, Institución de Asistencia Social, cuenta con once unidades hospitalarias con un total de 5,293 camas y 21 consultorios de psiquiatría en los Centros de Salud en el Distrito Federal y otros doce en el resto de la República (CEMESAM, 1979). Otras Instituciones Públicas y privadas proveen el resto para completar 9.300 camas (Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental, 1979), cifra muy pequeña que en un país con más de

64 millones de habitantes (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1978). Ni el IMSS ni el ISSSTE cuentan con camas directas para enfermos psiquiátricos, siendo que tienen una cobertura de salud del 62% de la población (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1978).

"Los hospitales, hospitales-granja y asilos, adolecen de escasez de personal en relación con el número de pacientes y en varios de ellos no hay programas de rehabilitación. Por la carencia de instituciones intermedias" (De la Fuente, 1978), muchos pacientes permanecen largo tiempo confinados, además de que el índice de reingreso de enfermos agudos es de 39.5% en adultos; el 13.4% en niños; del 44% de enfermos crónicos. Su deplorable condición no es tanto resultado de su enfermedad, sino del abandono en que se les tiene, pues al 48% de los pacientes internados no los visita nadie (De la Parra, Ana y Cols, 1978).

El número de psiquiatras es insuficiente y su distribución en el país es muy desigual. La proporción mínima recomendada por la Organización Mundial de la Salud es de cinco por cada 100 mil habitantes. Argentina cuenta con 4.1 y Costa Rica con ocho por 100 mil habitantes (León, A.C., 1972). De acuerdo con estudios efectuados en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de la UNAM, México contaba en 1976 con 507 psiquiatras, es decir, menos de uno por 100 mil habitantes, de los cuales en el Distrito Federal hay 364 y en el interior de la república 143 (Iturbe, U, 1976). En cuanto a trabajadores sociales, el déficit

es aún mayor. Se cuenta solamente con 26 trabajadores sociales y no con más de 20 enfermeras con adiestramiento formal en el manejo de enfermos mentales. La escasez de otros miembros del personal de salud mental, psicólogos, terapeutas ocupacionales y administradores también se deja sentir. Esta falta de desarrollo se explica por lo menos en parte, porque la salud mental ha figurado en los últimos lugares en los presupuestos de salud.

Programas

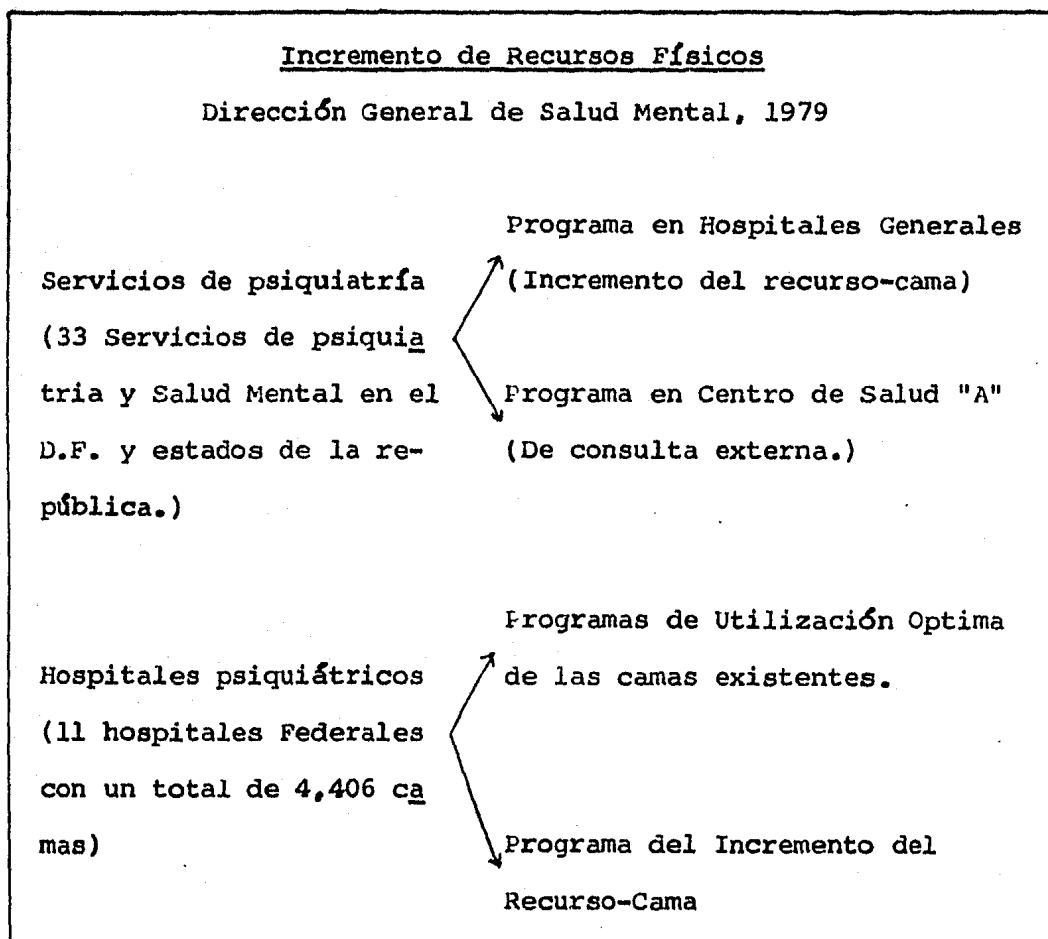
De acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Dirección de Salud Mental y el Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental, han elaborado sus programas con un criterio central que es la integración de los servicios de salud mental en los servicios generales de salud y además su descentralización; esto es, su vinculación con el sistema asistencial general, los centros de salud y los hospitales generales (De la Fuente, - 1978).

Con esta medida, en muchos países se ha apreciado una disminución en el número de enfermos internados. En México, en donde el crecimiento demográfico es desmedido, esa disminución no se ha reflejado en el número de camas que van quedando libres, ya que, proporcionalmente, el aumento de la población determina una mayor demanda de atención en ese sentido (Calderón, 1974, p 24).

El concepto de asistencia psiquiátrica tan desarrollado en

otros países, difícilmente se ha incorporado en México; sin embargo, la Dirección de Salud Mental recientemente ha promovido programas encaminados a mejorar la asistencia, tanto en la ciudad de México, como en el interior de la república. Los datos siguientes, atestiguan lo anterior:

Cuadro Nº. 2



La forma de elevar el número de camas psiquiátricas, es la de establecer unidades especializadas de consulta externa y de recurso-cama en los hospitales generales.

"Este camino recomendado por los organismos internacionales, ha mostrado ser adecuado para México, ya que no exige erogaciones cuantiosas pues se aprovechan los recursos que actualmente se tienen" (Velasco, 1974).

Desarrollo de Programas

En la construcción de hospitales regionales y de otros tipos de servicios, se ha elaborado un programa de sectorización en todo el país, tomando en cuenta la población a servir y las áreas territoriales correspondientes, en relación con sus necesidades respecto a los servicios de salud mental. Por ejemplo, en el Distrito Federal los centros comunitarios de Salud Mental se están integrando con los cuatro hospitales con que cuenta la Dirección de Salud Mental con el fin de facilitar el control de los enfermos dentro y fuera de los nosocomios. En forma similar funcionarán los hospitales psiquiátricos regionales, los anexos psiquiátricos de hospitales generales, y los centros comunitarios. Cada uno de estos centros ya cuentan con personal calificado para resolver, a su nivel, problemas de farmacodependencia, alcoholismo, neurosis, psicosis y otros tipos de patología mental (Calderón, 1974).

Este programa se ha proyectado para todo el país. En Mexicali y Saltillo funcionan a plena capacidad centros comunitarios. En Monterrey, Chiapas y Durango se encuentran en construcción hospitales psiquiátricos. Estas nuevas unidades están programadas - para dar servicio en todas las áreas de la psiquiatría como son : consulta externa, internamiento de agudos, de subagudos, proble-mas de farmacodependencia y servicios de emergencia.

Al mismo tiempo que se iniciaron la construcción de nuevas unidades, se iniciaron los programas de adiestramiento del personal, creándose una residencia psiquiátrica en la Dirección de Sa-lud Mental en coordinación con la UNAM, que da entrenamiento a - psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. También se creó la especialidad de enfermera psiquiátrica en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

En relación con los servicios de emergencia y hospitaliza-ción, ya empezó a funcionar la Unidad de Emergencia del hospital Fray Bernardino Alvarez, dedicada especialmente a la atención de - pacientes con dependencia alcohólica y drogas, en trance de in- - toxicación aguda. En el Hospital Juan N. Navarro, desde hace al- gún tiempo está funcionando durante algunas horas, los pabellones de niños y adolescentes. En breve plazo también empezarán a fun- - cionar los "Talleres protegidos" del Hospital. También se están estructurando en lo que fuera la Escuela para Adolescentes Defi- - cientes Mentales, tres talleres protegidos. Dos de ellos serán - para adultos y funcionarán inicialmente en forma intrahospitalaria

pero con enfermos internos y externos; el tercer taller será para jóvenes (Calderón, 1974).

CONCLUSION

A lo largo del presente capítulo con frecuencia se ha enfatizado que los problemas de la salud mental de las poblaciones son complejos y que abordarlos requiere no perder de vista su interdependencia con otros problemas de la salud general y de la vida social.

Con frecuencia se ha visto que las personas que padecen enfermedades mentales son las más desvalidas de la sociedad y no reciben un tratamiento igual al que se da a pacientes no psiquiátricos. Se ha mencionado repetidamente que en el campo de la salud pública la población de enfermos mentales pobres, conforman una minoría discriminada y esta situación se manifiesta claramente en el hecho de que el presupuesto que se destina a su cuidado, es por lo menos, cinco veces menor en comparación con el que se destina a otros tipos de enfermos (De la Fuente, 1978). Quizá lo que ha ocurrido es que los recursos han sido usados para atacar otros graves problemas como la desnutrición, las enfermedades infecciosas, el desmedido crecimiento de la población, la deficiente educación, etc., pero esto no justifica la escasez de medios, ya que países con menos posibilidades que México, como Costa Rica y Cuba, han tenido logros notables en este campo (De la Fuente, 1978). Los pocos recursos que se han destinado se han empleado -

para proveer hospitalización a aquellos con desórdenes muy severos. Desafortunadamente en algunas instituciones aún existe la tendencia a ver con desaliento los programas de salud mental, con base en que los conocimientos de las complejas causas de la mala salud mental son aún insuficientes y fragmentarios.

"Sin embargo, en buena parte del mundo y de México en especial, están ocurriendo actualmente dos fenómenos fundamentales en materia asistencial: Por un lado, los costos crecientes de atención médica hacen que los gobiernos y las instituciones de salud y seguridad social, busquen procedimientos que sean factibles desde el punto de vista económico; por otro lado, cada vez es más claro en la medicina el énfasis en los aspectos preventivos y su aplicación a grupos de población cada vez más amplios" (López, 1978).

Ante esta posibilidad de cambio se hace necesario que cuanto antes se conozcan las características de los problemas de salud mental en el medio, la prevalencia e incidencia de los desórdenes, para orientar las acciones que conduzcan a tener sobre ellas alguna medida de control.

Como ya se mencionó, hay algunos problemas cuyo abordaje es prioritario como son los niños con daño cerebral, retraso mental, problemas de conducta; el alcoholismo, la farmacodependencia en los jóvenes, las neurosis y los trastornos de personalidad tan difundidos en las zonas urbanas.

Cabría preguntarse ¿en qué medida es posible la prevención de estas patologías? Aunque el problema es complejo algo se sabe del papel de los factores genéticos, fisiológicos, del daño psicológico tempranamente adquirido y de la influencia de las condiciones sociales adversas. La prevención de la salud mental requiere de la participación de la comunidad, sobre todo si los programas son adecuados a las circunstancias; también es evidente que dichos programas requieren de la colaboración directa de organismos públicos y privados que de una u otra forma están relacionados con la salud. Para instrumentar dicha solución se requieren de políticas públicas a nivel nacional; que tanto el gobierno federal como los organismos estatales canalicen recursos económicos proporcionales a las necesidades expresadas en estudios objetivos.

"Es alentador ver que ahora en el Plan Nacional de Salud, se reconoce la importancia de la salud mental y que en el Plan de Trabajo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se sitúa como la segunda prioridad, inmediatamente después del problema demográfico" (De la Fuente, 1978, p 8). Este cambio en la política asistencial ha provocado algunos avances y han surgido exigencias como un mejor nivel de la atención técnica y material, transformación administrativa, etc., un ejemplo de esto lo constituye el que ahora se piense que la construcción de grandes hospitales psiquiátricos no es por sí misma una buena solución. Por otro lado, si un hospital psiquiátrico de los ya existentes sigue los lineamientos de la tendencia actual, deben ser bastante diferente de los viejos manicomios en cuanto a instalaciones, funciones, perso

nal y programas, porque aún en los hospitales en donde predominan los enfermos mentales de lenta recuperación, se ha demostrado que los primeros pueden tener una fisonomía distinta a través de el uso extenso de programas terapéuticos como trabajos artesanales, tareas agrícolas, talleres protegidos, etc., que han demostrado ser capaces de mejorar notablemente la calidad de vida de los enfermos (De la Fuente, 1978).

Por otro lado, es importante enfatizar que los programas de salud mental comunitaria deben dar preferencia a las tareas que permitan identificar los casos incipientes con el fin de suministrarles un tratamiento eficaz; así pues, los servicios deberán contar con un sistema de consulta externa que permita el contacto permanente con el paciente y sus familiares. La mejoría que se puede obtener en un lapso de tiempo menor, permite, si el caso es descubierto oportunamente, que el internamiento en un buen número de casos se puede evitar; de ahí la importancia de la detección temprana.

Para que un servicio de consulta externa sea efectivo, es importante enfocar bien el problema específico que el paciente está planteando y abocarse a este problema con el mayor número de recursos posibles en un lapso mínimo de tiempo (Blum, 1978), utilizando libremente aquellas prácticas o contribuciones que encuentren su comprobación o efectividad en la tarea diaria sin considerar con demasiada suspicacia su origen (Velasco, 1974). Además, se necesitan aún criterios para seleccionar el tipo de pacientes

que sea más adecuado a tal o cual tipo de tratamiento.

En fin, se necesita una investigación sistemática en tratamientos comprensivos y efectivos así como también el destinar fondos en forma prioritaria para los programas. Si se inicia una labor de coordinación, resultado de un plan con programas bien madurados, entre las diferentes dependencias oficiales y descentralizadas, los esfuerzos de prevenir, mantener y recuperar la salud mental serán más efectivos.

C A P I T U L O I I

SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA

Aspectos Generales de la Población

El Estado de Chihuahua se encuentra, geográficamente, al norte de la República Mexicana, abarcando una extensión territorial de 244,938 kms.² y comprendiendo dentro de sus límites 67 municipios. Tiene una población de 2'242,362 habitantes.

Las estadísticas señalan que su crecimiento demográfico ha sido explosivo en los últimos 20 años (con un incremento anual de 3.5); la característica más notoria de su demografía es lo joven de la población. (El 49% es menor de 15 años). La población del Estado de Chihuahua tiene urgentes necesidades materiales principalmente de alimentación, vestido, vivienda, así como de servicios de salud. La inmigración de la población rural a las ciudades se ha agudizado en los últimos 10 años (el 67% es población urbana), provocando que un gran número de personas vivan en estado crónico de hambre, desposesión y, aparentemente, sin atención médica. (ESVAMEX, 1978).

Los programas de salud pública existentes se desarrollan, principalmente, para los grupos más desposeídos económicamente; sin embargo en la realidad, funcionan para los económicamente suficientes. Además, sus acciones están dirigidas fundamentalmente

a las zonas urbanas, lo que deja a las comunidades rurales casi -desprotegidas.

Las principales actividades del Estado son en orden de importancia las siguientes: La minería, agricultura, silvicultura y la ganadería (La prensa, 1979). La deficiente distribución de la riqueza en el país está particularmente agudizada en el Estado, - el desempleo es creciente ya que la demanda de trabajo sigue siendo mayor que la oferta. Por otra parte, la población económicamente activa (20%) lleva sobre sí el peso de toda la población inproductiva (24%), además de la población infantil, estudiantil y anciana (56%). (Gobierno de Chihuahua, 1977).

A medida que los índices de desempleo y enfermedad han ido creciendo, el presupuesto del Estado ha ido aumentando y se ha invertido, principalmente para servicios asistenciales; empero los índices de alcoholismo, suicidio, drogadicción y reacciones depresivas que son características de la población chihuahuense, siguen creciendo día a día.

Ante el panorama creciente de patología social, los esfuerzos gubernamentales se vierten sobre la salud pública, especialmente la relacionada con la salud física y con poca atención a salud mental. Este criterio unilateral ha conducido a deducciones falsas y acciones inapropiadas que favorecen programas ineficaces de salud psicosocial.

Incidencia y Prevalencia de Enfermedades Mentales

En el Estado de Chihuahua se acepta que 337,500 enfermos mentales pueden requerir en cualquier momento hospitalización (Garza, 1980). La prevalencia de enfermos con desórdenes mentales en el Estado, la proporción más elevada corresponde al alcoholismo con una prevalencia de hasta 25 por 100 habitantes, de los cuales 5 son francamente adictos al alcohol. El retraso mental afecta por lo menos a 3 personas de cada 100 habitantes. Se ha calculado que la prevalencia de enfermos esquizofrénicos y epilépticos es de una por cada cien personas (Garza, 1980). Los principales diagnósticos encontrados en pacientes hospitalizados son los siguientes: 75% esquizofrenia, 10% alcoholismo con cuadro psicótico, 5% deficiencia mental con grave problema de conducta, 5% epilepsia con trastornos severos de comportamiento y 5% de otras psicosis.

Recursos

La asistencia social del Estado, cuenta con dos unidades hospitalarias de tipo psiquiátrico con un total de 130 camas. Otras instituciones privadas proveen el resto para completar 145 (Garza, 1980), cifra muy pequeña ya que se reciben 1.5 pacientes diarios.

El número de psiquiatras es insuficiente y su distribución en el Estado es desigual. La proporción de psiquiatras es de uno

por 224'236. El estado cuenta con diez psiquiatras, de los cuales en la Capital se encuentran seis y cuatro en Cd. Juárez.

La falta de desarrollo se explica porque la salud mental ha figurado en los últimos lugares en los presupuestos de salud. (El Neuropsiquiátrico tiene un presupuesto anual de 2.5 millones) (Garza, 1980).

Servicios de Salud en el Estado

Las instituciones de seguridad social que existen en el estado de Chihuahua, son:

Instituto Mexicano del Seguro Social	(IMSS)
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado	(ISSSTE)
Secretaría de Salubridad y Asistencia	(SSA)
Asistencia Social del Estado	(AS)
Pensiones Civiles del Estado	(PCE)

Estas Instituciones han enfatizado notablemente la asistencia de tipo médico y han descuidado notoriamente los servicios de salud mental. El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene programas educativos de tipo preventivo dirigidos fundamentalmente al área médica y sólo cuenta con un Psicólogo dedicado al programa de Planificación Familiar. En el área terapéutica solamente existen los servicios de neurología y psiquiatría que son propor-

cionados después de salvar el rígido filtro de medicina general. Los pacientes crónicos o agudos, son remitidos al Neuropsiquiatra dependiente de la Asistencia Social del Estado.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, se siguen procedimientos similares a los del IMSS, pero a diferencia de este último, en esa Institución se permite que estudiantes de Psicología presten su servicio social, realizando labores de diagnóstico psicométrico, y esporádicamente, de asesoría psicológica.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de sus Servicios Coordinados cuenta, al igual que las instituciones ya mencionadas, con el servicio de neurología y psiquiatría, además de un psicólogo que proporciona orientación psicológica y emite diagnósticos con el propósito de canalizar a los pacientes a otros especialistas.

Los servicios de salud de la Asistencia Social del Estado de Chihuahua los constituyen los hospitales Central e Infantil, los cuales, además de los servicios de atención médica, han favorecido la creación de departamentos de psicología a cargo de estudiantes que prestan su servicio social y que llevan a cabo una labor de diagnóstico con fines de canalización a otros especialistas; asimismo y de manera eventual, proporcionan asesoría psicológica.

Al Hospital Neuropsiquiátrico, dependiente también de la Asistencia Social del Estado, le son canalizados todos los pacientes crónicos o en estado de crisis, por todas las instituciones mencionadas anteriormente. Dicho hospital, con un raquítico presupuesto, tiene una población mayor a la capacidad instalada (70 camas para 85 pacientes promedio) (Garza, 1980) y no cuenta con presupuesto para abarcar la demanda de servicio actual y, mucho menos la futura. Este hospital cuenta con un servicio de custodia y de terapia somática. (Psicofármacos y terapia electroconvulsiva).

Como se puede apreciar a partir de la descripción hecha de las instituciones de seguridad social del Estado de Chihuahua, todas sin excepción, enfatizan la atención de personas físicamente enfermas y sus objetivos y lineamientos de acción están específicamente dirigidos a tal fin. Como se pudo observar, los servicios de salud mental son casi nulos a no ser por entusiastas estudiantes de psicología que empiezan a desplegar acciones dirigidas a abarcar el área de salud mental, pero limitadas por las restricciones que oponen las instituciones por no tener contemplada, dentro de sus objetivos, ese tipo de prestaciones. Es dentro de este contexto social donde se enmarca la Dirección de Pensiones Civiles del Estado, misma que se describirá a continuación.

DIRECCION DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

Es una institución de Seguridad Social creada por el Go---

bierno del Estado de Chihuahua para proteger el salario del trabajador al servicio del Estado. Dicha protección se brinda a través de prestaciones económicas y de servicios, como: Préstamos personales, prestaciones prendarias, vivienda y servicio médico. Su estructura organizativa se muestra en el Diagrama 1.

La manera en que presta su servicio es a través de delegaciones ubicadas en los lugares de mayor concentración de derechohabientes. Las delegaciones más importantes se encuentran en la ciudad de Chihuahua con 22,681 y Cd. Juárez con 7,158).

Sirve a una población de cerca de 43,740 derechohabientes. La mayor parte, un 60%, son maestros de nivel primario hasta universitario; el resto son trabajadores del Estado. La escolaridad del derechohabiente promedio es alta y el nivel socio-económico se podría catalogar como medio y medio-bajo.

Los servicios de salud proporcionados por dicha Dirección, están definidos en su filosofía, objetivos y lineamientos generales.

Filosofía Sobre los Servicios de Salud

TODOS LOS ASEGURADOS Y SUS BENEFICIARIOS DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO, TIENEN DERECHO A RECIBIR ATENCION A SU SALUD DIGNAMENTE.

DIRECCION DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

ESTRUCTURA DE ORGANIZACION

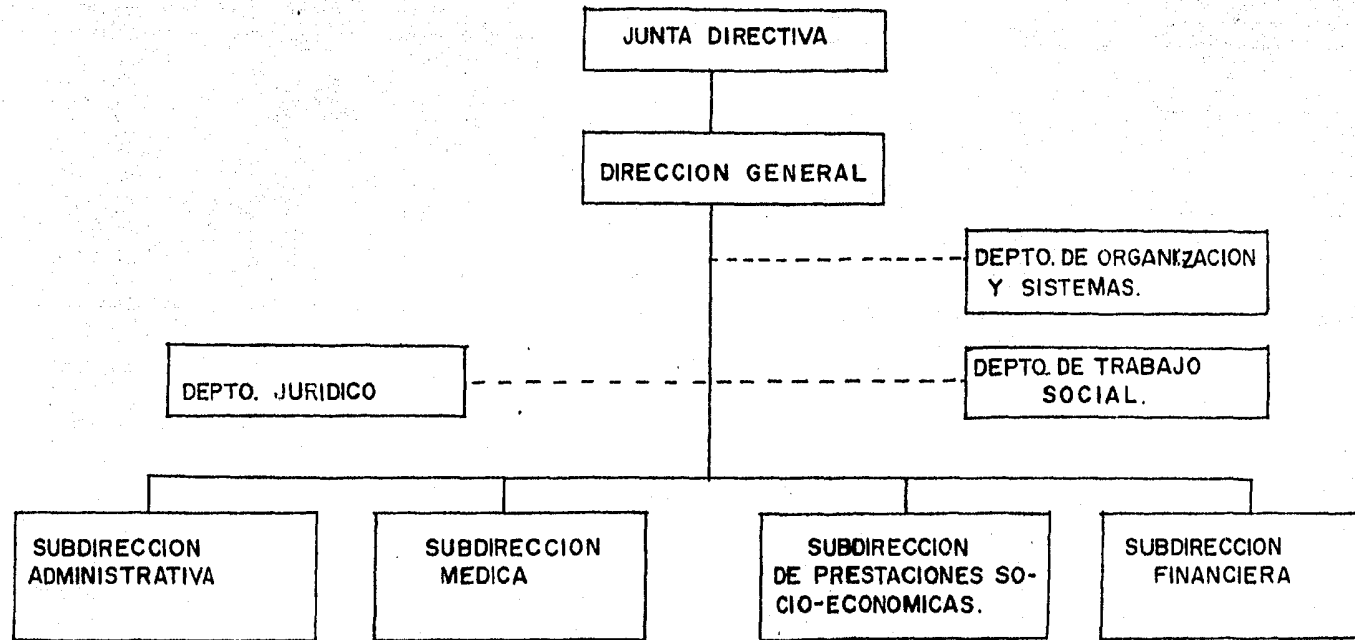


DIAGRAMA I

- 1.- Los servicios de salud se distribuirán en todo el estado de acuerdo a las normas y posibilidades institucionales.
- 2.- La organización para la prestación de los servicios será según la costeabilidad de los servicios sin menoscabo de la calidad de los mismos.
- 3.- Los recursos económicos se utilizarán para preservar y mantener la salud sin detrimento de la dirección y recuperación de la misma.
- 4.- Se promoverán los recursos humanos, tecnológicos e institucionales de los servicios directos y subrogados.
- 5.- Se promoverá en cada individuo la dignidad y responsabilidad de proteger su salud.

Corolarios

- a) Se apoyará a los proveedores de medios para la salud que reúnan las mejores normas de calidad y más bajos costos.
- b) Se valorarán los servicios de salud periódicamente.
- c) Se promoverá la pluralidad limitada en la contratación de los servicios de salud.
- d) Se promoverá que la prestación del servicio de salud sea expedita.
- e) Se promoverá la atención a la salud mental incluyendo a alcohólicos, drogadictos y farmaco-dependientes.

SALUD ES EL ESTADO ARMONICO BIO-PSICO SOCIAL DEL INDIVIDUO QUE LE PERMITE LA MANIFESTACION NORMAL DE SUS FUNCIONES Y LA EVOLUCION - EN LA SOCIEDAD EN QUE VIVE.

Preservación y mantenimiento

Es la acción tendiente a evitar la alteración de la salud y conservar y mejorar la que se tiene.

Niñez

Es la etapa de la vida del nacimiento hasta los doce años de edad.

Nutrición.- Es la acción que promueve la salud estableciendo los requerimientos alimenticios de acuerdo a las características físicas, culturales y socio-económicas.

Inmunización.- Es la aplicación de medios biológicos para evitar y/o controlar las enfermedades infecto-contagiosas.

Educación.- Es el cambio de actitudes logradas en la relación enseñanza-aprendizaje.

Psicología.- Es la acción tendiente a preservar y mantener, detectar y recuperar la salud mental.

Adolescencia

Es la etapa de los 13 a los 18 años de edad.

Nutrición.- Es la acción que promueve la salud estableciendo los requerimientos alimenticios de acuerdo a las características físicas, culturales y socio-económicas del individuo.

Inmunización.- Es la aplicación de medios biológicos para evitar y/o controlar las enfermedades infecto-contagiosas.

Educación.- Es el cambio de actitudes logradas en la relación enseñanza-aprendizaje.

Psicología.- Es la acción tendiente a preservar y mantener, detectar y recuperar la salud mental.

Planificación Familiar.- Es la acción tendiente a establecer la paternidad responsable, que implica la libertad conciente de decidir la descendencia.

Maternidad.- Es la función normal bio-psico-social que preserva la especie.

Juventud

Es la etapa de los 19 a los 44 años de edad.

Nutrición

Inmunización

Educación

Psicología

Planificación Familiar

Maternidad

Madurez

Es la etapa de los 45 a los 59 años de edad.

Nutrición

Inmunización

Educación

Psicología

Planificación Familiar

Maternidad

Senectud

Es la etapa de los 60 años hasta la muerte.

Detección.- Es la acción tendiente a descubrir alteraciones de la salud mínimas y moderadas.

Alteraciones Sub-Clínicas.- Son las alteraciones bio-químicas y celulares sin manifestación de enfermedad.

Alteraciones Clínicas.- Son las alteraciones orgánicas y funcionales con manifestación de enfermedad.

Emergencias.- Es cualquier enfermedad orgánica o psíquica que requiere de atención médica inmediata.

Consulta Externa.- Es cualquier alteración orgánica o psíquica que requiere de atención médica inmediata.

Recuperación.- Es la acción tendiente a restablecer la salud.

Terapéutica.- Es el tratamiento de las alteraciones de la salud por medios específicos.

Rehabilitación.- Es el tratamiento de las secuelas de algunas enfermedades.

Descripción General del Funcionamiento de los Servicios de Salud

Los servicios de salud cuentan con una estructura organizativa a cargo de la Sub-Dirección Médica de la Institución.

Los servicios se proporcionan en forma directa o subroga--

da: los servicios directos son aquellos que organiza y dirige la propia institución, contratando directamente a los profesionales que los proporcionan. Los servicios subrogados son aquellos que contrata la institución para que sean proporcionados por otras instituciones o especialistas.

El edificio de la Dirección de Pensiones Civiles del Estado alberga todos los servicios directos, como son: Medicina preventiva (inmunizaciones y nutrición), Planificación Familiar, Urgencias, Departamento de Psicología y parte de la consulta externa como son médicos generales y algunos pediatras, además del servicio de Farmacia. La gran parte de la consulta externa se atiende en los propios consultorios de los médicos especialistas y se subrogan también los servicios de cirugía y de hospitalización. Esta modalidad intermedia permite, por un lado, que la institución cumpla con su función prioritaria de prevenir y mantener la salud, así como de detectar posibles alteraciones y, por otro lado, de abarcar el área terapéutica con servicios de primera calidad y en forma expedita. Así, el derechohabiente recibe cualquier servicio, directo o subrogado, solicitando orden de consulta con el médico o especialista que desee asistir. Los pacientes no necesariamente deben pasar por el médico general para tener acceso al médico especialista como generalmente sucede en instituciones semejantes a Pensiones. Este tipo de servicio se da a través de todas las delegaciones diseminadas en el Estado de Chihuahua.

Como se puede apreciar a través de los postulados, definiciones y funcionamiento de los servicios de salud, se abarca el área preventiva y terapéutica de la salud tanto física como mental.

Toca al Departamento de Psicología desplegar acciones tendientes a prevenir y mantener, detectar y recuperar la salud mental. Cabe mencionar que es la única Institución de seguridad social en el Estado de Chihuahua que actualmente contempla dentro de sus objetivos y lineamientos generales, servicios a favor de la salud mental. El Departamento de Psicología se crea en el año de 1977 y en 1979 se incorpora a los objetivos institucionales la atención a la salud mental.

C A P I T U L O . I I I

PRIMERA PARTE.- ESTUDIOS DIAGNOSTICOS DE LA POBLACION PARA DETECTAR NECESIDADES DEL AREA DE SALUD MENTAL

DATOS GENERALES SOBRE LOS ESTUDIOS

No ha sido sino hasta fechas recientes que se ha intentado aplicar los métodos tradicionales del estudio de frecuencia y distribución de las enfermedades físicas al campo de las enfermedades mentales. Generalmente los estudios que se han realizado son a nivel descriptivo, tan sólo para obtener una idea rústica de la magnitud del problema que representa la patología social. (Véase "Psicoepidemiología" en el Capítulo I).

En el Departamento de Psicología de Pensiones Civiles del Estado, se realizaron tres estudios encaminados a identificar el mayor número de variables en cada uno de los expedientes estudiados, en el segundo y tercer estudio también se obtuvieron datos directamente de los sujetos. Los estudios que se describen a continuación intentaron evaluar las categorías diagnósticas que más frecuentemente presentaba la población derechohabiente con el fin de conocer las necesidades de servicios de salud mental. De esta manera fue posible tomar soluciones más sólidamente fundamentadas sobre el tipo de servicio que se deberá proporcionar y la forma o modalidad que debía asumir la estructura preventivo-asistencial para responder a dichas necesidades.

El primer estudio adoleció de una validez general y sus resultados no se tomaron como afirmaciones concluyentes ya que la información no había sido obtenida de manera sistemática; además las categorías que se utilizaron fueron definidas de manera general. No obstante estos inconvenientes, el estudio cumplió con su objetivo, que era palpar la frecuencia y distribución de los problemas de conducta de 423 pacientes detectados entre 1973 y 1977.

Los datos del segundo y tercer estudio que se obtuvieron a partir de un análisis del problema particular de cada paciente - con base en los resultados de un amplio estudio psicológico, entrevistas y de la corroboración de cada diagnóstico a lo largo - del período de tratamiento. Por otra parte, las categorías que se emplearon fueron más específicas y describen más objetivamente a los 837 pacientes estudiados durante un período comprendido entre 1978 y 1979.

PRIMER ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo con los datos que existían en los expedientes del Departamento de Medicina Preventiva, recopilados por una consejera en psicología a la cual le eran referidos los pacientes con problemas de conducta detectados en consulta externa.

El objetivo de dicha investigación fue conocer la incidencia y tipo de trastornos de conducta, el número de canalizaciones

hechas a especialistas y el número de pacientes dados de alta, reportados como rehabilitados. El expediente de salud incluía una historia de desarrollo, diferentes canalizaciones a neurólogos y psiquiatras, tipos de evaluaciones y diagnósticos (principalmente electroencefalográficos y eventualmente psicomotrices), así como los reportes de lo acontecido en las consultas periódicas y apreciaciones acerca de la evolución del paciente.

Básicamente lo que se hizo fue observar si existía una congruencia entre los datos de la historia de desarrollo y los diagnósticos que se emitieron. Estos últimos se agruparon en las siguientes categorías:

Problemas de Aprendizaje y Lenguaje

En esta categoría se incluyeron niños que presentaban dislexia, tartamudeo, problemas visuales y auditivos, problemas de conducta en el salón de clases, falta de atención, etc. Estos problemas se incluyeron en esta categoría porque afectan en gran medida el aprovechamiento escolar.

Problemas de Interacción Entre Padres e Hijos

En esta categoría se incluyeron a los niños que presentaban conductas inadecuadas: Agresividad, rebeldía excesiva, conductas perturbadoras en casa, robo, aislamiento, etc.; es decir, conductas que por su naturaleza, dificultan las relaciones interper-

sonales del niño y que hacen más difícil su socialización.

Retardo en el Desarrollo (Deficiencia Mental)

En esta categoría se incluyeron los casos de niños que de acuerdo al diagnóstico neurológico y/o eventualmente psicométrico, presentaron pobres repertorios de conducta.

Enuresis

En esta categoría se incluyeron a todos aquellos niños de tres o más años que se orinaban durante la noche y que no presentaban defectos o enfermedades congénitas o adquiridas de los sistemas nervioso y urogenital; además no debían manifestar defectos psicológicos sobresalientes.

Epilepsia

En esta categoría se incluyeron niños y adolescentes que presentaban crisis convulsivas.

Psicopatología Aguda

En esta categoría se incluyeron a los pacientes que presentaban un franco cuadro de crisis neurótica o psicótica.

Trastornos Psicosexuales

En esta categoría se incluyeron a los pacientes que presentaban conductas homosexuales o de frigidez y a niños con masturbación excesiva.

Los resultados que se obtuvieron a partir de la categorización anterior se agruparon de acuerdo a los objetivos trazados inicialmente. La incidencia y tipo de trastorno se muestra en la Gráfica No. 1.

El número de pacientes detectados y canalizados a médicos especialistas o paraprofesionales y el número de pacientes reportados como rehabilitados, se presentan en el siguiente cuadro.

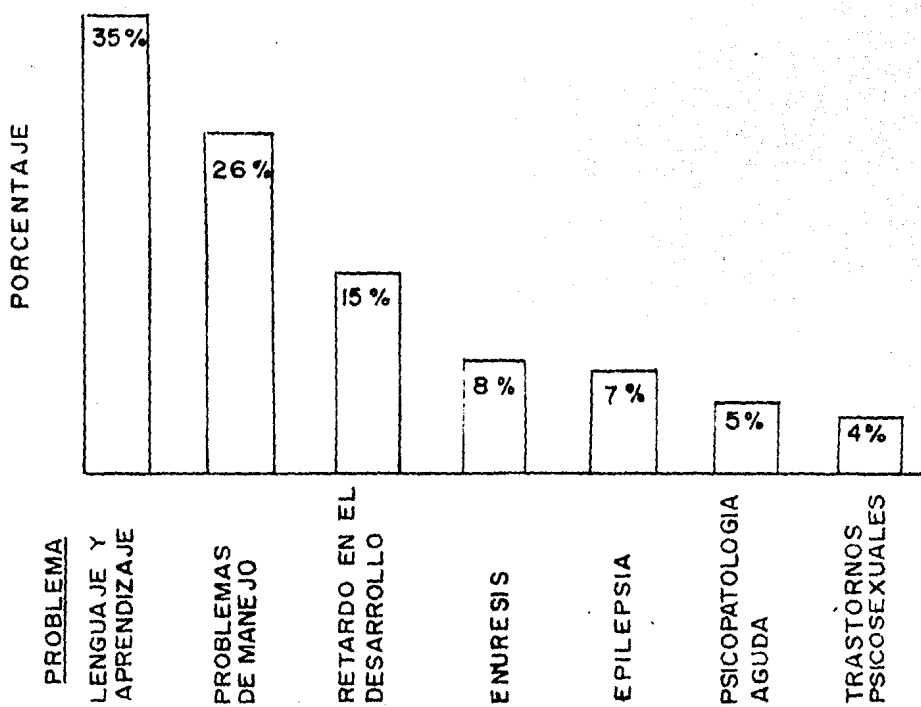
Cuadro No. 3

PACIENTES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DETECTADOS POR EL DEPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA ENTRE LOS AÑOS 1973-1977				
PROBLEMA	DETECTADOS	CANALIZA- CION DIAG- NOSTICA	EN TERAPIA	REHABI- LITADOS
Aprendizaje y lenguaje	146	146	18	4
De interacción entre padres e hijos	111	111	61	25
Retardo en el desarrollo	63	63	12	-
Enuresis	35	35	35	15
Epilepsia	29	29	29	-
Psicopatolo- gía aguda	22	22	22	-
Trastornos psi- co-sexuales	17	17	8	2
T O T A L E S	423	423	185	46

CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE LA POBLACION

PERIODO 1973-1977

N= 423



Grafica No.1

Comentarios al Cuadro Anterior

De 146 casos detectados como problemas de lenguaje y aprendizaje aunque todos fueron canalizados a neurología y algunos a psicometría, sólo 18 casos fueron remitidos a educación especial para aplicación de programas específicos de lenguaje y lecto-escritura y sólo 4 casos fueron reportados como rehabilitados.

De 111 casos detectados como problemas de interacción entre padres e hijos, 61 casos fueron atendidos por la Orientadora del Departamento de Medicina Preventiva y 25 casos fueron reportados como rehabilitados.

Los 63 casos con retardo en el desarrollo fueron canalizados a neurología; un número muy reducido fué enviado a psicoterapia; sólo 12 casos fueron enviados a educación especial y ninguno de ellos fué dado de alta.

Los 35 casos de enuresis fueron canalizados a pediatría o nefrología y, simultáneamente en Medicina Preventiva, donde se les dió orientación en la instrumentación de técnicas de modificación de conducta. Quince casos se reportaron como rehabilitados.

Los 29 casos con diagnóstico de epilepsia, fueron canalizados a neurología para estudio y control farmacológico. Todos permanecían bajo control médico.

Los 22 casos que se presentaron con un cuadro crítico de -
neurosis o psicosis se remitieron a psiquiatría; ninguno de ellos
se dió de alta.

De 17 casos detectados como trastornos psicosexuales, ocho
pacientes fueron canalizados a intervención psiquiátrica o gineco-
lógica y de esos, dos fueron reportados como rehabilitados.

Conclusiones del Primer Estudio

El 83% de los casos detectados corresponde a niños y el -
17% a adultos. Probablemente esta proporción se debe a que el ca-
nal de detección se encontraba en el Departamento de Medicina Fre-
ventiva, mismo que principalmente proporcionaba servicios de inmu-
nización y nutrición para niños.

Como se puede apreciar, la totalidad de casos detectados -
fueron canalizados y diagnosticados por el uso simultáneo de di-
ferentes métodos: Entrevista, electroencefalogramas y, eventual-
mente psicometría. Del total de la población evaluada, sólo el -
44% recibió alguna forma de terapia; y de esos sólo el 25% de e-
llos fueron reportados como rehabilitados.

Es decir, sólo el 11% de los pacientes detectados y diag-
nosticados fueron reportados como rehabilitados.

A partir de los datos acopiados en este primer estudio, se

puede concluir que:

a. La evaluación y/o diagnóstico provinieron de muy variadas fuentes, por lo que la canalización terapéutica, en la mayoría de los casos, fué inadecuada, y ocasionó que un gran número de pacientes no recibiera el tratamiento pertinente a su padecimiento.

b. El sistema de detección y diagnóstico, que sólo etiquetaba a los pacientes, además de que era económicamente gravoso para la institución, no tenía utilidad alguna si no se hacía en función de un tratamiento.

c. La unilateralidad de los tratamientos no permitió que un gran número de pacientes se rehabilitara.

A partir de los resultados del estudio se planeó el tipo de estructura asistencial que deberían asumir los servicios psicológicos dentro de la institución, a grandes rasgos ésta debía incluir dos áreas de servicios para el derechohabiente: La primera era el área preventiva y debía contener una unidad de capacitación. La unidad de capacitación instrumentaría cursos, conferencias, mesas redondas, etc., impartidas por el personal médico de psicología y paraprofesionales, sobre temas tales como técnicas de modificación de conducta para el manejo de los niños, desarrollo infantil, planificación familiar, nutrición e inmunizaciones, prevención de alcoholismo y drogadicción, comunicación conyugal,

etc. Estos mismos temas se desarrollarían y difundirían ampliamente a través de medios de información tales como folletos, periódicos, murales, publicación periódica, etc.

El área terapéutica del departamento de psicología recibiría a todos los derechohabientes con problemas de conducta, canalizados por consulta externa, trabajo social o que acudieran por sí mismos. Los evaluaría a través de entrevistas y pruebas psicológicas y, de acuerdo al diagnóstico, los canalizaría con los especialistas que correspondiera (Neurólogo, Psiquiatra, educadores especiales, psicoterapeutas, etc.). Además también se haría responsable de evaluar los resultados que obtuvieran con dichos especialistas.

Sin embargo, durante 1978 no fué posible llevar a la práctica este procedimiento, en toda su extensión, ya que la ciudad de Chihuahua no contaba con suficiente personal calificado que brindara los servicios que se le solicitaban; sobre todo los de psicoterapia, educación especial y orientación psicológica, de modo que se pensó que era necesario ampliar la cobertura de los servicios del Departamento de Psicología con el fin de que incluyeran la contratación directa de especialistas por parte de la institución, e instalarlo dentro de los servicios asistenciales de la institución.

Sin embargo, las autoridades de la Institución solicitaron que se justificara tanto la necesidad de contratación directa co-

mo el tipo y cantidad de profesionales que se necesitarían. Esto dió origen al segundo estudio diagnóstico.

SEGUNDO ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo con los datos que existían en los expedientes del Departamento de Psicología, recopilados a lo largo de un año por un equipo de psicólogos a los cuales les eran referidos los pacientes con problemas de conducta detectados en el servicio médico de la institución.

El objetivo de dicha investigación fue conocer la incidencia y tipo de trastornos psicológicos de la población infantil y adulta, para determinar las necesidades futuras en términos de:

a) La probable demanda de servicios que se tendría para 1979, con base en la demanda de servicios durante 1978.

b) Tipos de psicoterapia.

c) El tiempo promedio que se invertiría por paciente.

Todo lo anterior con el objeto de calcular los recursos humanos y materiales que se necesitarían en 1979.

El expediente de psicología de cada paciente incluía historia de desarrollo, estudio psicométrico, canalizaciones a médicos

especialistas, exámenes médicos complementarios, así como los reportes de lo acontecido en las consultas periódicas y apreciaciones acerca de la evolución del paciente (véase el apéndice 1 y 2).

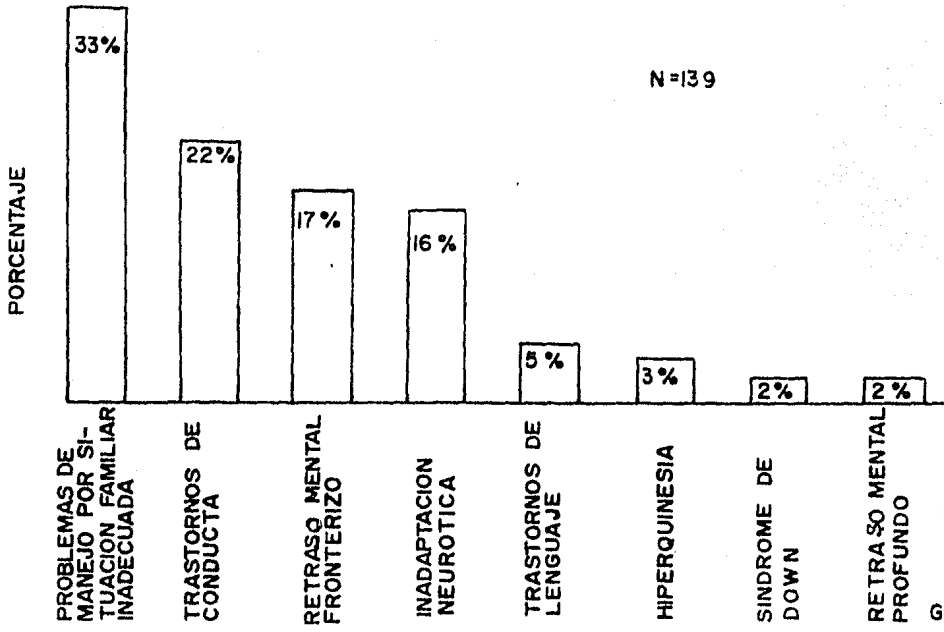
Básicamente lo que se hizo fué observar si existía una congruencia entre el estudio psicológico y los diagnósticos emitidos por psicoterapeutas, médicos especialistas y estudios complementarios. Dichos diagnósticos se agruparon de acuerdo al Glosario Cubano (1973)*, por considerar que reunía los esfuerzos clasificatorios de diferentes disciplinas y concepciones teóricas, lo cual permitía clasificar a los pacientes de una manera más precisa, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Los resultados que se obtuvieron a partir de dicha clasificación se agruparon de acuerdo al objetivo trazado inicialmente. La incidencia y tipo de trastornos observada en la población infantil que representó un total de 139 pacientes, se muestra en la Gráfica No. 2. La Gráfica No. 3 muestra lo mismo para la población adulta que representó un total de 104 pacientes.

* G.C.1 de la CIE-8: Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades, octava revisión.

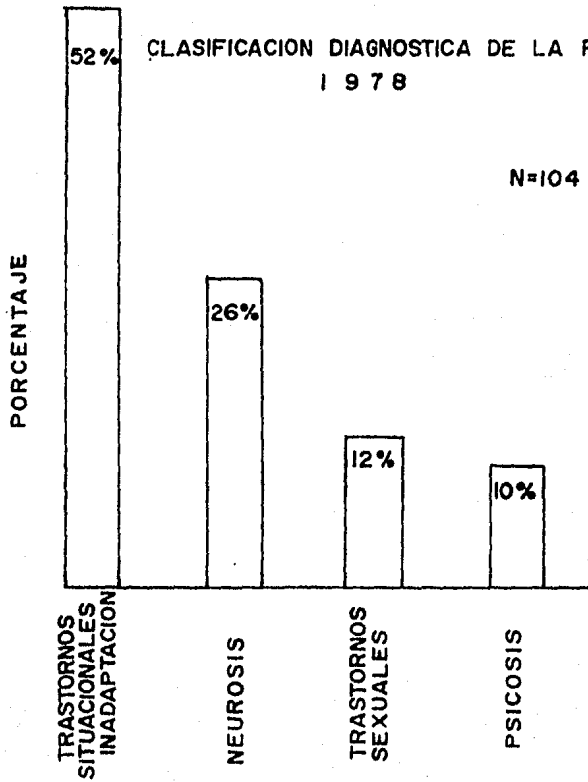
CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE LA POBLACION INFANTIL

1 9 7 8



CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE LA POBLACION ADULTA

1 9 7 8



Conclusiones del Segundo Estudio

El 57% de los casos detectados correspondieron a niños y - el 42% a adultos. La incidencia mayor se encontró en trastornos situacionales transitorios de inadaptación, problemas de manejo - por situación familiar inadecuada y trastornos de conducta, cate- goría que incluían niños, adolescentes y adultos psiquiátricamen- te normales que representaban problemas debido a desajustes signi- ficativos en su medio familiar y social que dificultaban sus re- laciones interpersonales.

A partir de los datos acopiados en este segundo estudio se pudo concluir que la función del Departamento de Psicología de e- valuar a los pacientes remitidos por servicio médico y canalizar- los a los especialistas que correspondiera, fué una decisión posi- tiva de la institución por las siguientes razones:

a. La evaluación y/o diagnóstico que se hacía de una mane- ra fina y sistemática, permitió canalizar a tratamiento más acer- tadamente a los pacientes, situación que abatió los costos de cana- lizaciones diagnósticas sin motivo, aplicando dichos recursos al área terapéutica.

b. El sistema de coordinación entre profesionales y para- profesionales permitió que un mayor número de pacientes se reha- bilitara y se evitó la rotación infructuosa de ellos, de uno a o- tro especialista.

Por otro lado, a partir de los resultados del estudio, fué posible calcular las necesidades en términos de recursos humanos y materiales para 1979.

Con base en los datos correspondientes a los primeros diez meses de funcionamiento del Departamento de Psicología, se llevó a cabo una extrapolación lineal para predecir la afluencia de pacientes durante los siguientes diez meses.

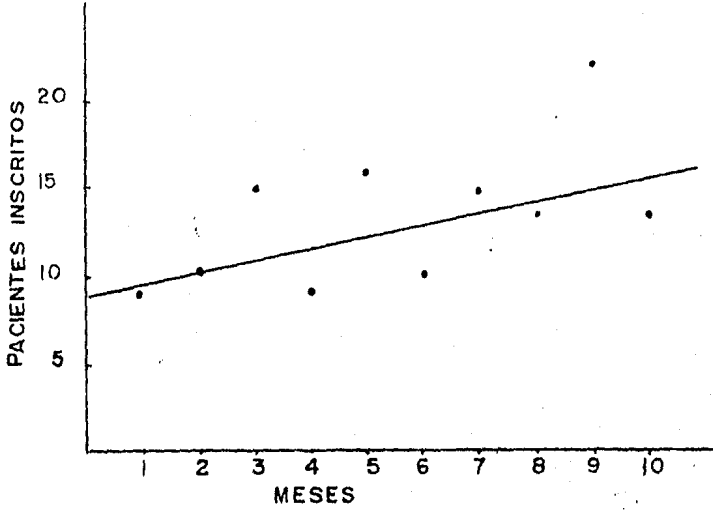
Las cifras que se encontraron fueron:

En 1978 se dió servicio a 241 niños y 224 adultos.

En 1979 se daría servicio a 289 niños y 269 adultos.

Las gráficas 4 y 5 muestran la tendencia de crecimiento de la demanda para niños y adultos, respectivamente.

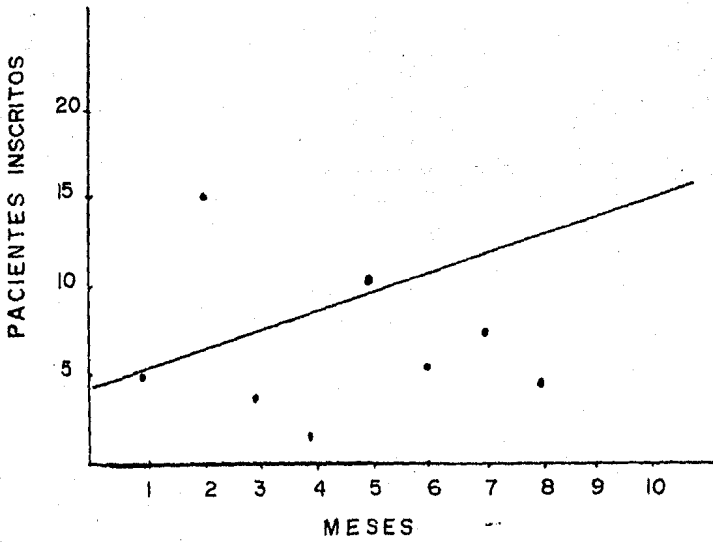
INCREMENTO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
POBLACION INFANTIL



La recta se ajustó por mínimos cuadrados

Gráfico No 4

INCREMENTO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
POBLACION ADULTA



La recta se ajustó por el mínimo de cuadrados

Gráfico No 5

En virtud de que las autoridades de la Institución solicitaban que se justificara la contratación del personal que se les solicitaba, para brindar una atención integral a niños y adultos de acuerdo a los problemas que más frecuentemente presentaban, se les sugirió las siguientes técnicas de rehabilitación.

Problema:

Problema de manejo por situación familiar inadecuada

- a.- Psicoterapia individual.
- b.- Orientación individual a padres y programas correctivos.
- c.- Curso sobre manejo de niños.
- d.- A veces terapia familiar.

Trastornos de conducta

- a.- Psicoterapia individual.
- b.- Orientación individual a padres y programas correctivos.
- c.- Educación psicopedagógica especial (áreas académica y social).
- d.- Curso sobre manejo de niños.
- e.- A veces terapia familiar.

Retardo mental fronterizo

- a.- Educación psicopedagógica especial (áreas: académica, lenguaje, psicomotriz y social).
- b.- Orientación individual a padres y programas correctivos.
- c.- Neurología.
- d.- Psicoterapia individual.
- e.- Curso sobre manejo de niños.

Inadaptación neurótica

- a.- Psicoterapia individual
- b.- Orientación individual a padres y programas correctivos.
- c.- A veces control farmacológico.
- d.- Curso sobre manejo de niños.

Trastornos de lenguaje

- a.- Educación psicopedagógica especial (áreas: lenguaje y académica).
- b.- Psicoterapia individual.
- c.- Curso sobre manejo de niños.

Hiperquinesia

- a.- Neurología.
- b.- Educación psicopedagógica especial (áreas: académica, psicomotriz y social).
- c.- Orientación individual a padres y programas correctivos.
- d.- Curso sobre manejo de niños.

Síndrome de Down y retraso mental profundo

- a.- Neurología.
- b.- Se indica escuela de educación especial.

Obsérvese que cada paciente que ingresara debía ser atendido por diversos especialistas y con diversas técnicas, a fin de a tacar de fondo y de manera integrada el problema del paciente.

En el caso de los adultos, las técnicas recomendadas fueron las siguientes:

Problema:	Tipos de terapia y especialidades:
Trastornos situacionales de inadaptación	a.- Psicoterapia individual breve. b.- Orientación familiar. c.- A veces control farmacológico.
Neurosis	a.- Psicoterapia individual reeducativa. b.- Orientación familiar. c.- La mayor parte de las veces, atención psiquiátrica.
Trastornos sexuales	a.- Psicoterapia individual reeducativa. b.- Terapia familiar. c.- A veces atención psiquiátrica.
Psicosis	a.- Atención psiquiátrica. b.- Orientación y/o terapia familiar. c.- Psicoterapia reconstructiva.

En cuanto al número promedio de horas que se debían invertir por paciente, se calculó que éstas debían de ser 60 por niño

y 35 en cada adulto, en las cuales se inclufan las 8 horas de evaluación. De esta manera se necesitaban 17,340 horas sesión para satisfacer la demanda esperada de 289 niños y 9,415 horas sesión para 269 adultos; un total de 26,755 horas sesión.

Con base en estos datos se determinaron los recursos humanos necesarios. El siguiente cuadro muestra la función, ubicación, especialista y horario de esos recursos.

RECURSOS HUMANOS		NUM. DE HORAS		NUM. DE
UBICACION	PROFESIONAL	NUM. DE HORAS	SESION DIARIAS	ESPECIA- LISTAS
FUNCION				
<u>Unidad de Psicometrfa</u>				
Psicometrfa	Psicólogo	6	L-S	2
Aux. de Psicometrfa	Estudiante	3	L-S	2
<u>Unidad de Adultos</u>				
Psicoterapia	Psicólogo Clfnico	6	L-S	2
<u>Unidad de Niños</u>				
Psicoterapia	Psicólogo Clfnico	6	L-V	1
Area académica	Maestra	6	L-S	1
Area de lenguaje	Ortolalista	3	L-S	1
Area psicomotriz	Fisioterapeuta	2	L-S	1
Area social	Estudiante	3	L-S	1
Entrenamiento a Padres	Psicólogo Educativo	5	L-S	1
<u>Servicios de Apoyo</u>				
Estudios socio-ambien- tal	Trabajadora Social	6	L-S	1
Registro y seguimiento	Estudiante	3	L-S	2

Con ese personal se cubriría el 61% de la demanda esperada en niños y, el 65% en adultos. Esto se hizo intencionalmente por dos razones:

- a. Mantener el presupuesto lo más bajo posible y
- b. Aprovechar al máximo posible la ayuda de los pasantes de psicología (que se incluyeron en la relación anterior) que prestaban su servicio social, al mismo tiempo que se cumplía con la función de capacitar nuevos recursos para el estado de Chihuahua. Con su ayuda se podría atender a casi el 100% de la demanda total en niños y adultos.

Con el fin de reorganizar el Departamento de Psicología para cubrir la demanda y el tipo de servicios requeridos por la población derechohabiente, se propuso la creación formal de diversas unidades y áreas que tuvieran a su cargo, bajo la dirección de especialistas, la aplicación de técnicas o terapias afines, lo cual permitiría una adecuada implementación de los programas de desarrollo para cada paciente.

El modelo propuesto se presenta en la segunda parte del presente capítulo.

TERCER ESTUDIOJustificación

El incremento de la demanda de pacientes nuevos (aunque también existía un alto índice de deserción), llevó a una saturación de la capacidad instalada en el Departamento de Psicología; esto provocó una inconstancia en la asistencia de un gran número de pacientes ya que sus tratamientos se alargaron porque se les veía con menor frecuencia. Se solicitó de nuevo a las autoridades de la institución, la contratación de los profesionales que se necesitaban, ya que sólo se habían contratado siete de los quince que se habían pedido. Las autoridades de nuevo pidieron que se justificara la contratación de dicho personal, situación que dió origen al tercer estudio.

El objetivo de dicha investigación fué conocer, de nuevo, la incidencia y tipo de trastornos de conducta de la población que había acudido al servicio psicológico.

Antecedentes

Los servicios psicológicos, concebidos de una manera integral, se brindaron a niños y adultos por espacio de diez meses, con la ayuda de 14 pasantes de psicología que prestaban su servicio social, 2 secretarias, 7 psicólogos y una trabajadora social. Sin embargo, la efectividad de los servicios dejaba todavía mucho que desear pues existía un alto índice de deserción por los si---

güentes motivos:

a. En la Unidad de Psicometría los estudios psicológicos requerían de 12 horas de trabajo, cuatro horas más de lo usual, - debido a la inexperiencia de los estudiantes (aunque lo hacían - bastante bien). La encargada invertía la mayor parte de su tiempo en la supervisión y adiestramiento ya que el servicio social - de los estudiantes de psicología tenía una duración de cinco meses. En esta Unidad el índice de deserción fue del 9%.

b. En la Unidad de Niños no existía personal especializado en áreas de lenguaje, psicomotricidad y adiestramiento a padres; tampoco se contaba con los programas pertinentes, mismos - que debieron ser elaborados. Esto ocasionó que se alargara la duración del tratamiento, lo que a su vez provocó un índice de deserción del 18%.

c. La Unidad de Adultos sólo contaba con tres psicoterapeutas; uno de tiempo completo y los otros dos con no más de quince horas semanales entre ambos. Pronto se observó que aquellos - pacientes que eran tratados por el terapeuta de tiempo completo, sólo acudían a una o dos sesiones y después lo abandonaban. Dado que los otros dos terapeutas sólo trabajaban un tiempo muy reducido, no pudieron servir de opción alterna, este hecho ocasionó una deserción del 48%.

La investigación se llevó a cabo con los datos que existían en los expedientes de psicología de la Unidad de Psicometría, recopilados durante un año por psicólogos y pasantes, a los cuales les eran referidos los pacientes con problemas de conducta enviados por psicoterapeutas del propio Departamento y por el servicio médico.

La metodología utilizada fue la misma que en el segundo estudio a diferencia que en este estudio la evaluación psicométrica fue más completa. (Véase los apéndices 3 y 4).

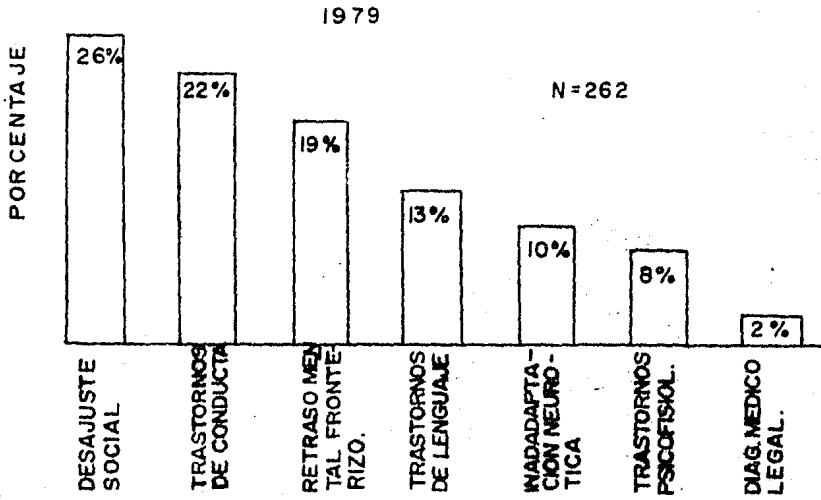
Los resultados que se obtuvieron de 594 pacientes se muestran en las gráficas 6 y 7, en las cuales se puede apreciar el tipo de patología que se encontró en la población infantil y adulta.

Conclusiones del Tercer Estudio

El 44% de los casos estudiados correspondió a niños y el 56% a adultos. La incidencia mayor se encontró en desajustes sociales, inadaptación neurótica y trastornos de conducta (de acuerdo al Glosario Cubano).

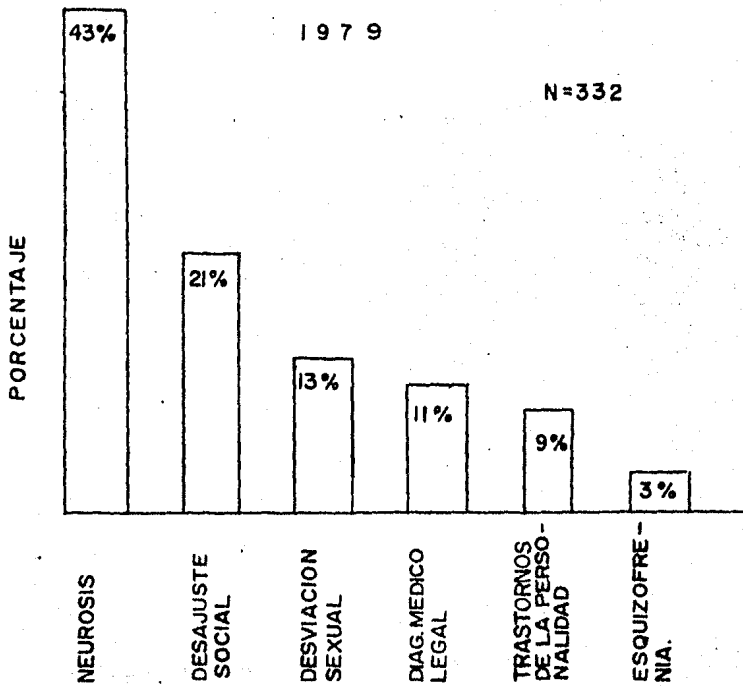
A partir de los resultados del estudio se justificaba la necesidad de contratar a los profesionales que previamente se habían solicitado ya que la demanda real fue la siguiente:

CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE LA POBLACION INFANTIL



Gráfica No 6

CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE LA POBLACION ADULTA



Gráfica No 7

a. Flujo promedio mensual de pacientes de nuevo ingreso:

Unidades:

Psicometría	19
Niños	13
Adultos	7

Con un incremento del 1.2% mensual.

b. Promedio de pacientes atendidos diariamente:

Psicometría	15
Niños	26
Adultos	12

c. Promedio de horas sesión que se requerían por paciente:

Psicometría	8 horas por estudio
Niños	60 horas por diferentes áreas
Adultos	35 horas en psicoterapia

Por otro lado, el estudio predictivo sobre la probable demanda llevado a cabo un año antes, confirmó la predicción sobre la afluencia de pacientes ya que se esperaban 558 y fueron recibidos 594. Dicha afluencia se dió a pesar de múltiples factores que debían influir sobre ella, como los siguientes:

1. No se llevó a cabo una labor de difusión de los servicios de psicología que ofrecía la Institución.
2. El departamento de Psicología cambió su domicilio en -

cuatro ocasiones adoleciendo siempre de una adecuada u
bicación y acondicionamiento físico.

3. El horario de servicio era únicamente de 9 a 15 hrs.
4. Hubo frecuentes cambios de personal que repercutió en la rotación de pacientes y en la eficacia del servicio.

La información reafirmó que la modalidad que había escogido el Departamento de Psicología, en cuanto a Psicoterapéutica, era la más adecuada ya que permitía atender en forma integral los trastornos psicológicos que más frecuentemente presentaba la población derechohabiente, permitiendo que cada paciente fuera atendido por uno o más profesionales de tal manera que resolviera integralmente su problema. Para que esta modalidad funcionara a un nivel óptimo debían desplegarse también las siguientes acciones:

1. Contratación de profesionales calificados y eficientes.
2. Horarios accesibles para pacientes de mañana y tarde.
3. Espacio físico bien ubicado y acondicionado.
4. Difusión del servicio de psicología.
5. Incremento paulatino del servicio de acuerdo a la demanda.

A continuación se presenta el modelo propuesto, que como ya se mencionó, consta de diversas unidades y áreas en las cuales intervienen profesionales aplicando las técnicas o terapias psicológicas que permiten implementar programas integrales de desarrollo para cada paciente.

SEGUNDA PARTE

DESCRIPCION DE UN MODELO INTEGRAL DE SERVICIOS PSICOLOGICOS

En esta segunda parte, se presenta el modelo de servicios psicológicos que se propuso a la Dirección General de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

Los fundamentos a partir de los cuales se elaboró el modelo, son los siguientes:

a. Los servicios de salud deben tomar en cuenta la influencia e importancia de los factores biológicos, psicológicos y sociales sobre el hombre.

b. La concepción integral de atención a la salud debe enfatizar el aspecto preventivo sin descuido del diagnóstico y tratamiento.

c. El trabajo debe desarrollarse en forma interdisciplinaria con el fin de conocer las diversas facetas y los variados factores que conforman la salud mental y de esta forma propiciar, de manera más efectiva, la conservación de la misma.

d. Durante el tratamiento debe privar una actitud de respeto hacia el enfermo en lo que respecta a la expresión de su sufrimiento.

e. El psicólogo debe orientar su trabajo al servicio de la comunidad, actuando como un agente activo y de transformación en el campo de la salud pública, en las áreas de prevención, mantenimiento y recuperación de la misma.

En consecuencia, la participación y el aporte de especialistas relacionados de alguna manera al campo de la salud mental se juzga imperativa para la solución de los problemas humanos derivados de las injustas condiciones de un sistema contradictorio, punitivo y unilateral; condiciones que se reproducen dentro de las instituciones de seguridad social.

Este enfoque de atención integral a la salud mental sitúa al hombre como parte integrante de un todo mayor -grupo o sociedad- y dirige su atención hacia el contexto social que forma y transforma el propio hombre.

Los programas del equipo de psicología deberán estar dirigidos, principalmente a prevenir y recuperar la salud mental, entendiendo ésta como: el logro del bienestar individual y la capacidad de convivir armoniosamente con otros; ser capaz de producir para sí y para la familia y, en alguna medida, contribuir al desarrollo social.

Bajo esa concepción, los lineamientos generales del Departamento de Psicología ubicado dentro de los servicios generales de salud, eran:

a. Con ayuda de otras instituciones y departamentos, tratar de prevenir y mantener la salud mental de los derechohabientes a través de educación psicosocial.

b. Detectar a los derechohabientes con trastornos mentales, que acudían por sí mismos o con ayuda del servicio médico y trabajo social, a través de estudios psicológicos, consulta externa, medicina preventiva, etc.

c. Canalizar a los derechohabientes con trastornos mentales a los especialistas y/o psicoterapeutas indicados.

d. Verificar, con la ayuda del Trabajo Social y del servicio médico, que los derechohabientes con trastornos mentales hubieran recibido una atención y rehabilitación adecuada.

Las siguientes estrategias de acción fueron las que se requirieron para la instrumentación del modelo integral de servicios psicológicos:

a. La organización de una estructura capaz de viabilizar las actividades de prevención y recuperación de la salud mental.

b. El desarrollo de acciones preventivas y asistenciales encaminadas a ese fin.

c. El establecimiento y mantenimiento de una estrecha re-

lación con los profesionales de la medicina que participaban en la recuperación de la salud mental.

d. Que se garantizara la efectividad de los servicios psicológicos, preventivos y terapéuticos, a través de una supervisión y control adecuados.

El Departamento de Psicología debía ser un organismo interdisciplinario con el fin de estudiar e instrumentar los recursos, métodos y prácticas tendientes a preservar, mantener y recuperar la salud mental.

Los objetivos generales fueron:

1. Proporcionar al derechohabiente un tratamiento psicológico integral encaminado a restablecer su salud mental, y
2. Educarlo de manera tal que conservara y mejorara la que tenía.

El Departamento de Psicología debió entonces plantear la metodología para:

- a. Proporcionar una educación psicosocial tendiente a mejorar la convivencia, prevenir los trastornos de personalidad y reducir la morbilidad debida a relaciones interpersonales inadecuadas.

b. Proporcionar servicios psicológicos para recuperar, re habilitar a aquellos derechohabientes cuya conducta los remitió a una condición anormal; entre estos servicios se encontraban el diagnóstico y tratamiento oportuno, continuo e integral.

Para instrumental el presente modelo era indispensable -- crear una estructura organizativa que tuviera definidos sus objetivos específicos y los métodos idóneos para lograrlos.

El siguiente diagrama muestra la manera como se conformó - el Departamento de Psicología.

DIAGRAMA ESTRUCTURAL DE ORGANIZACION DEL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

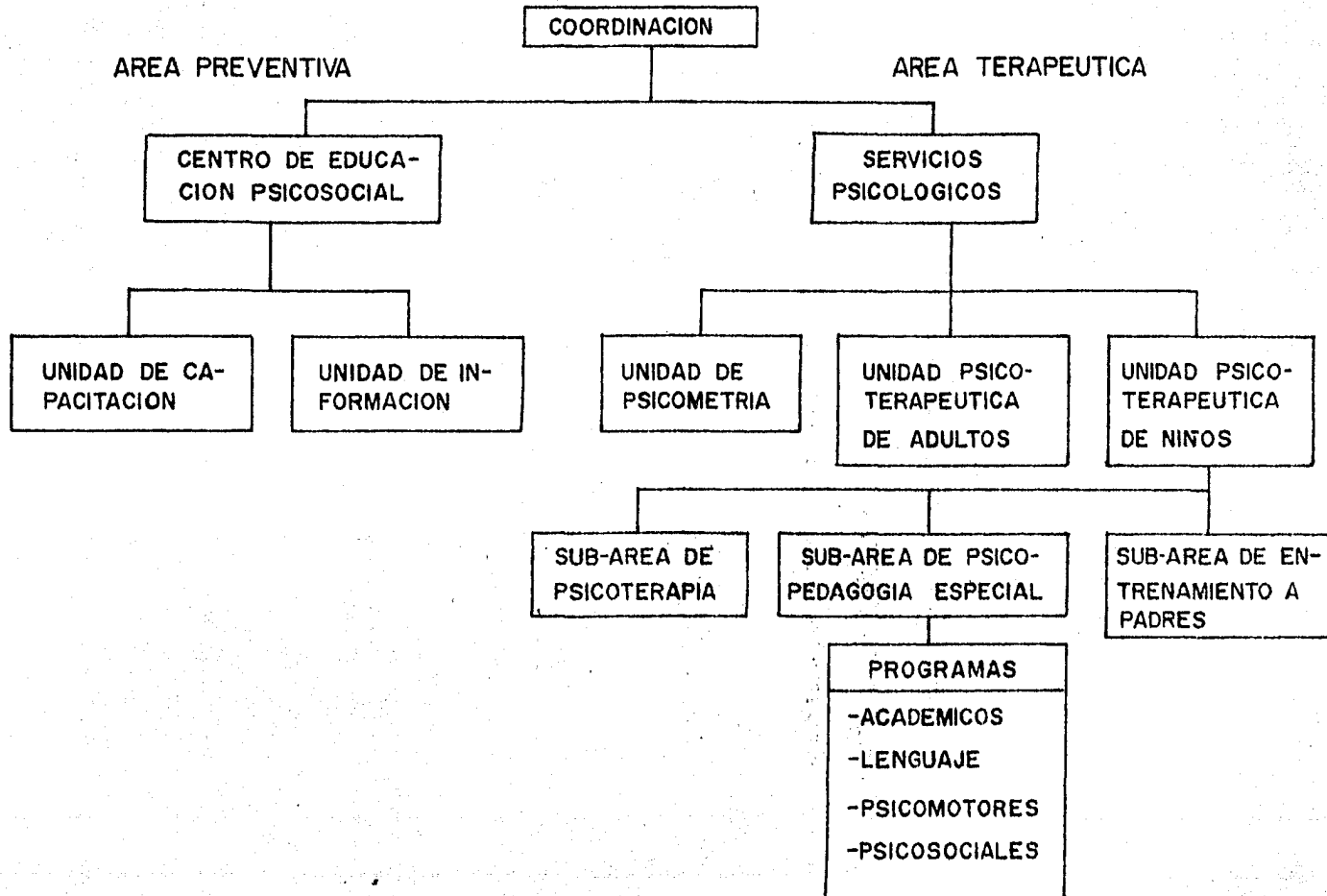


DIAGRAMA No 2

A continuación se describen los objetivos específicos de cada área, unidad y subáreas.

OBJETIVOS DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

AREA PREVENTIVA

1.- Educación Psicosocial

1.1 Unidad de capacitación

Objetivo: Prevenir y mantener la salud mental de la población derechohabiente a través de la planeación e implementación de cursos y conferencias con el concurso de otras instituciones y/o departamentos.

1.2 Unidad de información

Objetivo: Crear la necesidad en la población derechohabiente de mantener su salud mental y prevenir alteraciones de la misma, logrando un cambio actitudinal con el apoyo de sistemas de información y el concurso de otros especialistas y/o departamentos de la institución.

AREA TERAPEUTICA

2.- Servicios Psicológicos

2.1 Unidad de Psicometría

Objetivo: Detectar a la población derechohabiente con perturbaciones emocionales a través de estudios psicológicos y ambientales y canalizarlos a los especialistas y/o psicoterapeutas adecuados.

2.2 Unidad Psicoterapéutica Adultos

Objetivo: Prevenir, recuperar y rehabilitar a la población derechohabiente adulta con perturbaciones emocionales proporcionándoles psicoterapia individual y/o familiar.

2.3 Unidad Psicoterapéutica Niños

Objetivo: Recuperar y rehabilitar a la población derecho habiente infantil con problemas emocionales y/o de aprendizaje.

2.3.1 Area de Psicoterapia

Objetivo: Proporcionar terapia individual a niños con problemas emocionales.

2.3.2 Area Psicopedagógica Especial

Objetivo: Proporcionar educación especial a niños con problemas de aprendizaje.

2.3.2.1 Programas Académicos

Objetivo: Proporcionar instrucción individual o de grupo, siguiendo los programas académicos de la S.E.P., a niños irregulares o con problemas escolares.

2.3.2.2 Programas de Lenguaje

Objetivo: Proporcionar adiestramiento individual a niños con problemas de lenguaje.

2.3.2.3 Programas Psicomotores

Objetivo: Proporcionar adiestramiento individual y de grupo a niños con problemas motores.

2.3.2.4 Programas Psicosociales

Objetivo: Proporcionar adiestramiento individual y/o de grupo a niños con problemas de adaptación social.

2.3.3 Area de Entrenamiento a Padres

Objetivo: proporcionar orientación individual a los padres de los niños con problemas emocionales y/o de aprendizaje con la finalidad de:

- a). Detectar y modificar los factores familiares y ambientales que estén provocando el problema.
- b). Elaborar e instrumentar procedimientos o programas específicos en el hogar y/o escuela para conductas problema.
- c). Supervisar y adiestrar en el medio natural a los padres y/o maestros sobre la consecución de los programas que se establezcan.

El tipo de servicios que se planeó proporcionar para alcanzar los objetivos arriba descritos se muestran en el diagrama número tres.

DIRECCION DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
 DIAGRAMA QUE MUESTRA EL TIPO DE SERVICIOS QUE PROPORCIONARIA CADA UNIDAD DEL
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

AREA PREVENTIVA

AREA TERAPEUTICA

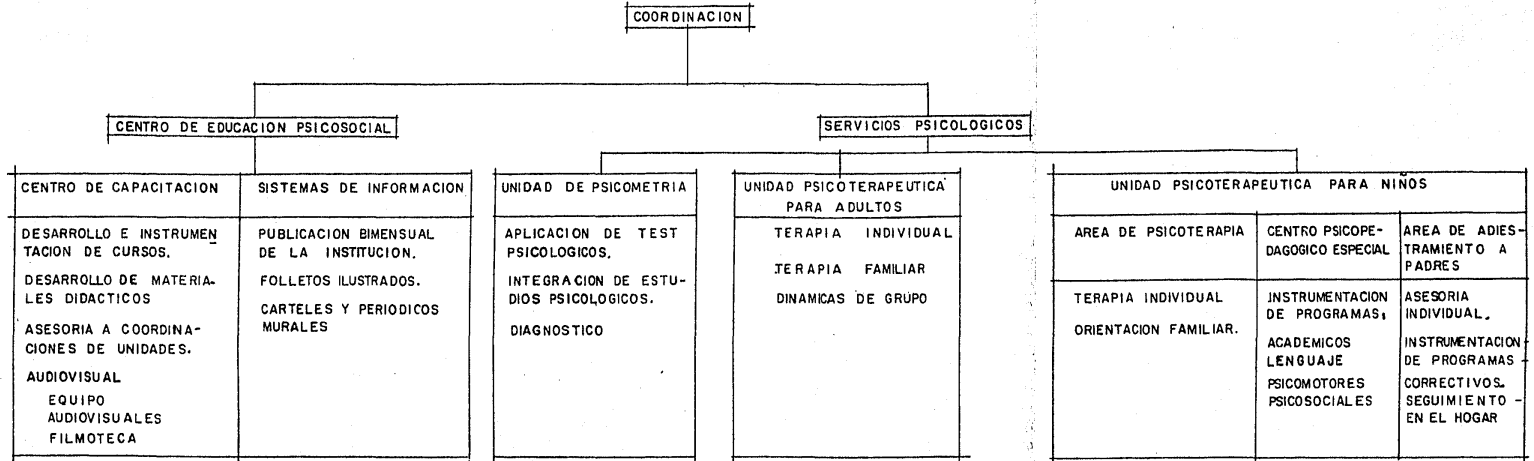


Diagrama No. 3

Para el desarrollo del presente modelo fué necesario que se cumplieran los siguientes pasos:

- a. Que se ubicara al Departamento de Psicología dentro del servicio médico de la Institución.
- b. Que se definieran las funciones generales y específicas del equipo de psicología, tanto en el área preventiva como en la terapéutica.
- c. Que se definieran los criterios de admisión, tratamiento y alta de los pacientes.
- d. Que se establecieran mecanismos de supervisión y control de las funciones definidas y procedimientos estipulados.
- e. Que se analizara y valorara al personal de Psicología con vistas a garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

A continuación se describe cada uno de los anteriores pasos:

Ubicación del Departamento de Psicología dentro de los servicios médicos de la Institución.

Para que se pudiera proporcionar servicios psicológicos de manera efectiva era necesario que el Departamento de Psicología - estuviera ubicado en un nivel desde el cual pudiera lograr una estrecha relación con el área de salud. De preferencia debía estar ubicado junto a los demás servicios asistenciales, con el fin de facilitar al paciente acudir a todas sus consultas.

Otra ventaja más de tal ubicación sería la creación de relaciones de trabajo entre el grupo médico y el de psicología, lo que a su vez favorecería el ejercicio de los servicios integrales de salud.

Definición de las funciones generales y específicas del equipo de Psicología, tanto en el área preventiva como terapéutica.

El equipo de psicología debería estar constituido por el siguiente personal, mismo que se consideraba necesario para proporcionar la atención que se propuso en el modelo que se describió.

Coordinación

- Psicólogo clínico
- Secretaria de la coordinación

Area Terapéutica.

Servicios Psicológicos

Unidad de Psicometría:

- Psicómetra
- Auxiliares de Psicometría
- Trabajadora Social

Unidad Psicoterapéutica Adultos:

- Psicólogo Clínico
- Psicóloga Clínica

Unidad Psicoterapéutica Niños:

- Psicólogo Clínico

Área de Psicopedagogía Especial:

- Maestra Normalista (programas académicos)
- Ortografista (programas de lenguaje)
- Fisioterapeuta (programas psicomotores)
- Estudiante de Psicología (programas psicosociales)

Área de Adiestramiento a Padres:

- Psicólogo Educativo
- Estudiante de Psicología (registro en el medio ambiente)

Área Preventiva:

Centro de Educación Psicosocial

- Psicólogo Educativo
- Dibujante Publicitario
- Secretaria del Centro

El número de horas semanales que trabajaría cada miembro - el equipo, se determinaría según la demanda de servicio.

Las funciones específicas de dicho personal se encuentran definidas detalladamente en el apéndice No. 9.

Las funciones generales del Departamento de Psicología serían las siguientes:

Area Preventiva

Centro de Educación Psicosocial:

a. Planeación, organización y desarrollo de cursos y ciclos de conferencias periódicas a derechohabientes y personal de la Institución. (1)

b. Diseño, programación y edición de folletos educativos y de una publicación bimensual sobre salud física y mental.

c. Coordinación del personal médico y de psicología que participen en cursos, conferencias y publicaciones.

d. Diseño, organización, elaboración y/o selección de los materiales didácticos requeridos para capacitación y publicaciones.

e. Desarrollo y aplicación de instrumentos de evaluación para retroalimentar y reajustar los programas educativos.

f. Detección de necesidades de capacitación e información.

Area Terapéutica

Servicios Psicológicos:

a. Recepción de casos

(1) Los temas de cursos y conferencias se presentan en el apéndice No. 6.

- b. Integración del trabajo que desarrollan los diferentes miembros del equipo de Psicología.
- c. Interacción del equipo de psicología con los médicos - de otras especialidades del servicio médico.
- d. Trabajo con los pacientes.
- e. Actividades docentes.

A continuación se definen, en forma esquemática dichas funciones.

a. Recepción de casos

1. Casos remitidos por médicos generales del Servicio Médico detectados en su consulta diaria.
2. Casos remitidos por médicos especialistas detectados en consulta externa.
3. Casos remitidos por Medicina Preventiva detectados en los servicios de vacunación, nutrición, planificación familiar y pediatría.
4. Casos remitidos por el Departamento de Trabajo Social detectados a través de los estudios socio-económicos o rutinas hospitalarias.

b. La integración del trabajo que desarrollan los diferentes miembros del equipo de psicología, se daría a través de:

1. Contactos personales
2. Discusión de casos en grupo
3. Cursos de capacitación
4. Reuniones de trabajo

c. La interacción del equipo de psicología con los médicos de otras especialidades del servicio médico, se daría a través de:

1. Contactos personales
2. Relaciones de trabajo para llevar casos de manera conjunta.
3. Charlas y cursos.

- d. El trabajo con los pacientes sería el siguiente:
1. Valoración psicológica a través de: Entrevistas, - pruebas psicológicas y cuestionarios.
 2. La localización de los factores que participan en la etiología y en la evolución del problema:
 - I Ambientales
 - II Familiares
 - III Particulares
 3. De acuerdo al diagnóstico de cada caso, proporcionar tratamiento psicológico:
 - I Individual
 - II Grupal o Familiar
 - III Mixto vinculado con los servicios de psiquiatría, neurología u otros.
 4. Evaluación de la evolución de los pacientes en tratamiento a través de:
 - I Expediente psicológico
 - II Pláticas con parientes y amigos
 - III Supervisión de casos
 5. Verificación de la efectividad de los tratamientos psicológicos a pacientes dados de alta, en proceso o desertores, a través de:
 - I Visitas a sus hogares, escuela y/o trabajo
 - II Auditoría a expedientes psicológicos
 - III Aplicación de encuestas de evaluación
 6. Actividades docentes en:
 - I Cursos organizados por el mismo departamento

a pacientes o miembros del equipo.

- II Charlas o conferencias organizadas por el ser vicio médico u otras instituciones.

CRITERIOS DE ADMISION, TRATAMIENTO Y ALTA

Definir los criterios de admisión, tratamiento y alta era de suma importancia, ya que permitirían apreciar cuáles son los alcances y limitaciones de los servicios de psicología, además de permitir evaluar su efectividad. A continuación se define cada uno de ellos.

Criterios de Admisión

El diagnóstico, el índice de severidad, la duración del tratamiento, la estructura familiar, el lugar de residencia y el grado de motivación del paciente, son aspectos que debían tomarse en cuenta para admitir a los pacientes que solicitaban servicios psicológicos. A continuación se presentan algunos lineamientos sobre cada aspecto, producto de la experiencia del equipo de psicología.

a. Diagnóstico

Las conductas agresivas ya sean suicidas o destructivas constituyen un índice general para rechazar a pacientes; estos ca sos extremos se remitan a otros servicios o especialistas pa ra su control durante el estado crítico, pero siempre hacien-

do la recomendación de que no fueran internados en el neuro--psiquiátrico, y que se le controlara con psicofarmacos en hos--pitales generales. Quedaban incluidos en tal política los ni--ños con daño neurológico y retraso mental severo, así como - los cuadros de psicosis franca o depresión aguda, en cuyo ca--so el tratamiento se limitaba al grupo familiar; y al pacien--te sólo si cedía el cuadro psicótico o depresivo. Práctica--mente todos los demás tipos de patología recibían servicio.

b. Índice de Severidad

Fué poco recomendable aceptar casos de psicosis en estado de crisis ya que necesitan de cuidado continuo; lo mismo se pue--de afirmar de las reacciones esquizofrénicas pues presentan a--gresividad y problemas sociales graves. Las reacciones y de--sórdenes de la personalidad, trastornos específicos del apren--dizaje y problemas de inadaptación eran buenos candidatos pa--ra tratamiento dentro del modelo que se discute.

c. Duración del Tratamiento

Este era un factor importante que se debía tomar en cuenta, - ya que afectaba:

1. La capacidad instalada y la demanda de servicios.
2. Los objetivos del equipo de psicología como servicio in--termedio.
3. Las presiones a las que estaba sujeto el Departamento de Psicología en cuanto a los resultados cuantitativos que - exigía la Institución.

d. La Estructura Familiar

Era necesario que existiera un mínimo de motivación y cooperación por parte de los padres para que fuera factible la psicoterapia con niños. Asimismo, era necesario que existiera -- cierta estabilidad en el grupo familiar y que estuvieran dispuestos a aceptar e involucrarse en el tratamiento.

e. Lugar de residencia del paciente

El servicio no cubría el área rural. Sin embargo, había observado que los pacientes que venían de sitios lejanos obtenían mejores resultados quizá porque estaban más motivados. De aquí que el lugar de residencia no era una limitante para su ingreso al servicio, pero sí para el tratamiento, el cual se proporcionaba en forma intensiva y periódica para favorecer su continuidad.

f. Grado de motivación del paciente

Era un criterio básico ya que una atención integral supone -- constancia en la asistencia a consulta, así como una capacidad mínima para desarrollar las tareas que se le proponían.

Criterios de Tratamiento

Los servicios psicológicos debían desarrollarse en un ambiente flexible dentro de ciertas limitaciones necesarias que garantizaran la estabilidad de la organización interna. El tipo de tratamiento o terapéutica que se aplicaría estaría en función del

diagnóstico del caso, el cual no constituiría una etiqueta, sino una amplia descripción de los problemas específicos que presentara el paciente.

En el caso de adultos, el tratamiento estaría dirigido a la readaptación y reubicación del paciente a su comunidad. Esto se podría lograr cuando el paciente lograra una comprensión de su padecimiento y, a través de esto, y con la ayuda del psicoterapeuta, efectuara cambios en la estructura de su personalidad que a su vez le ayudarían a manejar de manera más eficaz su ambiente físico y social.

La unidad de niños estaría estructurada de tal manera que permitiera poner en acción una pedagogía adaptada a cada paciente, una acción concentrada sobre el medio familiar, una psicoterapia específica o una reeducación especializada, por medio de un trabajo en equipo bajo la responsabilidad de un terapeuta responsable del caso.

En el caso de niños, el tratamiento estaría dirigido, fundamentalmente, a favorecer el control de las emociones o su expresión; dependiendo de esto, se elaborarían los objetivos del tratamiento, los cuales deberían prever la incorporación a la escuela lo más pronto posible, y la reducción de ansiedades básicas para que pudiera enfrentarse a la realidad en forma madura y activa de acuerdo a su edad.

A través de psicoterapia individual, orientación a padres, implementación de programas académicos, de lenguaje, de psicomotricidad, psicosociales, instrumentación de programas en el hogar y/o escuela y en algunos casos la participación conjunta de otros especialistas.

El tratamiento sería proporcionado por un equipo que incluiría psicólogos clínicos y educativos, trabajadoras sociales, y otros especialistas, no necesariamente relacionados en forma directa al campo de la salud mental, como fisioterapeutas, maestras y terapeutas del lenguaje.

El equipo se ocuparía de la aplicación intensiva y prolongada de una educación especializada, de una pedagogía escolar adaptada a su caso, de la superación de déficits y de otros problemas específicos que pudiera presentar el paciente; es decir, dependiendo del problema, el niño podría recibir una o más terapias a la vez. Aquí los padres adquirirían gran importancia dentro del tratamiento y, en ocasiones serían tratados de manera individual o bien sólo recibirían orientación.

Criterios de Alta

El proceso de alta implicaría una variedad de juicios por parte del terapeuta y del paciente. El terapeuta debería tomar en cuenta la evolución y seguimiento del paciente para poder evaluar los resultados del tratamiento y prevenir, en lo posible, --

las recaídas. Este tema se desarrolla más ampliamente en el Capítulo IV. Por ahora, bastará con definir en forma esquemática los criterios de alta positiva, negativa y de deserción.

El alta positiva se daría cuando:

- a. Las metas u objetivos del tratamiento se hubieran alcanzado.
- b. Cuando la perturbación no requiriera ya de una atención constante y pueda ser superada en el ambiente natural.
- c. Cuando se hubiera controlado y superado los problemas por los que llegó el paciente aunque no hubiera cubierto los objetivos óptimos definidos al inicio del tratamiento.

Los criterios de alta negativa se darían cuando:

- a. El paciente no hubiera dado signos de mejoría después de un largo período de tratamiento y se le daría de alta por tener pocas probabilidades de mejoría. Habría dos caminos para estos casos: Convivir con la familia a un nivel mínimo de ajuste o bien canalizarlo a un centro especializado.
- b. Cuando el paciente no hubiera mostrado cambio alguno a partir de su ingreso al tratamiento, cuando faltara continuamente a sus citas y se observara poca o nula motivación para realizar las tareas que se le pidieran.
- c. Cuando el paciente no regresara a continuar su tratamiento, a este tipo de caso se le llama Alta Negativa por Deserción.

MECANISMOS DE SUPERVISION Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS

Procedimientos

Para garantizar el buen funcionamiento de las diferentes unidades y sub-áreas del Departamento de Psicología, el personal debía cubrir ciertas actividades básicas:

- a. El movimiento de pacientes de una a otra área
- b. Rendir informes periódicos
- c. Responsabilizarse de ciertas tareas

Todo esto permitiría, además, que la coordinación del Departamento, conociera la efectividad del servicio y retroalimentara al personal sobre su ejecución y que emprendiera acciones dirigidas a aumentar la capacidad del servicio de acuerdo a la demanda, que investigara nuevos procedimientos terapéuticos de acuerdo a la incidencia y prevalencia de los trastornos conductuales y que tuviera los fundamentos para solicitar los recursos humanos y materiales que fueran necesarios.

Para obtener dicha información y supervisar el adecuado funcionamiento de los servicios de Psicología, el equipo debía seguir las siguientes actividades básicas:

FORMA (1)

- a. El movimiento de pacientes de una a otra área
 1. Atender periódicamente al paciente

6.1

(1) Véase el Anexo

FORMA

2. Registrar su evolución por sesión 3.1.3 y 4.1.2
3. Si el paciente era dado de alta positiva:
- I Remitirlo a psicometría para evaluar los resultados del tratamiento
 - II Elaborar un resumen de la evaluación de acuerdo a los estudios realizados antes y después del tratamiento
 - III Enviar expediente psicológico al archivo general para auditoría y control estadístico
4. Si el paciente era dado de alta negativa o deserción:
- I Elaborar un resumen de las causas de acuerdo a su evolución y al reporte de visitas de la trabajadora social
 - II Enviar el expediente psicológico al archivo general para auditoría y control estadístico

en 1.2 de 6.2
y 6.3

6.1

en 1.2 de 6.2
y 6.3

6.1

b. De Información y Estadística

Reporte a	Periodicidad	Descripción
Servicio Médico	Diario	Control diario de Psicología, forma 6.6 (Informe analítico de actividades realizadas)
Coordinación	Mensual	Informe de pacientes atendidos, especificando: nom

bre, número de afiliación y fechas de consultas recibidas por paciente, así como inasistencias, todo lo anterior con fines estadísticos y para la distribución de trabajo.

Expediente de Psicología	Por sesión	Anotaciones de psicoterapia, formas 4.1.2 y 3.1.3. (Notas que permiten al psicoterapeuta seguir la evolución de la terapia, así como llevar a cabo la evaluación de alta y auditoría.)
Expedientes de salud y psicológico	Al ingreso del paciente	Forma 1.2, únicamente se anotaba: 1. Diagnóstico psicológico 2. Tratamiento indicado 3. Transferencias a otros especialistas
Expedientes de salud y psicológico	A la alta del paciente	Forma 1.2, únicamente se anotaba: 1. Fecha de ingreso y alta 2. Número de sesiones re-

cibidas

3. Resultados del tratamiento, si era alta positiva, logros; si era negativa o deserción, causas o motivos.

Los reportes de información y estadística que se utilizarían permitirían que la Institución conociera el trabajo que se estaba desarrollando y que llevara sus propias estadísticas de acuerdo a los parámetros cuantitativos que utilizaba.

Al mismo tiempo, el Departamento de Psicología contaría con información de tipo cualitativo que le permitiría llevar a cabo una adecuada planeación de los servicios psicológicos.

Por otro lado, dicho sistema haría posible el abordar los problemas en forma interdisciplinaria.

Es importante señalar que toda la información acerca de los aspectos psicológicos del paciente se encontrarían en el expediente de psicología; en el expediente de salud del servicio médico sólo aparecería información muy breve; incluso el diagnóstico se especificaría sólo con el número de la clasificación cubana. Esto se pensó con la finalidad de que la información acerca de los pacientes fuera lo más confidencial posible, situación que no sería posible mantener en el expediente de salud ya que todo -

el personal administrativo del servicio médico tenía acceso a él y con frecuencia se cometían indiscreciones sobre dicha información. Por lo anterior se decidió manejar dos expedientes y mandar, en sobre cerrado, con carácter de confidencial a los especialistas involucrados en el caso, los reportes de los estudios psicológicos y, si era necesario para ampliar su información, ellos mismos podrían solicitar el expediente de psicología.

c. Responsabilidades del personal del Departamento de Psicología de Psicómetras y Auxiliares

1. Cubrir las actividades que corresponderían a la Unidad de Psicometría, especificadas en el flujograma de pacientes de nuevo ingreso (véase el apéndice No. 7).
2. Realizar estudios psicológicos a pacientes en un período no mayor de dos semanas.
3. Solicitar a Trabajo Social la realización de estudios socio-ambientales y visitas de seguimiento.
4. Elaborar el informe del estudio psicológico (a máquina)
5. Canalizar a los pacientes que terminaron su estudio a los terapeutas adecuados.
6. Inscribir a los pacientes en los cursos que impartiría el mismo departamento.
7. Reportar a los pacientes que no hubieran terminado su estudio, elaborando un resumen de posibles causas.
8. Solicitar y regresar a la coordinación, los expedientes de los pacientes a su cargo.
9. Extender orden de consulta a cada paciente de acuerdo al

horario asignado.

De Psicoterapeutas

Al ingreso del paciente:

1. Cubrir las actividades que corresponderían a psicoterapeutas, específicas en el flujograma de pacientes de nuevo ingreso (pasos 1, 3 y 5).
2. Proporcionar asesoría a la Unidad de Psicometría.
3. Revisar que el reporte de estudio psicológico que elaboraría Psicometría, estuviera correcto y completo.
4. Indicar, cuando el caso lo ameritara, exámenes complementarios, de

Niños:

- Estudio socio-ambiental
- Examen pediátrico general
- Examen neurológico pediátrico
- Examen de audición y de lenguaje
- Examen paidopsiquiátrico
- Examen oftalmológico y optométrico

Adultos:

- Evaluación y control psiquiátrico
- Estudio médico general
- Estudio neurológico
- Estudio endocrinológico
- Estudio oftalmológico y optométrico
- Estudio de audiología
- Estudio socio-ambiental

5. Enviar reporte de estudio psicológico, en sobre cerrado, al profesional que hubiera remitido al paciente y a los especialistas involucrados en el caso.

Tratamiento del paciente:

1. Proporcionar una atención integral al paciente, trabajando conjuntamente con otros miembros del equipo o especialistas.
2. Hacerse responsable de cada uno de los pacientes que atendiera, conservando un nivel de motivación y un trato afable y de interés hacia el paciente.
3. Extender la orden de consulta a cada paciente de acuerdo al horario asignado.
4. Mantener los expedientes a su cargo, con toda la papelería y sus anotaciones especificadas.
5. Enviar a reevaluación psicométrica a pacientes que se considerara que debieran ser dados de alta y elaborar un resumen comparativo de los estudios realizados antes y después del tratamiento, para ver si procede o no.
6. Incluir en el expediente de salud la forma 1.2, especificando: Número de diagnóstico, tratamiento indicado, transferencias a especialistas y estudios complementarios.
Al finalizar el tratamiento, resumir los resultados y tipo de alta.

Otras responsabilidades

1. Asistir a juntas

2. Participar en las sesiones de discusión de casos
3. Asistir a cursos de capacitación
4. Dejar en su lugar y orden el material que se utilice

EVALUACION DEL EQUIPO DE PSICOLOGIA Y LA EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

La evaluación de la efectividad de los tratamientos psicológicos, podría representar serias dificultades por las siguientes razones:

a. No podrían aplicarse formas de evaluación estandarizadas en tratamientos que incluyeran diferentes técnicas terapéuticas.

b. Los estudios de seguimiento y las variaciones en los resultados de la evaluación podrían deberse a factores distintos, entre ellos:

1. Efectos del post-tratamiento
2. Cambios debidos al paso del tiempo
3. Cambios en el medio ambiente del paciente

c. Los instrumentos que se diseñaron, muchas veces no medirían lo que se pretendía medir.

Por otro lado, como los servicios psicológicos se proporcionarían dentro de una Institución, muchas veces las evaluaciones estaban sujetas a políticas administrativas, más que a razones clínicas, y serían más bien de tipo cuantitativo que cualitativo.

Esta situación podría tener serias implicaciones, ya que - por ejemplo, se podrían tomar como único parámetro de alta positiva, el número de sesiones que recibiera el paciente y esto no garantizaría que hubieran tenido una rehabilitación real. Sin embargo, a pesar de las dificultades que podría presentar la evaluación y seguimiento de los pacientes no se deberían dejar de lado, ya que se consideraron fundamentales para la retroalimentación del personal y para garantizar la calidad de los servicios psicológicos que se prestaban. Un sistema de auditoría psicológica pondría las bases para que las funciones fueran realizadas en una forma efectiva y ética.

Concretamente los fines de la auditoría psicológica serían:

- a. Estimular el crecimiento del profesional.
- b. Estimular el desarrollo de habilidades clínicas del psicólogo.
- c. Contribuir al desarrollo de técnicas psicológicas y a seleccionar métodos, materiales y equipo.
- d. Conocer la calidad de los servicios que se imparten .
- e. Desarrollar métodos para mejorarlos.

El material a partir del cual se llevaría a cabo una auditoría psicológica podría ser: El expediente psicológico, las encuestas y los cuestionarios aplicados antes y después del tratamiento.

El procedimiento para llevar a cabo dicha auditoría en los

expedientes psicológicos, sería el siguiente:

1. Revisión de la papelería (formas, etc.)
2. Evaluación subjetiva del trabajo clínico del psicólogo (de 0 a 100 puntos).
3. Evaluación subjetiva del trabajo realizado por los ~~ser~~ servicios complementarios de medicina y trabajo social (se hacía o no).

La revisión de los expedientes comprendería el examen de -
la siguiente documentación:

	Formas (ver anexo)
1. Historia personal	2.1, 3.1 y 4.1
2. Proceso psicodiagnóstico	2.3, 3.1.2 y 4.1.1
3. Diagnóstico	1.3
4. Exámenes complementarios	3.1.2 y 4.1.1
5. Anotaciones de psicoterapia	3.1.3 y 4.1.2
6. Trabajo Social	3.5 y 4.4
7. Presentación	

Los resultados de la auditoría, en el expediente psicológi-
co, permitirían conocer:

1. Si fué adecuado el estudio del paciente y si fueron correctos los diagnósticos presuncionales y definitivos. Para ese fin, la historia personal y el material de exploración (protocolos de pruebas psicológicas) y la integración del psicodiagnóstico, darían la base para formar un concepto preciso y completo del caso (véase Anexo, Formas 2.1, 3.1 y 4.1)

2. Si fué apropiada la terapéutica psicológica, a juzgar de las anotaciones de consulta y psicoterapia, o bien, si hubo fallas por exceso o defecto de interpretación, por involucración en la situación del paciente, por inadecuación de los intervalos entre sesiones y/o consultas (véase Anexo, Formas 3.1.3 y 4.1.2).
3. Si las consultas y canalizaciones a especialistas (electroencefalografía, audiología, etc.), fueron adecuadas y oportunas, tanto por lo que se refiere a las solicitudes, como a los estudios de los especialistas y sus respuestas. Esa información se podría obtener de las anotaciones de exámenes complementarios y a partir de ella valorar si fueron pertinentes o no, si hubo exceso o defecto en la petición de los mismos y si los resultados fueron congruentes con el caso clínico (véase Anexo, Formas 3.1.2 y 4.1.1).
4. Si a raíz del punto 3 el caso fué derivado para terapéutica médica, en caso de que lo ameritara. Si fué a tiempo o tardamente, si el paciente fué abandonado o perdido en su tratamiento psicológico o si fué tratado en equipo. Se valora este importante renglón interprofesional en las anotaciones de terapéutica médica (véase Anexo, Formas 3.1.2 y 4.1.1).
5. Lo mismo que el punto 4 en relación a trabajo social (véase Anexo, Formas 3.5 y 4.4)

6. Si el tiempo transcurrido en el estudio fué el necesario o si hubo exceso o defecto. Si el tiempo de consulta y/o sesiones de psicoterapia, así como su duración fueron los necesarios.
7. Si, en general, la presentación del expediente fué pulcra, su redacción correcta y la nomenclatura usada correspondió a la adoptada por el Departamento (G.C.8).

Esta forma de auditoría psicológica se instrumentó según lo recomienda Coehn De Govia (1975).

Un procedimiento paralelo a la revisión de expedientes sería la evaluación a través de encuestas y la comparación de respuestas a cuestionarios aplicados antes y después del tratamiento.

En el caso de los adultos dados de alta se aplicaría una encuesta y una escala de auto-evaluación conductual (1 y 2).

1. La encuesta abarcaría los factores que de una u otra manera podrían influir en el tratamiento como: Frecuencia de sesiones, características del psicoterapeuta, obstáculos para continuar el tratamiento, trato por parte del personal y apreciación por parte del paciente sobre la efectividad del tratamiento recibido (véase Anexo, Forma 6.2).

- (1) La encuesta fué elaborada por el equipo de psicología (1979).
- (2) La escala de auto-evaluación conductual fué reproducida con cambios y adiciones al que presentan Cautela y Cols (1976).

2. Las escalas de autoevaluación conductual se aplicarían al inicio y al final del tratamiento, permitiendo conocer los logros obtenidos a través de la comparación de las necesidades que presentaba el paciente antes y después del tratamiento. Dichos instrumentos se aplicarían durante la visita de seguimiento que realizaría la trabajadora social de la unidad de Psicometría, a la casa del paciente; lo anterior permitía, por un lado, que el paciente contestara los cuestionarios sin la presión del psicoterapeuta y, por otro, que la trabajadora social estuviera en condiciones de observar directamente, si era posible, el efecto del tratamiento.

En el caso de niños se aplicaría una evaluación psicopedagógica al inicio y al final del tratamiento. La evaluación abarcaba: Control instruccional, atención, imitación, autocuidado, socialización y aspecto emocional. En los niños de edad escolar: Formación de conceptos, lenguaje, lectura, escritura, aritmética y ciencias naturales (véase la forma 3.2) (1). Ambas evaluaciones debían ser aplicadas por psicómetras o auxiliares, con la finalidad de que las expectativas de los psicoterapeutas no influ-

(1) Este instrumento fué reproducido con adiciones de las listas de desarrollo elaboradas por Rayek, E., Galván M.A., Ortega, S. y Reyes J.L. y complementadas con las formas de evaluación del Centro de Estudios de Psicología Humana.

yeran sobre la evaluación del resultado. Esta evaluación se complementaría con un reporte que presentaría trabajo social, el cual abarcaría registros y observaciones llevadas a cabo en el ambiente familiar y escolar durante la etapa de seguimiento.

Los resultados de la aplicación de encuestas y cuestionarios permitía conocer, entonces:

1. Si las expectativas del paciente sobre el tratamiento habían sido cubiertas.
2. Si los logros reales obtenidos por el tratamiento, permitían al paciente manejar más efectivamente su medio ambiente.
3. Si el equipo de psicología estaba cubriendo sus funciones en forma adecuada, eficiente y ética.
4. Si los procedimientos instrumentados por el personal, eran los más adecuados.

C A P I T U L O I V

INSTRUMENTACION DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

En el presente capítulo se describe, en forma cronológica, la manera en que se instrumentaron los servicios psicológicos en la Dirección de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

ESTABLECIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

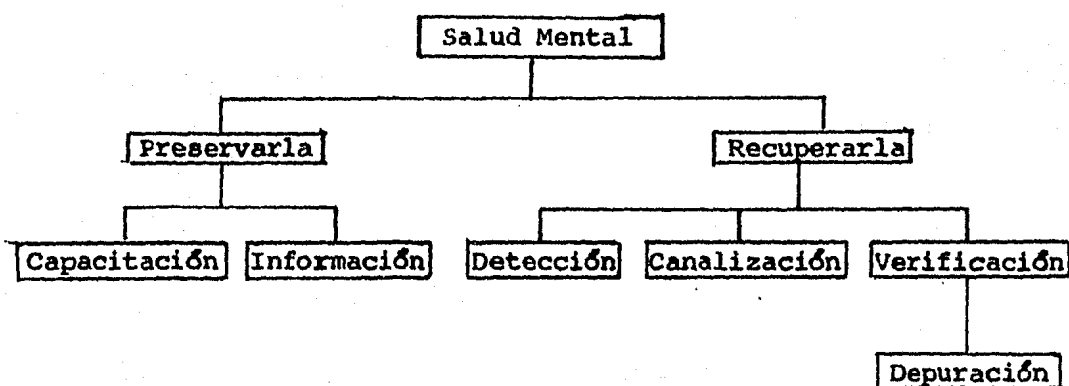
En mayo de 1977, la Institución solicitó se hiciera una investigación exploratoria para conocer la efectividad de la detección y tratamiento de las enfermedades mentales que llevaba a cabo el servicio médico de la Institución, en aquel entonces. La necesidad de dicha investigación surgió como producto de las continuas quejas por parte de los derechohabientes que eran remitidos, continuamente, con diferentes especialistas sin que se observara un cambio positivo en los problemas que presentaban. Por otro lado, las erogaciones que hacía la Institución por este concepto eran muy altas ya que subrogaban dichos servicios a profesionistas que trabajaban en forma privada (neurólogos, psiquiatras, psicómetras y escuelas de educación especial).

Como primera etapa de esta investigación, se procedió a elaborar un estudio de la incidencia y tipo de trastornos de conducta que presentaba la población derechohabiente. Asimismo se investigó el número de canalizaciones hechas a especialistas y el

número de pacientes dados de alta, reportados como rehabilitados. Los resultados de dicha investigación se encuentran reportados en la primera parte del Capítulo III de la presente Tesis.

A partir de los resultados de dicho estudio se planteó la necesidad de crear un Departamento de Psicología, dentro de los servicios médicos, que tendría como propósito tanto la prevención como la recuperación de la salud mental de los derechohabientes.

Los servicios generales que proporcionaría el Departamento de Psicología se muestran en el diagrama siguiente:



Para poder ofrecer dichos servicios primero se establecieron los objetivos específicos y la operacionalización de los mismos.

Objetivos del Departamento de Psicología

a. El Departamento de Psicología, con ayuda de otras institucio-

nes y departamentos, trataría de preservar la salud mental de los derechohabientes a través de programas educativos mediante un Centro de Capacitación, el cual organizaría: Cursos, - conferencias, mesas redondas, debates, audiovisuales, etc.

b. El Departamento de Psicología, con ayuda de otras instituciones y departamentos, crearía la necesidad en los derechohabientes de atender su salud mental, dando a conocer la importancia de la misma, induciéndolos, al mismo tiempo, a capacitarse. Esto se lograría a través de sistemas de información, como:

- Folletos cortos ilustrados.
- Un periódico o boletín informativo editado en forma periódica.
- Mensajes audiovisuales en las salas de espera.
- Campañas motivacionales.

c. El Departamento de Psicología detectaría a los derechohabientes con problemas de conducta, que acudieran por sí mismos, y/o con la ayuda de los servicios médicos y de trabajo social a través de entrevistas, consultas, servicios de medicina preventiva y estudios socio-económicos. Las fuentes de detección serían:

1. El médico general o especialista, en su consulta diaria.
2. El Depto. de Medicina Preventiva, dentro de los servicios que ofrece de inmunizaciones, prevención de enfermedades

infectocontagiosas y planificación familiar.

3. El Depto. de Trabajo Social, en los estudios socio-económicos que realiza para afiliación y vigencia de derechos, así como en sus rutinas hospitalarias y visitas domiciliarias.
- d. El Departamento de Psicología canalizaría a los derechohabientes con problemas de conducta, a los especialistas o terapeutas indicados, elaborando previamente un estudio psicológico que abarcara: Historia de desarrollo, exámenes psicométricos y un estudio socio-ambiental, con la finalidad de dar un diagnóstico acertado, así como la información necesaria para que los pacientes recibieran la terapia adecuada a su problema.

Para la elaboración de dichos estudios era necesario diseñar un expediente psicológico para cada paciente. Los pasos a seguir serían:

1. Elaborar una historia de desarrollo, lo más completa posible.
2. Seleccionar una batería de exámenes psicológicos que exploraran: Coeficiente intelectual, rasgos de personalidad, dinámica familiar, etc., cuyos resultados debían integrarse de una manera eficiente que permitiera a los terapeutas tener la información necesaria para dar la terapia adecuada.
3. Elaborar un estudio socio-ambiental en aquellos casos en que el ambiente fuera el directamente responsable de los

desajustes del paciente, para tomarlo como marco de referencia en la adecuación y cauce de la terapia elegida.

Dicha información se resumiría en un reporte, el cual se incluiría en el Expediente de Salud del Paciente.

e. El Departamento de Psicología verificaría por sí mismo y con la ayuda de Trabajo Social y Servicio Médico, que los derecho habientes con problemas de conducta, hubieran recibido una terapéutica adecuada y efectiva

Esta evaluación o verificación se llevaría a cabo a través de:

- 1) Entrevistas para conocer la opinión del paciente y observar sus cambios (cuando éste último fuera posible).
- 2) Aplicar una segunda batería de exámenes psicológicos que permitieran conocer los avances logrados por el paciente.
- 3) Visitas domiciliarias de la Trabajadora Social, para conocer las opiniones de familiares y compañeros y observar la conducta del paciente.

Dicha información serviría para hacer una evaluación de la efectividad de los tratamientos proporcionados por los diferentes profesionales a los cuales se les subrogaban sus servicios.

f. De acuerdo a las evaluaciones realizadas, el Departamento de Psicología depuraría el tipo de servicios subrogados y sugeriría la contratación de mejores servicios.

Para que este proyecto pudiera funcionar, se hicieron las siguientes recomendaciones:

- Informar a los derechohabientes sobre los servicios que proporciona la Institución y de los trámites que deberían hacerse para recibir dichos servicios, por medio de un folleto corto ilustrado.
- Crear un Centro de Informes para canalizar adecuadamente a los derechohabientes a los distintos servicios.
- Hacer un señalamiento visible y claro de la ubicación de los servicios.
- Desarrollar un sistema eficiente entre especialistas para coordinar la detección y canalización de pacientes dentro del servicio médico.
- Impartir cursos de relaciones humanas al personal de la Institución.
- Informar al personal médico y administrativo sobre los servicios que brindaría el Departamento de Psicología.

PRIMERA ETAPA (AGOSTO - DICIEMBRE 1977)

Instrumentación del Departamento de Psicología

El proyecto fué aceptado por las autoridades de la Institución en agosto de 1977. Se contrató, al principio, a una psicóloga cuya función era crear la infraestructura del Departamento que consistía en:

- a. Elaborar el expediente de Psicología.
 - b. Seleccionar, elaborar y/o reproducir los protocolos de exámenes psicológicos y adquisición de los mismos.
 - c. Diseñar y coordinar el acondicionamiento físico del Departamento.
 - d. Establecer los mecanismos de coordinación entre personal médico y el Departamento de Psicología.
- a. Para integrar el expediente psicológico se procedió a elaborar una serie de formas que permitieran unificarlos. Dado que la edad de los pacientes determinaba el tipo de información a recolectar, se elaboraron tres tipos de expediente para:
- Infantes (de 0 a 3.6 años)
 - Niños (de 3 a 14 años)
 - Adultos (de 15 años en adelante)
1. En el caso de los Infantes se elaboró una forma para recolectar, durante la primera entrevista, sus datos más importantes: Relación de los padres con el niño, conducta -

motriz, conducta de lenguaje, conducta de juego, conducta de autocuidado, conducta emocional e historia de salud; - también se incluyó un inventario preliminar de conductas motoras, adaptativas, de lenguaje y social (véase el Anexo, Forma 2.1). El expediente también contenía formas para realizar un registro evolutivo de las conductas que debía presentar el niño de las 4 a las 56 semanas y de los 15 a los 42 meses (1) (véase el Anexo, Forma 2.2). Para resumir la información recolectada, se elaboró un reporte que debía ser incluido en el expediente de salud y remitirse copias a los profesionales que intervendrían en el caso. Dicho resumen o "Caracterización Sumaria y de Valoración" contenía: Las desviaciones físicas, sociales, de conducta y la clasificación diagnóstica, así como un coeficiente de madurez y las características de rendimiento obtenidas en las áreas: Motriz, adaptativa, de lenguaje y social. Esta forma permitía, por un lado, tener un resumen de los datos más importantes y, por otro lado, apreciar la evolución del paciente a través de una evaluación periódica de su desarrollo (véase el Anexo, Forma 2.3).

2. En el caso de los niños (de 3 a 14 años) se elaboró una historia de desarrollo que exploraba aspectos tales como:
 - Concepción y embarazo
 - Nacimiento
 - Historia de salud

(1) Reproducido del Diagnóstico de Desarrollo de Arnold Gesell.

- Sueño
- Alimentación
- Control de esfínteres
- Desarrollo motor
- Lenguaje
- Historia escolar
- Disciplina
- Eventos familiares
- Rasgos de la personalidad y de conducta
- Movimientos motrices
- Áreas de conflicto; hogar, escuela y en otros -
lugares.

Dicha forma también incluía un registro de conductas (1) relacionadas con:

- Cuidado personal
- Comunicación
- Habilidades inter-personales (véase Anexo, Forma 3.1.1).

Estas formas fueron diseñadas para ser llenadas por los padres. Se buscó la manera de que escribieran lo menos posible y que, al mismo tiempo, la información fuera específica y completa. Los padres sólo tenían que subrayar, en la mayor parte de la historia, aquellos problemas que presentara su hijo y marcar con una señal (✓), si el niño presentaba o no las

(1) Reproducido de Ribes Iñesta, "Técnicas de Modificación de Conducta", México, Ed. Trillas, 1977.

conductas especificadas en el registro (véase el Anexo, forma 3.1).

3. En el caso de los adultos (de 15 años en adelante) se elaboró una historia personal que exploraba aspectos tales - como:

- Motivo de consulta
- Historia de salud
- Antecedentes familiares
- Sueño
- Alimentación
- Desarrollo
- Historia escolar
- Historia familiar
- Vida matrimonial
- Relaciones laborales
- Relaciones amistosas
- Actividades generales e intereses

Esta forma debía ser llenada por el psicólogo (véase el Anexo, Forma 4.1).

Para resumir la información recolectada en entrevistas y exámenes psicológicos, así como los producidos por estudios complementarios, tanto en los casos de niños como en los de adultos, se elaboraba un informe para ser incluido en el expediente de salud y remitir copias del mismo a los profesionales que intervendrían en el caso. Dicho resumen o "Estudio Psicológico" contenía la siguiente información:

- Cooperación general del paciente y observaciones del

- psicólogo, ante situación de entrevista y pruebas
- Descripción de la personalidad
 - Aspectos intelectuales
 - Aspectos emocionales
 - Aspectos expresivos de conducta
 - Integración de los hallazgos
 - Sumario y conclusiones
 - Recomendaciones o indicaciones del tratamiento
 - Diagnóstico (inicial y definitivo)
 - Anotaciones clínicas importantes encontradas en el Expediente de Salud
 - Resultados de exámenes complementarios (endocrinólogos, electroencefalográficos, neurológicos, psiquiátricos y socio-ambientales)
 - Indicaciones de educación psicosocial como aspecto preventivo

Esta forma permitía hacer un resumen de los datos más importantes y además servía como instrumento de comunicación entre especialistas para coordinar sus acciones, así como para evaluar posteriormente, el trabajo del equipo de psicología (véase el Anexo, Forma "Estudio Psicodiagnóstico" 3.1.2 ó 4.1.1).

En los tres tipos de expediente, se incluía una forma donde el psicoterapeuta debía hacer las anotaciones más importantes de las sesiones de psicoterapia y debía contener: Fecha, duración de la sesión, síntesis de la sesión y consideraciones para la siguiente. Dicho registro tenía como objetivo -

que el terapeuta siguiera la evolución de la terapia y, por o
tro lado, facilitar la comunicación entre los profesionales -
que intervendrían en el caso. También serviría, posteriormen
te, para evaluar el trabajo realizado por el equipo de psico-
logía (véase el Anexo, Forma "Anotaciones de Psicoterapia" --
3.1.3 ó 4.1.2).

b. En cuanto a la selección, elaboración y/o reproducción los -
protocolos de exámenes psicológicos y a la adquisición de los
mismos, se llegó a lo siguiente:

1. Infantes:

- Diagnóstico de Desarrollo de Arnold Gesell

2. Niños:

- Examen Psicomotor de Vayer (psicomotricidad), (Forma -
3.4)
- Test Visomotor de Bender (madurez y organicidad)
- Test de la Figura Humana de Harris Goudenough (C.I)
- Escala de Inteligencia para Niños de David Wechsler -
(C.I)
- Test de Apercepción Temática para Niños (personalidad)

3. Adultos:

- Test Gestálico Bender (organicidad y personalidad)
- Test de la Figura Humana de Machover (persqnalidad)
- Inventario Multifásico de la Personalidad
- Test de Apercepción Temática para Adultos (personali--
dad)
- Escala de Inteligencia de David Wechsler para Adultos

- Test de Dominós de Anstey (C.I.)

Estas baterías se fueron modificando gradualmente a través de eliminar algunos exámenes que no funcionaban y agregar otros que se consideraban más efectivos, como se verá más adelante.

c. El siguiente paso fué diseñar el acondicionamiento físico del Departamento de Psicología. La institución construyó un salón de 8 X 5 Mts. junto a los consultorios médicos, el cual servía como salón para impartir cursos y conferencias y, al dividirse en dos (a través de una puerta corrediza), se podían realizar entrevistas y exámenes psicométricos en forma individual o de grupo. Además se dispuso de cuatro consultorios médicos.

d. Por último, se establecieron los mecanismos de coordinación entre personal médico y el Departamento de Psicología. Se llevaron a cabo pláticas para el personal administrativo y entrevistas individuales con médicos, con el fin de informar sobre los servicios que prestaría dicho departamento y las rutinas de canalización de pacientes.

Los mecanismos que se establecieron fueron los siguientes:

1. Los pacientes remitidos por servicio médico serían canalizados al Departamento de Psicología a través de una forma de "Transferencia de Servicios" en la cual se especificaban los datos generales del paciente, probable diagnóstico y observaciones.

2. El paciente solicitaría una "Orden de Consulta" para Psicología en las ventanillas dedicadas a ello. Solamente la solicitaría la primera vez que acudiera al servicio; sus consultas posteriores serían manejadas directamente por la recepción del Departamento de Psicología para evitarle molestias (hacer grandes colas, acudir a determinados horarios, resistencia para solicitar el servicio de Psicología, etc.).
3. La evaluación que se realizaba a los pacientes, así como las indicaciones de tratamiento, se integrarían al expediente de salud para que el personal médico tuviera acceso a dicha información, de tal manera que se pudiera coordinar las acciones terapéuticas. Para tal fin, se elaboró una forma especial de "Rehabilitación Integral" para ser incluido en el expediente de salud (véase el Anexo, Forma 1.2).

SEGUNDA ETAPA (1978)

En enero de 1978 el Departamento de Psicología comenzó a proporcionar servicios a la población derechohabiente.

El personal con el que contaba el Departamento en ese momento, era el siguiente:

- Una psicóloga
- Una recepcionista
- Tres estudiantes de psicología que prestaban su servicio social

Las actividades que se desarrollaron fueron básicamente de evaluación y canalización de pacientes a especialistas (neurólogos, psiquiatras, psicólogos y educación especial). Para llevar a cabo dicha evaluación, los pacientes eran entrevistados por un psicólogo y remitidos a psicometría en donde se les aplicaba una batería de pruebas psicológicas; al terminar de revisar las pruebas, psicometría integraba los resultados en un informe, el cual era incluido en el expediente de salud. Se remitía al paciente a los especialistas que intervenían en el caso; a éste último se le enviaba una copia del informe o estudio psicológico del paciente. Las formas y pruebas psicológicas que se utilizaron en dichas evaluaciones, fueron las diseñadas durante la primera etapa, que ya se mencionaron al inicio del presente capítulo.

Sin embargo, no fué posible llevar a la práctica, en toda-

su extensión, el proyecto presentado al inicio, ya que la ciudad de Chihuahua no contaba con personal calificado que brindara los servicios que se solicitaban en las áreas de Psicoterapia, educación especial y orientación psicológica; de aquí que se haya propuesto a la Institución contratar el personal que proporcionara dichos servicios dentro del mismo Departamento.

En abril de 1978 se contrataron dos psicólogos e ingresaron más estudiantes de psicología a prestar su servicio social. Con el ingreso de dicho personal, los recursos humanos con que contó el Departamento fueron los siguientes:

AREA	PERSONAL	HORAS DIARIAS
Coordinación:	Una Psicóloga	7
	Una recepcionista	6
Psicometría:	Cinco estudiantes de psicología	3
Psicoterapia:	Un psicólogo para niños	6
	Un psicólogo para adultos	6
	Un psiquiatra	2
Programas Educativos:	Un estudiante de psicología	3
Servicios de Apoyo:	Una trabajadora social	6
	Dos estudiantes de psicología (1)	2

(1) Su función era tomar registros en la escuela y en el hogar, así como retroalimentar los programas correctivos establecidos.

También fué necesario cambiar los servicios a un lugar más amplio. El equipo físico con que contó el Departamento de Psicología durante 1978, fué el siguiente:

<u>Unidades Operativas</u>	<u>Espacios Físicos</u>	<u>Número</u>
Coordinación	Oficina	1
	Recepción y sala de espera	1
Unidad de Psicoterapia	Consultorios	3
Unidad de Psicometría	Cubículos	3
Centro de Educación		
Psicosocial	Sala para capacitación	1

El horario de servicio era de 9 a 15 horas de lunes a viernes.

Para garantizar en lo relativo al área terapéutica, el buen funcionamiento de los servicios de psicología, fué necesario establecer los procedimientos a seguir en la evaluación y tratamiento de los pacientes y además contar con personal capacitado. Para lograrlo, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- a. Se elaboró un Manual de Procedimientos el cual contenía la siguiente información:
 1. Actividades secuenciales que deben llevarse a cabo al ingreso del paciente (véase el Apéndice 7).

2. Actividades básicas del personal (1) sobre:

- Movimiento de pacientes
- Información y estadística

3. Responsabilidades del personal (1)

- De Psicómetras y auxiliares
- De Psicoterapeutas

4. Apéndices:

- Instrucciones sobre el orden que deben presentar los expedientes psicológicos; uso y manejo de formas.
- Instrucciones sobre algunas formas de aplicación psicométrica.

b. Se instituyó un programa de capacitación permanente, de una hora diaria, a los estudiantes de psicología que prestaban su servicio social, impartido por los psicólogos de mayor experiencia. Además, se formó una pequeña biblioteca y un banco de referencias bibliográficas para consulta del personal de Psicología.

Por otro lado, se vió la necesidad de afinar y reforzar los mecanismos para una mejor integración del servicio de psicología con el servicio médico de la Institución. Esto se llevó a cabo por medio de juntas con personal médico, enfermeras y trabajadoras sociales; en dichas reuniones se unificaron rutinas y críte

(1) Su descripción se encuentra en "Mecanismos de Supervisión y Control de Procedimientos", en la Segunda Parte del Capítulo III.

rios para la detección y canalización de pacientes para lo cual se editó internamente, el glosario cubano, que describe las diferentes enfermedades mentales.

Dentro del área preventiva se impartieron cursos y conferencias a:

- Madres de familia sobre manejo de niños, con fines preventivos y de tratamiento
- A trabajadoras sociales y educadoras sobre desarrollo infantil, con fines de detección y canalización de pacientes
- A personal administrativo del servicio médico, sobre relaciones humanas

El curso a madres de familia sobre manejo de niños se impartía una vez al mes. La duración era de cuatro días; tres horas diarias. El cupo máximo era de 25 personas. Asistían a dicho curso las madres derechohabientes y algunos padres, que eran remitidos por pediatría, medicina preventiva, trabajo social o por el departamento de psicología cuando se les indicaba como parte del tratamiento de sus hijos. El curso era impartido por el personal de psicología y servicio médico. El material didáctico que se utilizaba fué desarrollado por el mismo personal de psicología; parte de este material se incluye en el Anexo, sección 5.

El programa del curso era el siguiente:

Primer Día:

- Plática sobre la importancia y repercusiones de su adiestramiento como padres para un adecuado manejo de sus hijos.
- Juego de papeles sobre "lo que los padres hacen regularmente con sus hijos"
- Intermedio
- Administración de la primera parte de una Unidad de autoenseñanza sobre técnicas de modificación de conducta

Segundo Día:

- Plática acerca de la influencia de los factores biológicos y ambientales sobre el desarrollo del niño
- Los errores más frecuentes en la crianza de los niños, a través de caricaturas en transparencias (primera parte)
- Intermedio
- Administración de la segunda parte de la unidad de autoenseñanza

Tercer Día:

- Plática sobre los problemas que interfieren en el aprendizaje, especialmente el escolar
- Los errores más frecuentes en la crianza de los niños - (segunda parte)
- Intermedio
- Administración de la tercera parte de la unidad de autoenseñanza.

Cuarto Día:

- Plática sobre planificación familiar
- Plática acerca de la influencia de la afectividad sobre el desarrollo infantil
- Intermedio
- Evaluación del aprendizaje sobre técnicas de modificación de conducta, a través de teatro guiñol
- Audiovisual sobre las etapas del desarrollo infantil y - recomendaciones
- Entrega de diplomas a las madres asistentes.

Como se puede apreciar, en dicho curso se introdujeron pláticas que correspondían a planificación familiar y medicina preventiva, ya que de esta manera fué más fácil que las madres aceptaran estos programas cuando se exponían en relación a la educación de sus hijos.

Dado que las autoridades de la Institución estaban muy interesadas en desarrollar el área preventiva, le fué solicitado al Departamento de Psicología, desarrollar acciones fuera y dentro de la Institución. Esta colaboración consistió en:

- Elaborar un anteproyecto para la creación de una Guardería y Estancia Infantil, para hijos de derechohabientes
- Participar en la elaboración de un anteproyecto para la creación de un Centro de Jubilados
- Asesorar al Centro de Investigaciones de Alimentos y Tecnología del Estado de Chihuahua, en:

- . La elaboración de un plan educativo, para la población urbana y rural, enfocado al consumo de soya
- . La elaboración de un curso y material didáctico sobre desarrollo infantil y consumo de soya, el cual sería impartido a comunidades rurales
- . El entrenamiento al personal de Trabajo Social sobre desarrollo infantil y sobre el curso que impartirían en las comunidades rurales.

Servicios Prestados Durante 1978

El número de pacientes atendidos durante 1978, fué el siguiente:

Dentro del Area Terapéutica

<u>Servicios Psicológicos</u>	<u>Pacientes Atendidos por Area</u>	<u>Pacientes Atendidos por Unidad</u>	<u>Horas Sesión</u>
Psicometría:		243	
- Niños	139		754
- Adultos	104		696
Psicoterapia Niños:		180	
- Terapia individual	60		284
- Repertorios de apoyo	15		38
- Educación especial	10		30
- Entrenamiento a padres	79		79
- Programas correctivos en el hogar	16		33
Psicoterapia Adultos:		129	
- Terapia individual	43		219
- Terapia familiar	28		112
- Asesoría psicológica	49		120
Dentro del Area Preventiva:			
- Cursos		156	146

Con el fin de evaluar los resultados que se obtuvieron, se procedió a clasificar a los pacientes que se atendieron dentro de los siguientes criterios de alta:

- a. **Rehabilitación:** Se incluyeron en esta categoría a los pacientes que no tendrían dificultades en adaptarse a su medio ambiente normal, después de haber recibido un tratamiento adecuado a su problema.
- b. **Mejoría:** Se incluyeron en esta categoría a los pacientes que respondieron positivamente al tratamiento pero que en ellos subsistió la presencia de alguna limitación que impidió su total adaptación.
- c. **Irrecuperables:** Se incluyeron en esta categoría aquellos pacientes que no presentaron progreso alguno después de haber sido sometidos a un tratamiento específico ya fuera por las características de su enfermedad, por incapacidad para responder a la psicoterapia, o bien por la falta de recursos para proporcionarle otro tipo de tratamiento que lo hubiera incluido en cualquiera de las categorías anteriores.

Los resultados de la evaluación con base en esta clasificación, fueron los siguientes:

Niños (n = 139):	%
Rehabilitados	10.7
Mejoría	59.6
Irrecuperables	29.7

Adultos (n = 104):

Rehabilitados	9.6
Mejoría	43.2
Irrecuperables	47.1

Cabe aclarar que dicha evaluación se hizo de manera subjetiva ya que los criterios de alta no estaban adecuadamente definidos y en ese momento no se contaba con instrumentos de medición más precisos que permitieran hacer una evaluación más objetiva.

Para mejorar los resultados que se obtuvieron y determinar las necesidades futuras, era necesario conocer:

- a. La demanda probable de servicios que se solicitarían para -- 1979.
- b. Los tipos y técnicas de psicoterapia que se requerirían.
- c. El tiempo promedio que se invertiría por paciente.

Para conocer la probable afluencia de pacientes que se tendría para 1979, se llevó a cabo una extrapolación lineal con base a los datos de los primeros 10 meses de funcionamiento del Departamento de Psicología; los resultados de dicho estudio mostraron que la demanda esperada era de 558 pacientes, 289 niños y 269 adultos (1).

Para determinar los tipos de psicoterapia que se requerirían se llevó a cabo una investigación diagnóstica para conocer la incidencia y tipos de trastornos psicológicos de la población

(1) Véase Segundo Estudio en la Primera Parte del Capítulo III.

infantil y adulta con base en los diagnósticos emitidos durante 1978 (1). A partir de los resultados de dicho estudio fué posible sugerir una serie de técnicas de rehabilitación según el problema y el número promedio de horas-sesión que debía invertirse por paciente, el cual sería de 60 horas-sesión por niño y 35 por adulto, incluyendo 8 horas de evaluación; es decir, que se necesitarían 17,340 horas-sesión para atender a 289 niños y 9,145 horas sesión para 269 adultos.

A partir de los resultados que se obtuvieron en dichos estudios fué posible calcular las necesidades en términos de recursos humanos y materiales para 1979, lo cual permitió justificar ante las autoridades de la Institución la contratación del personal que se necesitaba y, además, especificar el tipo de servicio, así como el número de horas diarias que se requeriría en cada uno de ellos.

Fué, entonces, cuando se propuso la reorganización del Departamento de Psicología, descrita en la Segunda Parte del Capítulo III.

(1) Véase Segundo Estudio en la Primera Parte del Capítulo III.

TERCERA ETAPA (1979)

Para desarrollar el modelo propuesto fué necesario elaborar un plan de trabajo para 1979. El plan que se presentó a las autoridades de la Institución fué el siguiente:

Dentro del Area Terapéutica:

a. Servicios de Psicología

1. Funcionamiento del Departamento de Psicología:

- 1.1 Diseñar y acondicionar las diferentes unidades y áreas.
- 1.2 Supervisar y reajustar el expediente de Psicología.
- 1.3 Supervisar y reajustar el manual de operaciones.
- 1.4 Elaborar e instrumentar procedimientos para las áreas de nueva creación.
- 1.5 Entrenar al personal del Departamento.
 - Capacitar permanentemente a los pasantes de psicología que presten su servicio social.
 - Impartir conferencias sobre salud mental al personal médico de la Institución.

2. Unidad de Psicometría:

- 2.1 Reforzar esta unidad con personal capacitado.
- 2.2 Seleccionar e instrumentar nuevas pruebas psicológicas para complementar la batería actual.

3. Unidad Psicoterapéutica para Adultos:

- 3.1 Reforzar y ampliar esta unidad con personal que proporcione terapia individual y familiar.

3.2 Crear el servicio de dinámica de grupos para padres de familia.

4. Unidad Psicoterapéutica para Niños:

4.1 Reforzar el área de terapia lúdica y repertorios de apoyo con material didáctico.

4.2 Crear, instrumentar y poner en funcionamiento el Centro Psicopedagógico de educación especial para niños recuperables.

4.2.1 Elaborar e instrumentar programas para niños recuperables en las áreas de: Lenguaje, académica, psicomotriz y psicosocial.

4.2.2 Seleccionar y capacitar al personal que atenderá el Centro.

4.3 Poner en funcionamiento completo el área de adiestramiento a padres.

4.3.1 Reforzar y ampliar, con personal, el área de asesoría individual a padres.

4.3.2 Instrumentar la supervisión y el seguimiento de programas en la escuela y el hogar.

Dentro del Area Preventiva:

b. Centro de Educación Psicosocial

1. Unidad de Capacitación:

1.1 Desarrollar e impartir cursos periódicos a derechohabientes.

1.1.1 A padres de familia sobre manejo de niños, paternidad responsable, nutrición, planifica---

ción familiar y comunicación conyugal.

1.1.2 A derechohabientes sobre temas relacionados --
con la salud mental (véase el Apéndice 6).

1.2 Desarrollar e impartir cursos periódicos al personal
de la Institución (véase el Apéndice 6).

1.3 Programar y desarrollar materiales didácticos para cu
brir el área de capacitación.

2. Sistemas de Información:

2.1 Diseñar y elaborar materiales gráficos y audiovisua--
les de educación psicosocial.

2.2 Preparar y editar una publicación periódica de la Ins
titución sobre Salud.

3. Proyecto de Guardería y Estancia Infantil:

3.1 Desarrollar el proyecto de una guardería y estancia -
infantil para hijos de derechohabientes, el cual debe
incluir:

- Manual de Operaciones
- Programas de desarrollo de las secciones de lactan
tes, maternas I, maternas II y preescolares en
las áreas motora, intelectual, social afectiva y -
lenguaje
- Area física y funcionalidad de la misma
- Seleccionar el mobiliario y equipo.

Para mayo de 1979, el Departamento de Psicología ya estaba
operando según el modelo propuesto y el plan de trabajo definido
previamente. Los recursos humanos con que contaba el Departamen-

to en ese momento, eran los siguientes:

<u>AREA</u>	<u>FUNCION</u>	<u>PERSONAL</u>	<u>NUMERO</u>	<u>HORAS DIARIAS</u>	<u>DIAS SEMANA</u>
Coordinación	Responsable	Psicóloga	1	7	6
	Recepción	Secretarias	2	6	5
Unidad de Psico- metría	Responsable	Psicóloga	1	6	5
	Auxiliares	Estudiantes	5	3	6
	Evaluación y Estadística	Estudiantes	2	3	5
Unidad Psicoter- apéutica de Adultos	Psicoter- apeutas	Psicólogos	2	6	6
Unidad Psicoter- apéutica de Niños	Responsable	Psicólogo	1	9	6
Centro de Psicope- dagogía Especial:					
Programas					
- Académicos	Terapeuta	Pedagoga	1	6	5
- Lenguaje	Terapeuta	Estudiante	1	4	5
- Psicomotricidad	Terapeuta	Estudiante	(1)	5	1
- Psicosocial	Terapeuta	Psicóloga	1	3	5
Adiestramiento a Padres	Psicoterapeuta	Psicólogo	(2)	3	6
Centro de Educación Psicosocial	Responsable	Psicóloga	1	6	5
Proyecto de Guarder- ía Infantil	Colaboradores	Estudiantes	4	3	5
Servicios de Apoyo	Estudios	Trabajadora Social	1	6	5
	Registro y se- guimiento	Estudiantes	2	2	5

(1) Area atendida por personal de otras áreas.

(2) Area atendida por el responsable de la Unidad de Niños.

De las 24 personas que colaboraron en el Departamento de Psicología durante 1979, sólo 10 fueron contratadas por la Institución (7 psicólogos, 2 secretarias y 1 trabajadora social); el resto fueron estudiantes de psicología que prestaban su servicio social.

Dado que los servicios de psicología se habían incrementado, fué necesario cambiar el Departamento a un local más amplio fuera del edificio de la Institución ya que en ese momento lo estaban remodelando. El espacio físico con que contó el Departamento durante 1979 fué el siguiente:

<u>Unidades Operativas</u>	<u>Espacios Físicos</u>	<u>Número</u>
Coordinación	Oficina	1
	Recepción y sala de espera	1
Unidad de Psicometría	Oficina	1
	Cubículos	3
Unidad Psicoterapéutica para Adultos	Consultorios	2
Unidad Psicoterapéutica para Niños	Consultorios	3
Centro de Educación Psicosocial	Oficina	1
	Salón (1)	1
Proyecto de Guarderfa	Oficina	1

Asimismo se ampliaron los horarios de servicio de 9 a 15

(1) Este espacio se utilizaba para capacitación, programas de psicometría y como sala de juntas.

y de 17 a 20 horas, para cubrir la demanda y facilitar el uso del servicio a los derechohabientes que trabajaban.

El Programa de Trabajo para 1979 que se presentó a las autoridades de la Institución fué desarrollado dentro de las limitaciones que las mismas autoridades marcaron; sin embargo, se desarrollaron todas aquellas actividades que permitieron instrumentar el modelo propuesto, principalmente dentro del área terapéutica. Las actividades que se llevaron a cabo fueron las siguientes:

a. Organización de los Servicios de Psicología:

1. Se establecieron, en forma definitiva, los fundamentos y lineamientos que debía seguir el Departamento, así como los objetivos generales y específicos que debía alcanzar. Asimismo, se determinó su estructura organizativa y los tipos de servicio que debía ofrecer.
2. Se definieron las funciones generales y específicas del equipo de Psicología en cuanto a recepción de casos, interacción e integración del equipo de psicología con los servicios médicos, el trabajo con los pacientes y actividades docentes.
3. Se definieron los criterios de admisión, tratamiento y alta para apreciar los alcances y limitaciones de los servicios y permitir la evaluación de su efectividad.
4. Se establecieron los mecanismos de supervisión y control de funciones y procedimientos para garantizar el buen funcionamiento de las diferentes unidades y áreas del Depar-

tamento, especificando: Actividades básicas sobre el movimiento de pacientes de una área a otra, informes periódicos que debían presentar y responsabilidades. Asimismo, se elaboraron instrumentos de evaluación para medir la efectividad de los servicios.

La instrumentación de estas cuatro actividades se especificaron en la Segunda Parte del Capítulo III.

5. Se elaboraron los análisis y perfiles de puesto de cada uno de los miembros del Departamento, así como los profe--siogramas de cada puesto y tabulador de sueldos del personal (véase los Apéndices 8 y 9).

b. Organización de la Unidad de Psicometría:

1. Se reforzó y amplió esta unidad con pasantes que presta--ban su servicio social en la Institución y se contrató una psicómetra responsable de la Unidad.
2. Se capacitó permanentemente a los pasantes sobre la aplicación y revisión de la batería de pruebas que se aplicaba.
3. Se incluyeron más exámenes psicológicos para complementar la batería de pruebas (véase el Apéndice 3).
4. Se incluyeron 30 escalas o cuestionarios de medición operacional para la instrumentación de terapias de tipo conductual (véase el Apéndice 4).
5. Se logró aumentar la calidad y precisión del diagnóstico que emitía psicometría, utilizando el Glosario Cubano como referencia.

c. Organización de la Unidad de Adultos:

1. Esta Unidad permaneció con dos psicoterapeutas, los cuales eran suficientes para cubrir la demanda ya que con frecuencia se presentaban Altas Negativas por deserción.
2. Se elaboró un instrumento de evaluación que midiera las variables que estaban interviniendo en la frecuente deserción que presentaban los adultos (véase en el Anexo la Forma 6.2).

d. Organización de la Unidad de Niños:

1. Se puso en funcionamiento el Centro Psicopedagógico de Educación Especial para niños recuperables.
2. Se elaboraron e instrumentaron programas en las áreas de lenguaje, psicomotricidad, académica y psicosocial.
3. Se elaboraron y/o seleccionaron los materiales didácticos para la instrumentación de los diferentes programas.
4. Se puso en funcionamiento el área de entrenamiento a padres para proporcionar orientación individual y grupal.
5. Se instrumentó la supervisión y seguimiento de programas correctivos en la escuela y el hogar para niños con problemas de conducta.
6. Se elaboraron las formas de registro y seguimiento para programas correctivos.

e. Centro de Educación Psicosocial:

1. Se continuó impartiendo, periódicamente, el curso a Padres de Familia sobre manejo de niños.

2. Se impartieron cursos permanentes de actualización al personal del Departamento de Psicología.
3. Se impartieron cursos de relaciones humanas al personal de la Institución y de la S.A.R.H.
4. Se participó en el curso de verano para maestros normalistas sobre temas de Salud Mental.
5. Se impartió un curso a los miembros del programa de Educación para Todos de la S.E.P., sobre Higiene Mental.
6. Se llevaron a cabo Dinámicas de Grupo para padres de familia que tenían hijos bajo tratamiento psicológico, sobre "Intercambio de Experiencias".

Desafortunadamente no se desarrollaron las actividades propuestas en el Programa 1979, dentro del área preventiva, ya que ésta adolecía de "definiciones" por parte de las autoridades de la Institución para enmarcar dichas actividades dentro de sus acciones institucionales. Sin embargo, en virtud de que se insistió en la educación psicosocial se elaboraron una serie de proyectos o alternativas que ubicaban y enfocaban de manera distinta los programas educativos de manera que se ajustaran a las continuas re-definiciones que hacía la Sub-Dirección Médica. Los proyectos o alternativas para desarrollar los programas educativos sobre salud, fueron los siguientes:

- . Un programa de educación psicosocial a través de un Centro de Capacitación e Información.
- . Especificación de las prioridades de educación psicosocial objetivos y funciones.

- . Un proyecto para la creación de un Departamento de Difusión y Promoción Educativa a nivel Institucional.
- . Un proyecto para la creación de un Comité Coordinador de apoyo para promover los programas educativos de cada departamento de la Sub-Dirección Médica.

Sin embargo, ninguno de estos proyectos satisfizo los requerimientos de la Sub-Dirección Médica.

- f. Proyecto de Guardería y Estancia Infantil de Estimulación Temprana.
1. Se elaboró un Manual de Operación de la Estancia Infantil de Estimulación Temprana, en el que se especificaban funciones, procedimientos, análisis de puesto, formas de control, etc.
 2. Se diseñó y especificó la funcionalidad de los espacios requeridos para la Estancia.
 3. Se elaboró el presupuesto general de la Estancia especificando mobiliario y equipo, así como personal y gastos de operación necesarios para su funcionamiento.
 4. Se seleccionaron los programas y materiales didácticos para las secciones de Lactantes, Maternales I, Maternales II y preescolares en las áreas de psicomotricidad, lenguaje, académica y social-afectiva.

Las actividades que se desarrollaron durante 1979, sirvieron para instrumentar el Area Terapéutica y sentar las bases para

posteriormente desarrollar el Area Preventiva.

Dentro del Area Terapéutica el tipo de servicios que proporcionó el Departamento de Psicología, en resumen, fueron los siguientes:

La Unidad de Psicometría emitía un diagnóstico preciso de los derechohabientes con perturbaciones emocionales, a través de un estudio psicológico que exploraba coeficiente intelectual, rasgos de personalidad, esfera psicomotriz y dinámica familiar; en el caso de los niños se llevaba a cabo una evaluación psicopedagógica.

La Unidad Psicoterapéutica para Adultos proporcionaba terapia individual y/o familiar, de tipo reeducativo, reconstructivo o de apoyo, según el caso, y en algunas ocasiones, terapia conductual.

La Unidad Psicoterapéutica para Niños proporcionaba terapia lúdica individual y/o de grupo con el objeto de sentar las bases para una adaptación familiar y escolar.

El Centro Psicopedagógico de Educación Especial proporcionó los siguientes servicios:

- Programas académicos, en forma individual, a niños con problemas escolares, que abarcaban:
 - Conductas Académicas y de Apoyo como atención, imitación y control instruccional.
 - Académicas: Lectura, escritura, aritmética y ciencias naturales.
- Programas de Lenguaje con adiestramiento individual para obtener una adecuada articulación y pronunciación.

Dichos programas incluían:

- Adquisición de Lenguaje
 - Programas correctivos (pausa, intensidad, encadenamiento, etc.)
 - Lenguaje espontáneo
- Programas psicomotores en forma individual y/o de grupo a través de la ejecución de ejercicios físicos jerarquizados; dichos programas abarcaban:
- Lateralidad
 - Esquema Corporal
 - Discriminación Sensorial (auditiva, táctil y visual)
 - Ubicación en el espacio
 - Motora fina (recortado, ensartado, iluminado, etc.)
 - Motora gruesa (rodar, gatear, correr, gimnasia)
- Programas psicosociales con adiestramiento individual y/o de grupo a niños con problemas de interacción social, que abarcaban:
- Autocuidado
 - Interacción (comunicación, participación, cooperación, etc.)
 - Hábitos sociales
 - Seguridad personal

En el Área de Adiestramiento a Padres se proporcionaba orientación individual y/o de grupo a los padres de los niños con problemas de conducta con la finalidad de que participaran en la rehabilitación de sus hijos. En la orientación individual, se adiestraba a los padres para que llevaran programas correctivos a

través de técnicas de modificación de conducta y economía de fichas. La orientación a padres en grupo se daba para atender problemas de conducta relativamente simples, utilizando también técnicas de modificación de conducta y economía de fichas, pero en este caso, los mismos padres elaboraban, asesorados por el psicólogo, los programas.

Las funciones específicas que llevó a cabo el equipo de psicología, en resumen, fueron las siguientes:

- a. La encargada del Departamento coordinaba, supervisaba y asesoraba a las unidades de psicometría, psicoterapia adultos y psicoterapia niños y el Centro de educación psicosocial. Planeaba y diseñaba la metodología, programas y recursos de acuerdo al crecimiento del servicio. Supervisaba y controlaba la efectividad de los servicios psicológicos y realizaba las labores administrativas inherentes de la estructura organizativa.
- b. El personal de Psicometría realizaba estudios psicológicos a derechohabientes, aplicando e interpretando instrumentos psicológicos que evaluaban coeficiente intelectual, psicomotricidad, rasgos de personalidad, dinámica familiar y aptitudes. La información resultante se integraba en forma de diagnóstico. También canalizaba a los pacientes al psicoterapeuta y/o especialista según el caso. Auxiliaba en el control estadístico de pacientes y en el desarrollo de programas educativos.
- c. La trabajadora social realizaba estudios socio-ambientales en el hogar, escuela y trabajo, descubriendo y analizando los --

factores del medio ambiente que estaban alternando la salud mental de los derechohabientes. Auxiliaba a Psicometría en la elaboración de estudios psicodiagnósticos a través de estudios socio-ambientales. Realizaba visitas periódicas a los pacientes que abandonaban su tratamiento para invitarlos a continuar. Verificaba la efectividad de los tratamientos psicológicos a través de visitas domiciliarias y retroalimentaba al equipo de psicología con sus observaciones. También participaba en el desarrollo de programas educativos.

- d. El Terapeuta de Adultos proporcionaba tratamiento psicológico a pacientes adolescentes y adultos, estableciendo un programa particular según el caso, en forma individual o de grupo. Se encargaba de la recepción de pacientes adultos de nuevo ingreso. Indicaba exámenes complementarios y/o canalizaba a los pacientes con los especialistas indicados. Participaba en la intervención de crisis cuando los hospitales o familiares derechohabientes lo solicitaban. Se encargaba de la supervisión de casos o asesoría a psicólogos de menor experiencia. Participaba en los cursos organizados por el Departamento.
- e. El Terapeuta de Niños proporcionaba tratamiento psicológico a niños y orientación a padres estableciendo un programa particular según el caso. Formulaba diagnósticos y pronósticos. Conjuntamente con las terapeutas de área, desarrollaba programas. Se encargaba de la recepción de pacientes niños de nuevo ingreso. Indicaba exámenes complementarios y/o canalizaba a los pacientes con los especialistas indicados. Participaba en los cursos organizados por el Departamento.

- f. Los Terapeutas de Area elaboraban y aplicaban programas específicos a niños con retardo en el desarrollo o con problemas de conducta que presentaban déficit en las áreas de psicomotricidad, lenguaje, académicas y/o social. Aplicaban instrumentos para la evaluación de los programas instrumentados. Elaboraban material didáctico para su área. Participaban en los cursos impartidos por el Departamento.
- g. En el área de Adiestramiento de Padres, el psicólogo elaboraba y aplicaba programas de modificación de conducta a niños con problemas relativamente simples, detectando y modificando los factores familiares y/o escolares que estaban determinando el problema. Asesoraba y supervisaba periódicamente a los padres y/o maestros en la consecución de los programas establecidos, en la consulta y/o en el medio ambiente natural. A asesoraba y supervisaba a las Auxiliares de registro y seguimiento. Participaba en los cursos impartidos por el Departamento.
- h. Las Auxiliares de Registro y Seguimiento se encargaban de evaluar el avance de los niños en su medio ambiente natural con el objeto de retroalimentar y reajustar los programas establecidos. Elaboraban registros y retroalimentaban a padres y/o maestros en la instrumentación de los programas.
- i. La Encargada del Centro de Educación Psicosocial programaba e instrumentaba cursos, ciclos de conferencias y dinámicas de grupo. Elaboraba y/o seleccionaba los materiales didácticos que se requerían para la capacitación. Instrumentaba los mecanismos necesarios para hacer llegar los programas educati--

vos al mayor número posible de derechohabientes. Diseñaba folletos para difundir temas relacionados con la salud mental y los servicios que ofrecía la Institución.

Para dar una idea global de la manera en que operaron los servicios durante 1979, a continuación se describe el tipo de población que se atendió, el procedimiento de admisión, la forma de evaluar el problema, el tratamiento y los mecanismos para dar de alta al paciente.

Población atendida durante 1979

Según el estudio de incidencia y prevalencia realizado durante este período descrito en el Tercer Estudio en la Primera - Parte del Capítulo III, los tipos de trastornos observados en la población infantil (N = 262), fueron los siguientes:

<u>Diagnóstico</u>	<u>Porcentaje</u>
Desajuste social	26
Trastornos de conducta	22
Retraso mental fronterizo	19
Trastornos de lenguaje	13
Inadaptación neurótica	10
Trastornos psicofisiológicos	8
Evaluación médico-legal	2

En la población adulta (N = 332), fueron los siguientes:

<u>Diagnóstico</u>	<u>Porcentaje</u>
Neurosis	43
Desajuste social	21
Desviaciones sexuales	13
Trastornos de la personalidad	9
Esquizofrenia	3
Evaluación médico-legal	11

Evaluación del Problema:

Los pacientes de nuevo ingreso eran entrevistados por un psicólogo que utilizaba entrevistas estructuradas dirigidas (véase en el Anexo, las Formas 2.1, 3.1 y 4.1). Dichas entrevistas se llevaban a cabo con previa cita. El Psicólogo enviaba al paciente a la Unidad de Psicometría para que se le hiciera un estudio psicológico que sería complementado por el informe de la trabajadora social. Los instrumentos que se utilizaron durante este período se describen en el Apéndice 3. Si el terapeuta iba a aplicar una técnica de tipo conductual, también solicitaba de psicometría la administración de escalas o cuestionarios de medición operacional como los que se describen en el Apéndice 4.

La Unidad de Psicometría integraba los resultados que revelaban los instrumentos de medición y elaboraba un informe que debía incluir un diagnóstico probable. Dicho informe lo enviaba al Psicólogo que había recibido al paciente por primera vez para que él:

a. Proporcionara un diagnóstico definitivo auxiliándose de exáme

nes médicos complementarios.

- b. Indicara el tratamiento adecuado según el problema y
- c. Incorporara al paciente a la Unidad terapéutica correspondiente.

Condiciones del Tratamiento:

El paciente era asignado a los diferentes terapeutas que - intervendrían en su tratamiento. Para tal efecto, el expediente completo del paciente se presentaba en una junta de equipo donde se discutía cuál sería su tratamiento integral y quién tomaría la responsabilidad del paciente. Cabe aclarar que junto con la familia del paciente, el equipo entero se responsabilizaba de su tratamiento pero se asignaba un profesional para que se encargara de coordinar e informar acerca de los programas.

Después de esa reunión se elaboraban los objetivos del tratamiento y los programas encaminados a su logro. Estos programas podían ser únicamente para el paciente o podían incluir a su familia, según la etiología del problema. En este sentido el papel - de la familia podía seguir dos líneas:

Cuando el paciente era considerado el desequilibrador de - la homeostasis familiar, el enfoque del tratamiento se daba a nivel individual; la familia, en este caso, era un observador que - podía participar pero sin considerarse parte integrante del problema. Cuando el paciente era considerado el portador de las ansiedades y depositario de los problemas de la familia, el enfoque del tratamiento era a nivel de grupo familiar; es decir, el tratamiento se daba en forma individual, grupal o combinado, dependiendo

do del caso. Por ejemplo en el caso de un niño con problemas de conducta cuya etiología era la desintegración familiar, el niño era visto por el equipo de la Unidad de Niños para ser atendido en las diferentes áreas problema. Los padres recibían orientación y/o ingresaban también a la Unidad de Adultos para recibir tratamiento. Por otro lado, se le daba importancia a la reintegración del niño a su ciclo normal de enseñanza escolar, para lo cual se establecían relaciones con la escuela; así, previo permiso de las autoridades de la escuela, se solicitaba la colaboración del maestro del niño para que instrumentara las recomendaciones que se le sugerían.

Cuando se iba a dar de alta al paciente gradualmente se le iban quitando horas de tratamiento hasta que quedara totalmente integrado en su hogar y escuela.

Criterios de Alta:

Cuando el equipo consideraba que los objetivos propuestos se habían cubierto, según los criterios de alta especificados en la Segunda parte del Capítulo III, se llevaba a cabo la fase de post-tratamiento que tenía la finalidad de evitar recaídas y apreciar si el paciente se ubicaba dentro de su ambiente.

Esta fase sólo se llevó a cabo durante los últimos cuatro meses de 1979.

Servicios Proporcionados Durante 1979

El número de pacientes atendidos fué el siguiente:

Dentro del Area Terapéutica:

<u>Servicios Psicológicos</u>	<u>Pacientes Atendidos por Area</u>	<u>Pacientes Atendidos por Unidad</u>	<u>Horas Sesión</u>	<u>Promedio de Sesiones por Paciente</u>
Psicometría:		594		
- Niños	262		1,572	6
- Adultos	332		2,324	7
Psicoterapia Niños:		410		
- Terapia individual	98		770	8
- Programas				
. Académicos	45		547	12
. Lenguaje	26		333	13
. Psicomotricidad	30		350	12
. Psicosocial	10		127	13
- Adiestramiento a Padres	201		718	3.5
Psicoterapia Adultos:		332		
- Terapia Individual	158		1,875	12
- Terapia Familiar	19		111	6
- Asesoría Psicológica	155		417	3

Dentro del área Preventiva se impartieron 13 cursos a 307 derechohabientes en 151 horas de docencia.

Resultados Obtenidos Durante 1979

Con el fin de evaluar los resultados obtenidos se procedió a clasificar a los pacientes que se atendieron según los criterios de alta especificados en la Segunda Parte del Capítulo III.

Los resultados fueron los siguientes:

Niños (n = 262):	Porcentajes
- Alta Positiva	74.2
- Alta Negativa	8.0
- Alta Negativa por Deserción	17.8
 Adultos (n = 332):	
- Alta Positiva	23.4
- Alta Negativa	28.5
- Alta Negativa por Deserción	48.1

Durante ese año se intentó proporcionar un servicio psicológico de manera integral, pero el incremento de la demanda de pacientes de nuevo ingreso más los pacientes que aún continuaban en tratamiento, sobrepasó la capacidad instalada, provocando, por un lado, la inconstancia en la asistencia de un gran número de pacientes que eventualmente se clasificaron como Altas Negativas - por Deserción; por otro lado, se presentó un porcentaje relativamente bajo de Altas Positivas, especialmente en la población adulta, por el bajo número de sesiones que recibían.

Para fundamentar las afirmaciones anteriores se hace necesario mencionar una serie de datos y observaciones: existía un sobrecupo ya que el promedio de ingreso mensual era el siguiente:

<u>Servicio</u>	<u>No. de pacientes de nuevo ingreso</u>
Psicometría	19
Niños	13
Adultos	7

El número de pacientes atendidos diariamente en cada uno de los servicios, era el siguiente:

<u>Servicio</u>	<u>No. de pacientes en tratamiento</u>
Psicometría	15
Niños	26
Adultos	12

El promedio de horas sesión que requerían los pacientes para lograr una Alta Positiva era de:

<u>Servicio</u>	<u>Promedio de horas sesión para lograr una Alta Positiva</u>
Psicometría	8
Niños	60
Adultos	35

Como se puede apreciar, la capacidad instalada era inferior a la demanda, por lo que los criterios proyectados por el Departamento, en términos del promedio de horas sesión necesario para lograr Altas Positivas, se vieron afectados.

En el caso de los adultos, el alto índice de deserción se debió a la falta de alternativa por parte de los pacientes para elegir a un psicoterapeuta con el cual se sintieran a gusto, ya que de acuerdo a un estudio realizado a través de encuestas (véase el Anexo, Forma 6.2) se encontró que uno de los psicoterapeutas de tiempo completo que atendía a adultos, tenía problemas de relación con los pacientes por el poco interés que ponía en su trata-

miento. Esta situación provocó al parecer, que un gran número de pacientes (48.1%) asistieran a 1 ó 2 sesiones y después abandonaran su tratamiento.

Aunado al problema del sobrecupo, el Departamento de Psicología cambió nuevamente de domicilio y la Sub-Dirección Médica comenzó a realizar cambios substanciales en la modalidad del servicio y en el personal que lo había estado administrando.

En lo que respecta al tipo de servicio, se cambió la modalidad de servicio integral por un sistema tradicional de consulta. A pesar de esto, el equipo de psicología insistió, sin éxito, en proporcionar alternativas para que se continuase en la dirección que se había planteado.

CUARTA ETAPA (1980)

En 1980 se presentó un plan de trabajo que incluía una serie de observaciones y sugerencias hechas por la Sub-Dirección Médica, y que fundamentalmente, sujetaba al departamento de psicología, operativa y administrativamente, a su control. A continuación se describen sólo aquellas adiciones al Programa de 1979.

Dentro del Area Terapéutica:

a. Servicios de Psicología

1. Elaborar e instrumentar los mecanismos requeridos para la integración administrativa del Departamento de Psicología a la Delegación Chihuahua la cual dependía de la Sub-Dirección Médica.
2. Elaborar e instrumentar mecanismos adecuados para que el cuerpo médico de la Institución canalizara pacientes a las unidades de capacitación y terapéutica del Departamento de Psicología.
3. Ampliar los horarios de servicio psicológico para satisfacer la demanda actual y potencial.
4. Reclutar, seleccionar y contratar a personal calificado, para reforzar las diferentes unidades de acuerdo a la demanda del servicio.
5. Capacitar al personal de menor experiencia a través de la supervisión de casos.
6. Diseñar e instrumentar los procedimientos adecuados para una participación conjunta de todas las áreas y unidades

- en el tratamiento individual y familiar.
7. Evaluar los servicios psicológicos a través de los procedimientos siguientes:
 - Diseñar, elaborar y aplicar un instrumento que midiera las diferentes variables que intervienen en los tratamientos psicológicos.
 - Revisar sistemáticamente los expedientes psicológicos que abarcara: Documentación, apreciación del trabajo del psicólogo y utilización adecuada de los servicios complementarios de medicina y trabajo social.
 - Recolectar información sobre el aprovechamiento de los recursos humanos, cantidad y calidad de los servicios psicológicos para su posterior análisis estadístico.
 8. Mejorar el servicio de psicometría a través de la discusión y supervisión de casos, así como seleccionar una batería de pruebas más breve y efectiva que no afectara la emisión de un diagnóstico preciso en función del tratamiento.
 9. Crear el servicio de terapia de grupo para adolescentes.

Dentro del Area Preventiva:

b. Educación Psicosocial

1. Diseñar, programar e instrumentar folletos educativos y una publicación bimensual sobre Salud.
2. Evaluar las acciones educativas emprendidas para retroalimentar los programas a través de la aplicación de cuestionarios antes y después de las acciones.

Para mayo de 1980, el modelo que se había propuesto ya no estaba funcionando, el equipo de psicología había capitulado por las restricciones impuestas por la Sub-Dirección Médica, las cuales se comentan en el Capítulo V.

A partir de ese tiempo, se asumió un servicio psicológico tradicional, de corte médico, en donde los pacientes eran atendidos por un psicólogo que evaluaba, orientaba, proporcionaba psicoterapia, instrumentaba programas académicos, de lenguaje, de psicomotricidad, psicosociales, registraba, hacía el seguimiento, evaluaba, etc. y al que, encerrado en el santuario de su consultorio, no le era posible conocer la efectividad de sus servicios ni realizar estudios e investigaciones de ningún tipo que respondieran a los objetivos que en un principio se habían especificado.

C A P I T U L O V

PROBLEMAS, EVALUACION DEL TRABAJO Y CONCLUSIONES

En la Dirección de Pensiones Civiles del Estado, como en otras Instituciones similares, existía la tendencia a ver con desprecio los programas de salud mental. Quizá por el desconocimiento de su importancia y repercusiones, no la incluían en sus programas de trabajo. Cuando en 1978 la Secretaría de Salubridad y Asistencia la situó como segunda prioridad, inmediatamente después del problema demográfico, hubo un reconocimiento de su importancia como lo demuestra la "Filosofía de los Servicios de Salud" descrita en el Capítulo II.

Este cambio en la política asistencial permitió que se creara el Departamento de Psicología dentro de la Institución, pero a medida que éste se fué desarrollando, surgieron nuevas exigencias como un mejor nivel de la atención técnica y material, transformación administrativa, etc., que rebasaron las expectativas de las autoridades, por lo que no se canalizaron recursos económicos proporcionales a las necesidades expresadas en estudios objetivos.

El servicio de psicología fué instaurado en esa Institución en agosto de 1977. Correspondió a los autores de la presente tesis, planear e instrumentar la infraestructura del Departamento, así como buscar las alternativas para asumir una modalidad de servicio psicológico que cubriera las necesidades que la pobla

ción derechohabiente presentaba. Cabe aclarar que dicha modalidad de servicio sólo existía en Pensiones y no en otras instituciones de seguridad social de la ciudad de Chihuahua.

Un grupo de entusiastas psicólogos y estudiantes, motivados por participar en dicha experiencia colaboraron, la mayoría de ellos, sin percibir sueldo alguno. Dicha situación facilitó a la Institución cubrir la demanda de servicios psicológicos con un presupuesto mínimo.

Los problemas que enfrentó el Departamento de Psicología fueron múltiples y para una mejor exposición y análisis de ellos, se reseña una cronología de las diferentes etapas por las que se pasó, así como de los acontecimientos que remitieron a la desaparición del modelo.

- a. En enero de 1978 se comenzó a brindar servicio de psicometría con fines de diagnóstico, canalización y evaluación de pacientes que eran atendidos por especialistas a los cuales se les subrogaban sus servicios. En esta primera etapa el Departamento contaba con una psicóloga y tres estudiantes que prestaban su servicio social.
- b. En abril de 1979 se empezó a proporcionar psicoterapia individual a niños y adultos contratando dos psicólogos más, ya que los servicios subrogados no proporcionaban este servicio.

- c. En diciembre de 1978 se presentó una evaluación del trabajo - realizado y se propuso, de acuerdo a estudios de prevalencia e incidencia, ampliar la cobertura de los servicios de psicología para cubrir las necesidades de tratamiento y programas preventivos, para lo cual se contrataron cuatro psicólogos - más y se admitieron más estudiantes.
- d. Durante 1979 el Departamento funcionó según el modelo propues- to; es decir, con un concepto claro de atención integral. El equipo de psicología contaba con siete psicólogos, quince es- tudiantes, una trabajadora social y dos secretarias. Durante este tiempo Psicología nunca representó un problema para la - Institución ya que el Departamento instrumentaba sus propios sistemas y resolvía sus problemas internamente. Dicha situa- ción se debía a que aún no se le había ubicado dentro de la - estructura organizativa de la Institución y las líneas de man- do no habían sido definidas.
- e. A fines de 1979, la Sub-Dirección Médica manifestó que le in- teresaba que Psicología se integrara administrativamente a la Institución, ya que desconocía las funciones que realizaba y que, por otro lado, había que especificar sus lineamientos pa- ra integrarla a los problemas generales de salud. Se lleva- ron a cabo una serie de reuniones para definir lo que "debía" ser Psicología dentro de la Institución. Se presentaron una serie de informes y proyectos los cuales se modificaban o de- saparecían dado que los lineamientos especificados por la Sub

Dirección Médica cambiaban continuamente. El desarrollo de dichos trabajos sirvieron para que el Departamento de Psicología tuviera más claras sus funciones, criterios de alta, de tratamiento, de admisión, la evaluación de la efectividad de los servicios, etc.

f. Sin embargo, a la Sub-Dirección Médica no le quedaba muy claro "qué era Psicología" y ya integrado el Departamento a la estructura organizativa de la Institución, comenzó a tomar una serie de medidas que afectaron substancialmente el modelo propuesto. Dichas medidas fueron las siguientes:

- Se eliminó la Unidad de Psicometría argumentando que no era necesaria para el tratamiento.
- Se suspendió definitivamente el servicio social de los estudiantes argumentando que se requería de personal recibido y calificado.
- Se rescindieron los contratos de los miembros del equipo de psicología argumentando que estaban "contaminados" con una metodología de trabajo que no estaba acorde con las formas de tratamiento especificadas por la misma Sub-Dirección Médica.
- Se contrataron tres pasantes de psicología sin experiencia para proporcionar tratamiento individual, a través de procedimientos administrativos similares al que utilizaba el personal médico de consulta externa.

Como se puede observar, las intenciones de integrar al Departamento de Psicología dentro de la estructura organizativa de

la institución para darle apoyo económico y administrativo, dejó una realidad muy distinta a la que se pretendía: Un servicio psicológico mutilado que no cubría ya las necesidades de los derechohabientes, ni en forma cualitativa ni cuantitativa ya que se había ignorado las necesidades expresadas en estudios Ad Hoc. Así, el Departamento de Psicología volvía a empezar de nuevo sin personal capacitado, sin una convicción de trabajo en equipo y sin un concepto claro de la atención integral.

PROBLEMAS

Un análisis acerca de los problemas suscitados con la Sub-Dirección Médica y de cómo influyeron en el Departamento de Psicología nos hace creer que estos se debieron a que al iniciarse los servicios de psicología, la Institución no había clarificado sus políticas sobre los servicios de salud mental. El Departamento creció al margen de la estructura organizativa lo cual le permitió desarrollar acciones sin límite. El equipo de psicología comenzó a crear necesidades de servicio en la población derechohabiente que rebasaron las expectativas y concepciones de la propia Institución la que, al darse cuenta de los costos que esto implicaba y de las desviaciones que se estaban dando con respecto al concepto de salud que manejaba, trató de cambiar el rumbo impidiendo el desarrollo del modelo. Esta situación trajo como consecuencia los problemas que ya se mencionaron.

En relación a los problemas de tipo interno; es decir, a--

quello que tuvo que enfrentar el equipo de psicología como Departamento, fueron los siguientes:

En cuanto a la concepción del modelo, se tuvieron que clarificar una serie de problemas teórico-prácticos. Había que buscar la manera de hacer coincidir una serie de procedimientos que tomaran en cuenta los factores bio-psicosociales que afectan la salud mental y, por otro lado, que dicho modelo representara las convicciones del equipo de psicología en lo relativo a la manera de tratar al paciente.

Se necesitó una investigación sistemática y continua para seleccionar tratamientos comprensivos y efectivos, así como definir una serie de criterios y procedimientos de ingreso, evaluación, altas, etc.

En cuanto a los procedimientos para evaluar a los pacientes, los que no funcionaban se iban modificando a medida que se probaban. Por ejemplo, la historia de desarrollo para niños tenía que ser aplicada por un psicólogo ya que los padres no entendían algunos términos que ahí se manejaban. La batería de pruebas tuvo que ser modificada en dos ocasiones dado que algunos instrumentos no eran confiables en la población de Chihuahua (como el Test de Dominós).

Por otro lado, los procedimientos de evaluación seleccionados eran aplicados a todos los pacientes independientemente del

problema que presentaran por lo que se obtenfa una gran cantidad de información que no era utilizada por ejemplo en la psicoterapia de adultos. Esto representó una pérdida de tiempo y de recursos humanos. Quizá una batería de pruebas más breve hubiera sido lo conveniente para este tipo de servicio o bien aplicar sólo aquellos instrumentos cuya información era suficiente para poder emitir un diagnóstico que estuviera de acuerdo con el tipo de psicoterapia que se iba a instrumentar.

En cuanto a la terapéutica, el uso de diferentes técnicas fué uno de los problemas cruciales en esta experiencia, pues se deseaba llegar a las últimas consecuencias del problema a través de sólidas y amplias intervenciones. Fué entonces necesario que los servicios de psicoterapia fueran versátiles y flexibles de tal manera que permitieran la solución de los problemas que intenaban tratar. Para resolverlos se hizo necesario seleccionar y utilizar libremente aquellas prácticas o contribuciones que mostraran su efectividad en la práctica sin considerar con demasiada ssusplicacia su origen. Fué por esta razón que se solicitaron profesionales con experiencia de diversas áreas (por ejemplo: maestros, fisioterapeutas, etc.), que desafortunadamente en nuestro caso tuvieron que ser reemplazados por estudiantes. Además de estas circunstancias, las siguientes razones fortalecen nuestra convicción de que la especialización del personal de psicología es importante en este tipo de servicio:

- a. El volumen de pacientes que se maneja es sumamente alto y no se dispone de tiempo para preparar programas específicos, ma-

teriales, etc. antes de las sesiones de terapia, lo cual puede ser superado en gran medida con una amplia experiencia dentro de determinada área de trabajo.

- b. El dedicarse a una sola área ofrece la oportunidad de capacitarse e investigar nuevos procedimientos terapéuticos los cuales pueden irse perfeccionando con la práctica.

En cuanto a los criterios de alta, éstos fueron continuamente modificados dado que expresaban los resultados que se obtenían. También en este punto la Institución y el Departamento de Psicología tenían diferentes concepciones acerca de estos criterios. La Institución solicitaba resultados de tipo cuantitativo, como: Número de altas, número de pacientes atendidos, porcentaje de tiempo cubierto por el personal de psicología. El Departamento de Psicología se interesaba por resultados de tipo cualitativo que permitieran conocer la efectividad de los servicios lo cual era posible a través de parámetros tales como: Altas Positivas, - Altas Negativas, índice de deserción, número de sesiones por paciente.

En virtud del desacuerdo existente consideramos que se obró erróneamente al presentar los resultados de acuerdo a los parámetros que Psicología consideraba importantes y que no eran los que se manejaban con el personal médico. Más aún, el que existieran índices de deserción, número de sesiones por paciente, etc., quizá provocó que la Institución se preguntara si el Departamento de Psicología estaba funcionando bien o no. En este sentido hu--

biera sido importante buscar procedimientos que cubrieran tanto - las expectativas de la Institución como las del servicio de psicología y comunicar sólo aquellos resultados que convinieran a ambas partes.

La manera como se llevaba a cabo la evaluación de los servicios de psicología también afectaba al personal del Departamento, ya que con frecuencia, oponían resistencia a que sus expedientes fueran revisados con fines evaluativos; esto provocó que los criterios de alta establecidos fueran alterados en algunas ocasiones.

Dicho sistema tenía también dos grandes inconvenientes:

- a. Requería de una persona capaz y con experiencia, de tiempo completo, se dedicara únicamente a la labor de auditar los expedientes.
- b. Los terapeutas invertían mucho tiempo en elaborar sus reportes y llenar los expedientes de Psicología y de Salud, lo cual repercutía en sus funciones psicoterapéuticas.

En cuanto al equipo de psicología, éste estaba integrado por personal joven, recién egresado, cuya situación tenía las siguientes ventajas:

- a) Ponían interés y entusiasmo en su trabajo.
- b) Estudiaban e investigaban continuamente acerca del área en que estaban trabajando.
- c) Aprendieron a trabajar en equipo.

- d) Establecían una relación cordial y de servicio con sus pacientes.
- e) Se preocupaban constantemente por la evolución de sus pacientes, lo cual repercutía en la efectividad de sus intervenciones.
- f) Poseían un alto sentido de responsabilidad, cooperación y servicio.

Las desventajas de este tipo de personal fueron básicamente su inexperiencia y consecuente inseguridad en el desempeño de su tarea.

En cuanto a la dinámica interna del equipo de psicología, - se afrontaron los problemas propios de la integración de un grupo (discrepancia en opiniones, evasión en la toma de responsabilidades, por ejemplo), las cuales se trataron de superar a través de la instrumentación de técnicas de grupos operativos centrados en la tarea. Este procedimiento tenía la ventaja de poder retroalimentar al personal y reajustar los procedimientos establecidos y, por otro lado, tenía la gran desventaja de que, en ocasiones, algunos miembros del personal asumían actitudes negativas ante determinadas decisiones, y se rehusaban a llevar a cabo ciertos procedimientos importantes para el Departamento. Aunada a esta problemática interna estaban las presiones externas que ejercía la - Institución, las cuales influían en el ánimo y entusiasmo del grupo pues los continuos cambios en los procedimientos no les permitía comprender qué era lo que se esperaba de ellos, causándoles -

mucha inseguridad.

A pesar de los problemas que surgen del trabajo en equipo, pensamos que estos son mínimos en relación a las ventajas que se obtienen como: Intercambio de experiencias, retroalimentación de su ejecución en el trabajo, reconocimiento de la labor desarrollada, fomento de inquietudes para seguirse actualizando, etc.

En cuanto a la inexperiencia del equipo de psicología, ya que la mayoría eran estudiantes que prestaban su servicio social, creemos que esta desventaja pudo ser superada con una capacitación permanente y la discusión de casos. Sin embargo, los beneficios que se obtuvieron fueron satisfactorios porque se pudo instrumentar un servicio psicológico con un presupuesto mínimo y se prepararon algunos recursos humanos para la comunidad chihuahuense.

CONCLUSIONES

"En el campo de la salud pública la población de enfermos mentales conforma una minoría discriminada y esta situación se manifiesta claramente en el hecho de que el presupuesto que se destina para su cuidado, es por lo menos cinco veces menor en comparación con el que se destina a otro tipo de enfermedades" (De la Fuente, 1978).

Los servicios de salud mental en consulta externa, surgen como una respuesta a los problemas ocasionados por la hospitalización psiquiátrica, por los costos elevados de los servicios de salud y por la sobrepoblación. Esta alternativa fué la solución encontrada para evitar la hospitalización innecesaria a través de la detección temprana. Es por esto que en el Plan Nacional de Salud, el cual coordina a todos los organismos relacionados con la salud mental, sus proyectos están encaminados hacia el desarrollo de recursos intermedios entre la consulta externa y la hospitalización. Hoy día, se empiezan a construir unidades para dar atención a la salud mental, creando servicios de psiquiatría dentro de los hospitales generales o integrados a los centros de salud.

Sin embargo, hemos visto a través del presente trabajo, que los proyectos pueden caer en situaciones que ponen en peligro los objetivos para los cuales fueron planeados inicialmente, mediando sus efectos ya sea creando programas ajenos a la población sin ver las necesidades reales de los destinatarios de los -

servicios o instrumentando esquemas de otras disciplinas, propiciando la formación de un servicio aislado de la misma comunidad a la que sirve.

Esta disociación tan frecuente en los servicios médicos asistenciales es clara para cualquier persona que ha trabajado en una Institución. Es evidente el frecuente fracaso de la asistencia médica por la estrechez del enfoque y por la saturación numérica de los servicios, lo cual redundaba en la perpetuación de los problemas y no en su solución.

Creemos que el modelo propuesto implicaba una apertura que pudo aportar soluciones específicas y viables en aquel medio, ya que las soluciones no se limitaban al área terapéutica, sino que abarcaban también el área preventiva. Hoy día, pocos dudan que la prevención y la detección temprana son de suma importancia y que si no se toman en cuenta y se dedican grandes esfuerzos a ellas, todos los cambios o innovaciones que se puedan hacer en el campo de la salud mental, están condenados a quedarse dentro de un círculo vicioso, atrapados en el duro trabajo de la rehabilitación.

Aunque los planes de trabajo para instrumentar el modelo casi siempre quedaron trancos y en continuas reestructuraciones por la falta de apoyo de la Institución, lo cual anuló la posibilidad de tener resultados a largo plazo para una evaluación confiable, estamos concientes que el modelo propuesto no era una so-

lución acabada, pero sí ofrecía una alternativa viable y más completa.

Al concluir este trabajo hemos aprendido que el establecimiento exitoso de un programa de salud mental, no depende solamente de sus objetivos, de la experiencia y empeño de quienes lo van a instrumentar, sino de otras condiciones sociopolíticas, extra-profesionales muchas veces consideradas, y que en realidad no lo son, y que debían ser enseñados a lo largo de la carrera.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association. Psychiatry Glossary, Washington, D. C.: Ed. 2, 1964.
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, D. C.: Ed. 2, 1968.
3. Appel, Kenneth, Morris, Harold Psychiatry, Tomo 5, The Encyclopedia of Mental Health, New York, Franklin Watts Inc., - 1963.
4. Berglind, B. Mesa Redonda sobre Psiquiatría Comunitaria, Salud Mental, 1978, Vol. 1, Año 1, Núm. 4, Pag. 35 - 41.
5. Bleuler, E. Textbook of Psychiatry, New York: The MacMillan Co., 1936.
6. Blum Marcela, Un Programa de Psiquiatría Comunitaria en Santa Ursula Coapa, D. F., Salud Mental, 1979, Vol. 2, Año 2, - Núm. 1, Pag. 19 - 22.
7. Cannon, W. B. The Wisdom of the Body, New York: W. W. Norton and Co. Inc., 1940.
8. Calderón Narváez, G. La Salud Comunitaria en México, La Lucha Contra las Enfermedades Mentales, México: Archivo del --

Fondo de Cultura Económica, Núm. 25, 1974, Pag. 18 - 31.

9. CEMESAM, Distribución de Camas para Hospitalización Psiquiátrica en las Siete Regiones de la S.S.A. Reporte Interno, 1979.
10. CEMESAM, Distribución de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en el D. F. y Estados de la República Mexicana, - Reporte Interno, 1979.
11. Cohen de Govia, G. La Psicología en la Salud Pública, México: Extemporáneos, 1975.
12. Cabildo Arellano, H. M. Panorama Epidemiológico de los Desórdenes Psiquiátricos en la República Mexicana, Salud Pública de México, 1971, Vol. XIII, Núm. 1, Pag. 53 - 63.
13. Díaz Guerrero, R. Estudios de Psicología del Mexicano, Edición Mimioografiada, México, D. F., 197 .
14. Dubós, R. El Espejismo de la Salud, México: Fondo de Cultura Económica, 1975, Pag. 15.
15. Eisenberg, L. Science, 176: 123, 1972.
16. Eisenberg, L. On the Differential Distribution of Psychiatric Disorders by Sex; Conference. Le Fait Femenin, Centre Roya-

- umont pour une science del l'homme, Paris, 3-5, sept. 1976.
17. Eisenberg, L. Psiquiatria y Sociedad, Salud Mental, México, 1978, Vol. 1, Año 1, Núm. 4, Pags. 16 - 21.
 18. Engelhardt, H. T. Mental Health: Philosophical Perspectives, Philosophy and Medicine, Boston: 1978, Vol. 4 (introduc) Ed. Reidel Publishing, Co.
 19. ESVAMEX, S. C. Datos Estadísticos y Geográficos del Estado - de Chihuahua, Folleto Informativo, Grupo Chihuahua, 1978.
 20. Faris, R. Dunham H., Mental Disorders in Urban Areas, A Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses, University of Chicago Press, 1939.
 21. Fuente, R. de la Campillo, C. La Psiquiatria en México: Una Perspectiva Histórica, Gaceta Médica de México, 1976, Vol. III, Núm. 5.
 22. Fuente R. de la, La Salud Mental en México, Salud Mental México: 1978, Vol. 1, Año 1, Núm. 1, Pag. 4 - 13.
 23. Garza, V. R., La Salud Mental en el Estado de Chihuahua, Tra bajo Inédito, 1980.
 24. Glosario Cubano, Rev. de la Clasificación Internacional de -

Enfermedades, Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba, 1974
(G.C.1 de la C.I.E-8).

25. Goffman, E. Asylums, New York: Doubleday, 1961.
26. Gobierno de Chihuahua, Perfil Socioeconómico del Estado de -
Chihuahua, Departamento de Economía, 1977.
27. Gruenberg, E. M. Causes of Mental Disorders: A Review of E--
pidemiologic Knowledge, New York: Milbank Memorial Fund.,
1961, Pag. 266.
28. Heywordk, M. Varigas M. Antipsiquiatría, Una Controversia -
Sobre la Locura, Madrid: Fundamentos, 1973.
29. Holligshead, A. Redlich F., Social Class and Mental Illness,
New York: John Wiley, 1958.
30. Illich, I. Némesis Médica, México: Siglo XXI, 1975.
31. Kolb, L. C., Modern Clinical Psychiatry, Philadelphia: W. B.
Saunders Co., 1973.
32. Lain E. P. Salud y Enfermedad, México: Salvat Editores, 1973
33. Leighton, D., Harding, J., Macklin, D. The Character of Dan-
ger, New York: Basic Books, 1963.

34. Leon A. C. Psychiatry in Latin America, Brit. J. Psychiatry, Pag. 121 - 35, agosto, 1972.
35. López, C. E., Medicina e Higiene Mental, Salud Mental, México: 1978, Vol. 1, Año 1, Núm. 4, Pag. 4 - 5.
36. La Prensa, Centro Librero, Chihuahua Hoy, Chihuahua: 1979.
37. Michaux, L., Conferencia Pronunciada en la Sesión Anual de la Sociedad Médica de los Hospitales de París, el 7 de enero de 1972, Médecine de France, Paris: enero 1972.
38. Nava Requesens, A. Psiquiatría Comunitaria, Salud Mental México: 1978, Vol. 1, Año 1, Núm. 4, Pags. 35 - 41.
39. Organización Mundial de la Salud, Organización de los Servicios de Salud Mental en los Países en Desarrollo, 16º Informe del Comité de Expertos de la O. M. S., Ginebra: 1975, Serie de Informes Técnicos, Núm. 564.
40. Tenorio R., Mesa Redonda sobre Psiquiatría Comunitaria Salud Mental, México: 1978, Vol. 1, Año 1, Núm. 4, Pags. 35 -- 41.
41. Parra Ana y Cols, Censo de Pacientes Crónicos Hospitalizados, Reporte Interno del CEMESAM, México: 1978.
42. Pérez - Rincón, G., Comunicación Masiva y Salud Mental, Salud

- lud Mental, México: 1979, Vol. 2, Año 2, Núm. 3, Pag. 1 - 3.
43. Pérez - Tamayo, R., Tres Variaciones sobre la Muerte, México: La Prensa Médica Mexicana, 1974.
44. Plunkett & Gordon, Epidemiology and Mental Illness, New York: Basic Books, Inc., 1960.
45. Ramírez Moreno A., Mesa Redonda sobre Psiquiatría Comunitaria, Salud Mental, México: 1978, Vol. 1, Año 1, Núm. 4, Pags. 35 - 41.
46. Ramírez Moreno, Pucheu, C., Macías, R., Nares, D., Programa de Psiquiatría y Salud Mental, Psiquiatría, México: 1977, 1 (7), Pags. 34 - 36.
47. Ryan, P. J., Salud Mental: Sistemas Tradicionales y Modernos Salud Mental, México: 1979, Vol. 2, Año 2, Núm. 3, Pags. 15 - 16.
48. Sarason, I. G., Psicología Anormal: Los Problemas de la Conducta Desadaptada, México: Ed. Trillas, 1972.
49. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Memorias 1971-1976, México: Dirección General de Estadística, 1976.
50. Secretaría de Programación y Presupuesto, Proyecciones de la

- Población Mexicana, 1970 - 1980, México: Dirección General - de Estadística, 1978.
51. Secretaría de Programación y Presupuesto, Manual de Estadísticas Básicas, México: Sector Salud y Seguridad Social, Social-Demográficos III, 1978.
 52. Szasz, T. S., The Myth of Mental Illness, New York: Harper & Row, 1961.
 53. Ullman, L. Krasner L., Case Studies in Behavior Modification New York: Holt Rinehart & Winston, 1965.
 54. Velasco Fernández, R., Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo, México: Edit. ANUIES, 1980.
 55. Velasco Fernández, R., El Futuro de la Psiquiatría Institucional en México, La Lucha Contra las Enfermedades Mentales, México: Archivo del Fondo de Cultura Económica, Núm. 25, -- 1974, Pags. 116 -- 131.
 56. Weissman M. Paykel E., The Depressed Woman, A Study of Social Relationships, University of Chicago Press, 1974.
 57. Yates, A. J. Terapia del Comportamiento, México: Ed. Trillas 1970.

A P E N D I C E S

- 1.- DOCUMENTACION QUE INCLUIA EL EXPEDIENTE DE PSICOLOGIA.
- 2.- BATERIA DE PRUEBAS QUE APLICO EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DURANTE 1978.
- 3.- BATERIA DE PRUEBAS QUE APLICO EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DURANTE 1979.
- 4.- ESCALAS DE EVALUACION CONDUCTUAL QUE APLICO EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA EN 1979.
- 5.- ESPACIO FISICO IDEAL PARA INSTRUMENTAR EL MODELO PROPUESTO.
- 6.- PROGRAMAS DE EDUCACION PSICOSOCIAL.
- 7.- FLUJOGRAMA QUE MUESTRA EL INGRESO DEL PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.
- 8.- PROFESIOGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.
- 9.- ANALISIS Y PERFILES DE PUESTO DE CADA MIEMBRO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.

APENDICE Nº 1

DOCUMENTACION QUE INCLUIA EL EXPEDIENTE DE PSICOLOGIA

FORMA (1)

a. Infantes (de 0 a 3 años)

- | | |
|--|-----|
| 1. Ficha de Identificación | 1.1 |
| 2. Rehabilitación Integral | 1.2 |
| 3. Reporte del Estudio Psicológico | 1.3 |
| 4. Entrevista de Conducta | 2.1 |
| 5. Registro Evolutivo (Gesell) | 2.2 |
| 6. Diagnóstico de Desarrollo | 2.3 |
| 7. Protocolos de los instrumentos aplicados
(véase el Apéndice 3) | |

b. Niños (de 3 a 14 años)

- | | |
|--|-------|
| 1. Ficha de Identificación | 1.1 |
| 2. Rehabilitación Integral | 1.2 |
| 3. Reporte de Estudio Psicológico | 1.3 |
| 4. Historia de Desarrollo | 3.1 |
| - Registro de Conductas | 3.1.1 |
| - Estudio Psicodiagnóstico | 3.1.2 |
| - Anotaciones de Psicoterapia | 3.1.3 |
| 5. Contrato | 3.6 |
| 6. Protocolos de los instrumentos aplicados
(véase el Apéndice 3) | |

(1) Véase el Anexo

- c. Adultos (de 15 años en adelante)
1. Ficha de Identificación 1.1
 2. Rehabilitación Integral. 1.2
 3. Reporte de Estudio Psicológico 1.3
 4. Historia Personal 4.1
 - Estudio Psicodiagnóstico 4.1.1
 - Anotaciones de Psicoterapia 4.1.2
 5. Protocolos de los instrumentos aplicados
(véase el Apéndice 3)

APENDICE Nº 2

BATERIA DE PRUEBAS QUE APLICÓ EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DURANTE 1978

- a. Infantes (de 0 a 3 años)
 - 1. Diagnóstico de Desarrollo de Arnold Gesell

- b. Niños (de 3 a 14 años)
 - 1. Test Viso-motor de Bender
 - 2. Examen Psicomotor de Vayer
 - 3. Test de la Figura Humana de Goodenough
 - 4. Escala de Inteligencia Weschler para Niños
 - 5. Test de Apercepción Temática para Niños
 - 6. Estudio Socio-económico y Ambiental

- c. Adultos (de 15 años en adelante)
 - 1. Escala de Inteligencia Weschler para Adultos
 - 2. Test de Dominós de Anstey C.I.
 - 3. Test Gestáltico Bender
 - 4. Test de la Figura Humana de Machover
 - 5. Inventario Multifásico de la Personalidad
 - 6. Test de Apercepción Temática
 - 7. Test de los Colores de Lüscher
 - 8. Estudio Socio-económico y Ambiental

APENDICE Nº 3

BATERIA DE PRUEBAS QUE APLICÓ EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DURANTE 1979

- a. Infantes (de 0 a 3 años)
 - 1. Diagnóstico de Desarrollo de Arnold Gesell
 - 2. Examen Psicomotor de Vayer

- b. Niños (de 3 a 14 años)
 - 1. Test Viso-motor de Bender. Madurez
 - 2. Examen Psicomotor de Vayer
 - 3. Test de la Figura Humana de Goodenough. C.I.
 - 4. Escala de Inteligencia Weschler para Niños
 - 5. Test Binet-Simon Rev. Terman. Madurez y C.I. (1)
 - 6. Test de Frosting
 - 7. Examen Psicopedagógico
 - 8. Examen de Articulación (1)
 - 9. Test de Apercepción Temática para Niños. Personalidad
 - 10. Estudio Socio-económico y Ambiental

- c. Adultos (de 15 años en adelante)
 - 1. Escala de Inteligencia Weschler para Adultos
 - 2. Test de Inteligencia de Raven (1)

(1) Aplicados únicamente cuando se tenía duda de los resultados obtenidos en otros instrumentos.

3. Test Gestáltico Bender. Organicidad y Personalidad.
4. Test de la Figura Humana de Machover. Personalidad.
5. Inventario Multifásico de la Personalidad.
6. Test de Personalidad de Simons (2)
7. Test de Apercepción Temática. Personalidad
8. Escala de Auto-Evaluación Conductual
9. Estudio de Interacciones Maritales
10. Estudio Socio-económico y Ambiental

(2) Se aplicó a adolescentes en lugar del T.A.T.

APENDICE Nº 4

ESCALAS DE EVALUACION CONDUCTUAL QUE APLICÓ EL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA EN 1979

1. Cuestionario de Historia Análisis Conductual
2. Escala de auto-evaluación conductual
3. Escala de motivación para cambio de conducta
4. Programa de evaluación de reforzadores
5. Programa de estudio de condicionamiento cubierto
6. Programa de evaluación de escenas aversivas
7. Inventario de imaginación
8. Inventario de detención de pensamiento
9. Inventario de conducta asertiva
10. Inventario de señales de tensión y ansiedad
11. Programa de estudio de ansiedad social
12. Programa de estudio de interacción familiar
13. Programa de estudio de conducta sexual (ansiedad y placer)
14. Programa de estudio de quejas físicas
15. Programa de estudio del dolor
16. Programa de estudio del vómito
17. Programa de estudio de conducta depresiva
18. Cuestionario de alcoholismo
19. Cuestionario de drogadicción
20. Cuestionario de fumar
21. Cuestionario de hábitos para comer

(1) Estos inventarios fueron desarrollados por los siguientes au

tores: Cautela, J. R., Upper, D., Kastenbaum, R., Meisal, L., -
Ascher, M., Tondo, T., Scott, D., Leonard, Ch. Algunos de los in
ventarios mencionados se encuentran publicados en: The Behavior -
Inventory Battery: The use of self-report measuring behavioral
analysis in therapy. En M. Harseny y A. S. Bellak (Eds.) Beha-
vior Asessment: A Practical Handbook. Elmsford, N. Y.: Pergamon
Press, 1976.

APENDICE Nº 5

ESPACIO FISICO IDEAL PARA INSTRUMENTAR EL MODELO PROPUESTO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

<u>UNIDADES OPERATIVAS</u>	<u>ESPACIOS FISICOS</u>	<u>NUMERO</u>
Coordinación	Oficina de la Coordinación	1
Recepción	Sala de espera	1
AREA TERAPEUTICA:		
Unidad de Psicometría	Cubículos	4
	Cabinas	4
Unidad Psicoterapéutica para Adultos	Consultorios	2
	Sala pequeña	1
	Cubículo para D-S	1
Unidad Psicoterapéutica para Niños	Consultorio	2
	Salón-Escuela	4
	Cámara de Gessel	1
AREA PREVENTIVA:		
Centro de Capacitación	Auditorio para 30 personas	1
	Cubículos	2

APENDICE Nº 6

CENTRO DE EDUCACION PSICOSOCIAL

PROGRAMACION DE

- **CONFERENCIAS**
- **CURSOS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CENTRO DE EDUCACION PSICOSOCIAL
PROGRAMACION DE CONFERENCIAS

216

CONFERENCIA	OBJETIVO	DIRIGIDA A
ALCOHOLISMO Y DROGAS	Informar acerca de las desventajas y secuelas de la ingestión repetitiva y/o periódica del alcohol y las drogas	Derechohabientes cuya edad fluctúe entre los 13 y 49 años, sean adictos o no
ORIENTACION E HIGIENE SEXUAL	Orientación sobre la anatomofisiología sexual del hombre y la mujer, higiene sexual y prevención de enfermedades infecto-contagiosas de tipo venereo	Derechohabientes cuya edad fluctúe entre los 13 y 18 años
ASPECTOS PSICO-CULTURALES DE LA SEXUALIDAD	Proporcionar orientación sobre los aspectos psicológicos y culturales que influyen en la sexualidad	Orientadores vocacionales de las escuelas secundarias - Derechohabientes cuya edad fluctúe entre los 19 y 59 años de ambos sexos en conferencias por separado
FISIOLOGIA Y PSICOLOGIA DE LA MENOPAUSIA	Orientar a la población derechohabiente próxima a jubilarse sobre los cambios psicológicos, físicos y sociales que tendrán que enfrentar y motivarles a planear su nueva forma de vida	- Derechohabientes entre los 49 y 70 años
PLANIFICACION FAMILIAR	Orientar acerca de la planificación familiar concientizando en la necesidad y derecho que tiene la pareja de decidir libremente acerca de su descendencia, enfatizando en las consecuencias psicológicas, físicas y culturales de una inadecuada planificación	- Derechohabientes de ambos sexos entre los 19 y 59 años - Padres de familia de escuelas primarias
ORIENTACION NUTRICIONAL EN LA INFANCIA	Contribuir a la reducción de patologías nutricionales. Promover la alimentación del pecho materno	- Derechohabientes del sexo femenino entre 19 y 45 años con hijos menores de 5 años
COMPORTAMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL	Orientar a los padres en el manejo y cuidado adecuado de sus hijos, de acuerdo al desarrollo físico y psicológico	- Madres con hijos en terapia psicológica - Educadoras - Personal de Guardería - Padres de familia de escuelas primarias
TEMAS ENFOCADOS A LA PRESERVACION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD MENTAL	Orientar a grupos no derechohabientes sobre estos temas promoviendo la importancia de difundirlos a la comunidad en general y en su vida personal	- Maestros normalistas - Estudiantes de T.S. - Personal para-médico - Educadoras - Escuelas que lo solicitan

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CENTRO DE EDUCACION PSICOSOCIAL

217

PROGRAMACION DE CURSOS

CURSO	OBJETIVO	DIRIGIDO A
MODIFICACION DE CONDUCTA	Capacitar y orientar a las madres de familia en el mejor manejo de sus hijos, aplicando diferentes procedimientos para incrementar y fortalecer conductas adecuadas y decrementar o disminuir las conductas inadecuadas	<ul style="list-style-type: none"> . Madres de familia con niños en terapia psicológica . Madres de familia simpatizantes al programa y/o canalizados por el médico
EDUCACION A PADRES	Capacitar a padres primerizos en el manejo de sus hijos, así como influencias de los factores sociales y ambientales que intervienen en su desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> . Pareja de padres en espera de su primer hijo . Padres simpatizantes al programa y/o canalizados por el médico
INTEGRACION FAMILIAR	Proporcionar orientación para facilitar el adecuado establecimiento de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia	<ul style="list-style-type: none"> . Familias con pacientes en terapia psicológica . Simpatizantes al programa y/o canalizados por el médico
PARTO SIN TEMOR	Preparar física y psicológicamente a las gestantes en los aspectos que intervienen en el parto para reducir la ansiedad y tensión física	<ul style="list-style-type: none"> . Derechohabientes embarazadas a partir del cuarto mes
RELACIONES HUMANAS	Proporcionar orientación para facilitar el adecuado establecimiento de las relaciones interpersonales dentro del marco laboral y enfatizar la importancia del trabajo en grupo	<ul style="list-style-type: none"> . Personal administrativo, ejecutivo, médico y paramédico de la Institución
MOTIVACION A	Proporcionar orientación para una mejor comprensión del comportamiento humano dentro del marco laboral	<ul style="list-style-type: none"> . Personal administrativo de la Institución
MOTIVACION B	Proporcionar orientación para una mejor comprensión del comportamiento humano dentro del marco laboral y propiciar así una adecuada supervisión y reconocimiento del personal bajo su cargo	<ul style="list-style-type: none"> . Personal ejecutivo de la Institución

APENDICE N° 7

FLUJOGRAMA QUE MUESTRA EL INGRESO DEL
PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

INGRESO DE PACIENTES AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ACTIVIDADES	INTERVIENEN							
	MEDICOS ESPECIALISTAS	COORDINACION	PACIENTES	TERAPEUTA	UNIDAD PSICOMETRIA	PSICOTERAPIA ADULTOS	PSICOTERAPIA NINOS	PROGRAMA EDUCACION PSICOSOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> - Realiza entrevistas al paciente - Realiza la apertura del expediente psicológico - Revisa expediente de salud resumiendo datos clínicos importantes - Solicita estudio psicológico - Envía expediente a psicometría con notas sobre los aspectos que desea exploren los test <p>Nota.- Si el caso lo amerita o corresponde a otro especialista, pase al punto 4; si no, continúe la secuencia</p>			●	●				
<ul style="list-style-type: none"> - Cita al paciente para realizar test - Llena ficha de identificación - Aplica test psicológicos - Revisa test psicológicos - Elabora integración o estudio psicodiagnóstico - Elabora carta de integración (2 copias) - Envía expediente psicológico al terapeuta que solicitó el estudio 			●	●				
<ul style="list-style-type: none"> - Analiza, revisa y corrige estudio psicodiagnóstico y carta de integración - Con la información anterior emite diagnóstico en base a glosario - Elabora resumen somato-psica-social (copia y orig.) y envía original a expediente de salud - Citar al paciente para notificar resultados. 			●	●				

APENDICE Nº 8

PROFESIOGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

- REQUISITOS
- FACTORES PARA ESTIMULOS ECONOMICOS
- RELACIONES DE MANDO
- ACTIVIDADES

REQUISITOS PARA OCUPAR LAS PLAZAS DEL DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGIA

- 1) Carta de pasante de la profesión expedida por una Institución oficial reconocida.
- 2) Título profesional expedido por una institución oficial reconocida y registrada por la Dirección de Profesiones.
- 3) Un año de ejercicio profesional después de titulado.
- 4) Dos años de ejercicio profesional después de titulado.
- 5) Certificado expedido por una institución reconocida que acredite la especialización de su actividad en cursos con una duración mínima de 10 meses.
- 6) Constancia que acredite la experiencia profesional dentro del campo de su especialidad.
- 7) Comprobación de buenos antecedentes.
- 8) Curriculum Vitae a satisfacción de la Institución.
- 9) Conocimientos de las labores de la dependencia.
- 10) Conocimiento de organización y administración de oficinas.

FACTORES PARA ESTIMULOS ECONOMICOS

- 1) Cumplimiento de los deberes entendiéndose por éstos la asidui-
dad en la asistencia a sus labores y el acatamiento de los li-
neamientos y disposiciones que marque la institución y el De-
partamento de Psicología en particular.
- 2) Experiencia profesional, en lo que se considerará el tiempo -
que lleva en el campo profesional y la estimulación que de e-
sa experiencia haya hecho la misma Institución.
- 3) Habilidad, entendiéndose por ésta la manera efectiva de apli-
car sus conocimientos tomando en cuenta, además, la atención
e interés que presta el profesional a los pacientes y su modo
de tratarlos.
- 4) Adiestramiento y capacitación en cursos de postgrado o de es-
pecialización que realice el profesional para mejorar un tra-
bajo, debiendo presentar cuando se trate de postgrado, certi-
ficado expedido por una Institución oficial reconocida que a-
credite su especialización con duración mínima de dos años, o
cuando se trate de cursos de especialización, certificado ex-
pedido por Institución reconocida que acredite la especializa-
ción de su actividad en cursos con una duración mínima de 10
meses.

RELACIONES DE MANDO

- 1) **Directas del Delegado**
- 2) **Directas del Jefe de Departamento**
- 3) **Directas del Responsable de Unidad**

PROFESIOGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

ENCARGADO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS

REQUISITOS: 2, 6, 7, 8, 9 y 10

FACTORES PARA ESTIMULOS ECONOMICOS: 1, 2 y 4

RELACIONES DE MANDO: 1

ACTIVIDADES: Estudia, analiza y propone modificaciones a normas, sistemas, métodos y procedimientos de trabajo, en apoyo a las autoridades normativas.

Participa en la corrección de desviaciones a las normas establecidas, en el diseño de programas de trabajo y en la instrumentación de sistemas, métodos y procedimientos de trabajo. Vigila la aplicación de las normas e instructivos vigentes y toma medidas correctivas sobre las desviaciones correspondientes. Analiza y detecta desviaciones de la aplicación de las normas y somete a consideración del jefe inmediato los casos no considerados en las normas establecidas y propone soluciones. Planea actividades de trabajo técnico. Distribuye el trabajo al personal subalterno. Revisa en forma sistemática la ejecución del trabajo realizado por el personal subalterno capacitándolo y orientándolo en el desarrollo de sus labores.

Reporta los actos y omisiones contrarios a la correcta conducta laboral, así como las incidencias del personal del departamento. Vigila el correcto funcionamiento y la disciplina en el trabajo. Prepara trabajos rutinarios y especiales encomendados por la Institución. Atiende, orienta e informa sobre aspectos

tos relacionados con las funciones encomendadas al Departamento. Informa sobre las actividades a su cargo. Realiza las labores administrativas inherentes a su cargo.

PSICOLOGO

REQUISITOS: 2, 4, 6, 7 y 8

FACTORES PARA ESTIMULOS ECONOMICOS: 1, 2, 3 y 4

RELACIONES DE MANDO: 1 y 2

ACTIVIDADES: Proporciona tratamientos psicológicos, estableciendo un programa particular según el caso, tendientes a restablecer y mantener la salud mental de los derechohabientes. Formula diagnósticos y pronósticos. Desarrolla programas de terapéutica personal o de grupos, supervisa y asesora a los terapeutas de área.

Instituye y vigila tratamientos, cooperando para su mejor solución con los servicios de neurología, psiquiatría y médicos en general de la Institución. Realiza las labores administrativas inherentes a su cargo.

PSICOMETRA

REQUISITOS: 2, 3, 5, 6, 7 y 8

FACTORES PARA ESTIMULOS ECONOMICOS: 1, 2, 3 y 4

RELACIONES DE MANDO: 1 y 2

ACTIVIDADES: Realiza estudios psicológicos a derechohabientes, aplicando e interpretando instrumentos psicológicos que le permiten dar un asertado diagnóstico. Canaliza a los pacientes al psicoterapeuta y/o especialista según el caso. Auxilia los servicios de trabajo social en el estudio preventivo y de diagnóstico

que analiza factores de medio ambiente, familiares y de trabajo.

TERAPEUTA DE AREA

REQUISITOS: 1, 3, 5, 6, 7 y 8

FACTORES PARA ESTIMULOS ECONOMICOS: 1, 2, 3 y 4

RELACIONES DE MANDO: 1, 2 y 3

ACTIVIDADES: Elabora y aplica programas de terapéutica a niños - con retardo mental o problemas de conducta que presenten déficits de psicomotricidad, lenguaje, académicos y/o sociales. Supervisa y ejecuta actividades de grupo para estimular los intereses de los niños y ampliar su comprensión del ambiente físico y social. Aplica pruebas para la evaluación de los programas aplicados. Elabora material didáctico.

ORIENTADOR PSICOLOGICO

REQUISITOS: 2, 3, 6, 7 y 8

FACTORES PARA ESTIMULOS ECONOMICOS: 1, 2 y 4

RELACIONES DE MANDO: 1 y 2

ACTIVIDADES: Planea, programa e instrumenta cursos, ciclos de conferencias periódicas a derechohabientes con la finalidad de prevenir y mantener la salud mental de los derechohabientes. Detecta las necesidades de educación psicosocial. Participa en la programación de folletos educativos.

DIBUJANTE PUBLICITARIO

REQUISITOS: 1, 3, 6, 7 y 8

RELACIONES DE MANDO: 1, 2 y 3

FACTORES PARA ESTIMULOS ECONOMICOS: 1, 2 y 4

ACTIVIDADES: Dibujo artístico comercial, elaboración de bocetos - para carteles, folletos, publicaciones, etc. y publicidad en general.

APENDICE N^o. 9

ANALISIS Y PERFILES DE PUESTO DE
CADA MIEMBRO DEL EQUIPO DE PSICO
LOGIA.

- JEFE DEL DEPARTAMENTO
- SECRETARIA

CONCEPTO	DESCRIPCION
Nombre del Puesto:	- Jefe del Departamento de Psicología.
Objetivo:	- Planear y coordinar las acciones requeridas para prevenir y mantener, detectar y recuperar la salud mental de los derechohabientes con perturbaciones mentales.
Ubicación:	- Departamento de Psicología
Jefe inmediato:	- Jefe de la Delegación Chihuahua
Puestos bajo su mando:	<ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Psicometría - Unidad de Psicoterapia - Unidad de Adultos - Unidad de Niños - Educación psicosocial - Ayudante del proyecto de la Guardería - Secretaria
DESCRIPCION DE FUNCIONES:	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar, supervisar y asesorar a las unidades de capacitación, información, psicometría, psicoterapia adultos, y de niños. - Planear y diseñar la metodología, programas y recursos de acuerdo al crecimiento del servicio. - Investigar e implementar nuevos recursos terapéuticos para el tratamiento psicológico. - Planear y asesorar el proyecto de guardería y estancia infantil. - Proporcionar psicoterapia a adultos y orientación a padres. - Supervisar y realizar funciones administrativas.
DESCRIPCION ESPECIFICA DE LAS FUNCIONES:	<p data-bbox="545 1427 894 1455"><u>Actividades Constantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer, asesorar y autorizar los programas de actividades. - Determinar la población atendida en relación con la capacidad instalada, para la planeación de programas. - Señalar los lineamientos para la organización administrativa interna y su aprobación.

CONCEPTO

DESCRIPCION

- Establecer los mecanismos de control de programas de trabajo y su supervisión de su desempeño
- Vigilar el cumplimiento de los manuales instructivos del departamento.
- Autorizar los ajustes de horario del servicio.
- Vigilar que se realicen la totalidad de los servicios administrativos.
- Dar psicoterapia a adultos.

Actividades Periódicas

- Discutir y/o comentar sobre diversos casos con la responsable de psicometría, responsable de psicoterapia niños y adultos (semanal)
- Convocar a reuniones de trabajo para efectos de retroalimentación y análisis del proceso de trabajo para sugerencias y modificaciones con el personal del departamento (quincenal).
- Colaborar y asesorar a las promotoras voluntarias para la realización de actividades (quincenal).
- Supervisar los lineamientos con los que opera el departamento --- (quincenalmente).
- Conocer y evaluar los informes de actividades presentados por los responsables de cada unidad (mensualmente).
- Asesorar y supervisar los avances del proyecto de guardería (cada tercer día).
- Participar en la organización e impartición de los cursos promovidos por el departamento (mensual)
- Elaborar el presupuesto anual del departamento (anual).

CONCEPTO

DESCRIPCION

Actividades eventuales

- Atender personalmente a los visitantes haciendo la demostración correspondiente.
- Autorizar el suministro de elementos materiales que se requieran en el departamento.
- Entrevistar a pacientes de nuevo ingreso, cubriendo todas las actividades básicas.
- Entregar resultados y dar orientación a padres.
- Nombrar y remover al personal así como autorizar licencias y permisos.
- Rendir información periódica y eventual que le sean solicitados.
- Realizar toda actividad similar y conexas con su puesto.

PERFIL DEL PUESTO:

Edad Mínima:
Edad Máxima:
Sexo:
Estado Civil:

- Jefe del Departamento de Psicología.
- 26 años
- 50 años
- Masculino o femenino
- Casado o soltero

Escolaridad:

- Licenciado en Psicología como mínimo, especialidad en clínica, -- adiestramiento en psicoterapia y en organización y sistemas.

Conocimientos específicos:

- Psicología aplicada a la salud pública.
- Programas de educación psicosanitaria.
- Administración psicosanitaria.
- Técnica de motivación y dominio de la técnica de manejo de grupo.
- Psicopatología, psicoterapia, educación especial, psicología educativa y comunicación.
- Planeación y organización.

CONCEPTO

DESCRIPCION

Experiencia:

-La obtenida en 2 años como mínimo en la aplicación de los conocimientos específicos.

Esfuerzo:

- Físico - Bastante
- Mental - Bastante

Características personales:

- Capacidad de retención (Indispensable) y observación.
- Sociabilidad y responsabilidad. (Indispensable)
- Personalidad. (Indispensable)
- Don de mando, espíritu (Indispensable) de colaboración, intere res de servicio social
- Capacidades de:
- Decisión, criterio, -- (Indispensable) análisis y
- De persuasión. (Indispensable)

CONCEPTO

DESCRIPCION

Nombre del Puesto:

- Secretaria

Objetivo:

- Se encarga de las labores administrativas y de la recepción del departamento.

Ubicación:

- Departamento de Psicología

Jefe Inmediato:

- Jefe del Departamento de Psicología.

Puesto (s) bajo su mando:

- Ninguno

DESCRIPCION DE FUNCIONES GENERALES:

- Realiza tareas de recepción, pasando a los pacientes al terapeuta que corresponda.
- Realiza trabajos de mecanografía para todas las secciones del departamento, toma dictado y elabora memorandums.

DESCRIPCION ESPECIFICA DE FUNCIONES:

Actividades Constantes

- Realiza la recepción de los pacientes, pasándolos a la unidad correspondiente.
- Realiza trabajos de mecanografía como en exténsiles, cartas, memorandums, oficios, recordatorios, etc.
- Toma dictado, recados telefónicos y se encarga de recibir y ordenar tareas de mensajería.
- Se encarga del ordenamiento constante del archivo, tanto en lo que se concierne a papelería como a documentación.
- Inscribe a las madres que traen sus niños por primera vez al departamento y al curso de modificación de conducta.

CONCEPTO

DESCRIPCION

Actividades periódicas

- Elabora la lista de requisiciones del departamento tomando en cuenta todas las secciones que lo comprenden (semanal y/o quincenal).
- Prepara las invitaciones, recordatorios al Curso de Modificación de Conducta, así como los diplomas correspondientes. (mensual).

Actividades eventuales

- Asiste a los cursos de capacitación de personal organizados por el departamento.
- Transcribe cartas de comprobación para justificación en el trabajo a los pacientes que lo soliciten a la coordinación.
- Realiza toda actividad similar y conexas con su puesto.

PERFIL DEL PUESTO:

- Secretaria

Edad Mínima:

- 18 años

Edad Máxima:

- 38 años

Estado Civil:

- Soltera o casada

Sexo:

- Femenino

Escolaridad:

- Carrera Comercial, Secundaria

CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS:

- Taquimecanografía, Recepción

EXPERIENCIA:

- La obtenida en un año como mínimo en puestos similares

REQUIRIMIENTOS:

- Esfuerzo:

- Físico: Bastante

- Mental: Bastante

Características Personales

- Iniciativa y dinamismo Indispensable
- Sociabilidad y responsabilidad Indispensable

CONCEPTO

DESCRIPCION

- | | |
|--|---------------|
| - Facilidad de expresión oral y escrita. | Indispensable |
| - Capacidad de criterio | Indispensable |
| - Precaución y Perseverancia. | Indispensable |

UNIDAD DE PSICOMETRIA

- RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE PSICOMETRIA
(PSICOMETRA)
- AUXILIARES DE PSICOMETRIA
- AUXILIARES DE EVALUACION Y ESTADISTICA
- TRABAJADORA SOCIAL

CONCEPTO

DESCRIPCION

Nombre del Puesto:	- Responsable de la Unidad de Psicometría
Objetivo:	- Coordinar las acciones tendientes a detectar a la población derechohabiente con perturbaciones emocionales a través de estudios psicológicos y ambientales y canalizar a través del expediente psicológico a especialistas y/o psicoterapeutas con la finalidad de que reciban un tratamiento integral.
Ubicación:	- Departamento de psicometría
Jefe inmediato:	- Jefe del Departamento de Psicología
Puesto (s) bajo su mando:	- Psicómetras, auxiliares de evaluación y estadística, y trabajadora social.
DESCRIPCION DE FUNCIONES GENERALES:	<ul style="list-style-type: none"> - Registra el número de personas atendidas por psicometría. - Registra pacientes, egresos e ingresos y total de horas por paciente. - Revisa o supervisa expedientes integrados y test aplicados.
DESCRIPCION ESPECIFICA DE FUNCIONES:	<p data-bbox="517 1031 866 1069"><u>Actividades Constantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro de pacientes en proceso, en la libreta de control, para llevar un cómputo de pacientes atendidos y horas por paciente. - Cita pacientes nuevos para canalizarlos a la psicómetra de tiempo disponible, para la aplicación de test. - Transfiere realización de estudios a trabajadora social. - Revisa y supervisa en conjunto con la psicómetra encargada para obtener un diagnóstico confiable. - Analiza, revisa y corrige estudio psicodiagnóstico y carta de integración. - Con la información anterior emite diagnóstico en base a glosario.

CONCEPTO

DESCRIPCION

- Discute y comenta el proceso y diagnóstico de los pacientes próximos a terapia con los terapeutas (de niños y de adultos).
- Cita al paciente para notificarle - resultados, transfiriéndolo al terapeuta de niños o adultos según el caso, y envía expediente psicológico al terapeuta que solicitó el estudio.
- Instruye y reparte trabajo a los encargados de evaluación y estadística, en lo que comprende a altas.
- Supervisa y orienta a su personal en las dudas que le plantean.
- Registra las horas de servicio social del personal a su cargo.

Actividades Periódicas

- Registra pacientes de egreso y nuevo ingreso en el libro de registro, para la estadística de pacientes atendidos (cada tercer día).
- Supervisa y orienta el trabajo de las encargadas de altas (semanal).
- Participan en las reuniones de trabajo, promovidas por la coordinación - del departamento para información y - retroalimentación del trabajo, así - como analizar sugerencias y modificaciones (quincenal).
- Participa en el curso de modificación de conducta en dinámicas de grupos -- y/o plática sobre temas de la personalidad infantil (mensual).

Actividades eventuales

- Asiste a cursos de capacitación, organizados por el Departamento, ya sea participando o asistiendo.
- Entrevista a pacientes.
- Aplica y revisa test e integra estudios.

CONCEPTO

DESCRIPCION

Perfil del Puesto:

- Reporta a la coordinación sobre los pacientes atendidos y las horas invertidas, en forma escrita mensual y diaria.
- Realiza toda actividad similar y conexas con su puesto.

- Responsable de la Unidad de Psicometría.

Edad mínima:

- 22 años

Edad máxima:

- 35 años

Estado civil:

- Soltero o casado

Sexo:

- Masculino o femenino

Escolaridad:

- Licenciatura en Psicología

Conocimientos específicos:

- Manejo de tests psicológicos
- Técnica de entrevista
- Conocimiento de estadística
- Manejo de grupos

Experiencia:

- Aplicación, en calificación de tests e integración de casos
- Práctica de estadística
- Dinámica de grupos
- Relaciones humanas y comunicación
- Esfuerzo físico, poco
- Esfuerzo mental, bastante

Características personales

- Iniciativa y dinamismo indispensable
- Sociabilidad y responsabilidad
- Facilidad de expresión, bastante
- Facilidad oral y escrita, bastante
- Capacidad analítica, bastante
- Capacidad de decisión, bastante
- Capacidad de criterio, bastante
- Don de mando, normal.

CONCEPTO	DESCRIPCION
Nombre del Puesto	- Auxiliar de Psicómetra
Objetivo	- Realizar estudios psicológicos a - derechohabientes con perturbacio-- nes emocionales a fin de emitir un diagnóstico preciso para canalizar los a la terapéutica adecuada.
Ubicación	- Departamento de Psicología Unidad de Psicometría
Jefe Inmediato	- Responsable de Unidad de Psicone-- tría
Puesto (s) bajo su mando	- Ninguno
Descripción de funcio- nes generales	- Administra tests a los pacientes - enviados a psicometría para evalua- ción y/o detección. - Revisa e interpreta los test apli- cados e integra el estudio psicólo- gico emitiendo un diagnóstico pro- bable.
Descripción especffi- ca de funciones	<p data-bbox="527 1014 876 1041"><u>Actividades constantes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="527 1043 1066 1155">1. Administra y aplica diferentes tests psicológicos a los pacientes (niños y adultos) enviados a psico- metría para evaluación. <li data-bbox="527 1172 1066 1225">2. Revisa, califica e interpreta - los tests aplicados. <li data-bbox="527 1241 1066 1577">3. Integra el estudio evaluativo - reportando el resultado de los --- tests aplicados sobre personalidad intereses, psicomotor, intelligen- cia, así como los datos aportados por el estudio socioambiental, las observaciones efectuadas en el tra- yecto de pruebas y en entrevista - con el paciente (adulto) o parien- tes de éste (madre, padre, herma-- nos, etc), para poder constituir - el diagnóstico. <li data-bbox="527 1594 1066 1703">4. Pasa a supervisión el estudio - integrado para su confiabilidad y trámite con la responsable de la - unidad. <li data-bbox="527 1720 1066 1774">5. Distribuye citas a los pacien-- tes según se facilite hora y fecha

para terminar el estudio aproximadamente en cuatro o cinco sesiones

6. Reporta diariamente el número - de horas de servicio social prestadas.

7. Ordena y selecciona el material psicométrico para sus uso.

8. Distribuye su tiempo para aplicación y revisión de tests.

Actividades periódicas

- Acomodación de expedientes llevando un orden de historia y tests -- previamente establecidos para facilitar la localización de formas y tests (cada tercer día).

- Asistencia a reuniones de trabajo promovidos por la coordinación del departamento, para información y -- retroalimentación del trabajo, así como para analizar proposiciones y modificaciones (quincenal).

- Participación en el curso de modificación de conducta en el teatro guiñol (mensual).

Actividades Eventuales

- Asistencia a cursos de capacitación de personal organizados por -- el departamento, ya sea participando o asistiendo.

- Realiza toda actividad similar y -- conexa con su puesto.

Perfil del puesto:

Edad mínima:

Edad máxima:

Estado civil:

Sexo:

Escolaridad:

Conocimientos específicos:

Experiencia:

- Psicómetra

- 20 años

- 38 años

- soltero o casado

- Masculino o femenino

- Sexto semestre de psicología mínimo.

- Manejo de tests psicológicos
Técnica de entrevista

- Mínimo de un año en la aplicación y revisión de tests.

CONCEPTO

DESCRIPCION

Requerimientos

- Esfuerzo físico poco
- Esfuerzo mental bastante

Características personales

- Facilidad de expresión oral y escrita bastante
- Seguridad en sí mismo bastante.
- Capacidad de observación y comprensión bastante.
- Sociabilidad y responsabilidad indispensable.
- Capacidad de criterio bastante.
- Espiritu de colaboración bastante.

CONCEPTO	DESCRIPCION
Nombre del puesto	-Auxiliar de Evaluación y Estadística
Ubicación	-Departamento de Psicología Unidad Psicometría
Jefe inmediato	-Responsable de la Unidad de Psicometría
Puesto (s) bajo su mando	-Ninguno
Descripción de funciones generales.	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión y evaluación de expedientes psicológicos de los pacientes dados de alta. -Revisión de tests. -Recabar datos estadísticos -Elaboración del directorio de los pacientes dados de alta
Descripción específica de funciones	<p data-bbox="500 851 862 876"><u>Actividades constantes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisa los expedientes de pacientes dados de alta (niños o adultos). Completa y ordena la papelería correspondiente. 2. Revisa los tests que fueron aplicados a dichos pacientes. 3. Recaba los datos estadísticos de acuerdo al diagnóstico para estudio de la población. <p data-bbox="500 1180 862 1204"><u>Actividades Periódicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibe supervisión y asesoría de la responsable de psicometría sobre los resultados de su trabajo. - Asistencia a reuniones de trabajo promovidas por la coordinación del Departamento para información y retroalimentación del trabajo, así como para analizar sugerencias y modificaciones (quincenal). <p data-bbox="500 1512 862 1536"><u>Actividades Eventuales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia a cursos de capacitación de personal organizados por el Departamento ya sea participando o asistiendo. - Realiza toda actividad similar y conexa con su puesto.

CONCEPTO

DESCRIPCION

Perfil del Puesto	- Auxiliar de Evaluación y Estadística
Edad	- Mínima 20 años - Máxima 40 años
Estado civil	- Soltero o casado
Sexo	- Masculino o femenino
Escolaridad	- Sexto semestre de Psicología como mínimo
Conocimientos específicos.	- Manejo de tests Psicológicos Principios de estadística
Requerimientos:	- Esfuerzo : Físico - poco Mental - bastante - Características personales: - Capacidad de criterio: bastante - Responsabilidad: bastante - Espíritu de colaboración: indispensable. - Iniciativa: Indispensable

CONCEPTO	DESCRIPCION
Nombre del Puesto:	- Trabajadora Social
Objetivo:	- Descubrir los factores sociales que están alterando la salud --- mental de los derechohabientes y evaluar los procedimientos psico--- terapéuticos en el medio ambien--- te.
Ubicación:	- Departamento de Psicología Unidad Psicometría
Jefe Inmediato:	- Responsable Unidad psicometría
Puesto (s) bajo su mando:	- Ninguno
DESCRIPCION DE FUNCIO--- NES.	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza estudios socio-económico y ambientales a los derechoha--- bientes que asisten al departa--- mento. - Realiza visitas a domicilio para evaluar y comprobar la efectivi--- dad del tratamiento psicológico. - Recibe las solicitudes de estu--- dio y les da prioridad. - Durante sus visitas lleva a cabo labor de orientación. <p style="text-align: center;"><u>Actividades Constantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Acude a psicometría para recoger las solicitudes de los estudios y enterarse sobre las peculiari--- dades de cada caso y lo especial a investigar. - Realiza el estudio visitando el domicilio del paciente (niño o - adulto), levantando los datos so--- bre el aspecto económico, medio ambiental, social e indagando --- más información sobre lo que más le interesa al psicólogo en par--- ticular del caso. - Acude a escuelas, domicilios de familiares, con el fin de obte--- ner más datos del paciente según su medio ambiente donde se desen--- vuelve. - Aplica una encuesta de evalua--- ción de tratamiento a pacientes

CONCEPTO

DESCRIPCION

- y verifica con los familiares y vecinos, el cambio obrado en el paciente.
- Orienta al grupo familiar sobre la consecución de los programas que han sido implementados por el departamento e informa en general sobre la utilización de los servicios que brinda la institución.
- Reporta diariamente las horas de servicio social prestadas.

Actividades Periódicas:

- Entrega la integración y reporte del estudio socio-ambiental a psicometría. (cada tercer día).
- Discute o comenta el caso de algún paciente en particular con el terapeuta (de niños o de adultos) responsable y que le refirió el estudio.
- Asiste a las reuniones de trabajo organizadas por la coordinación para información y retroalimentación del trabajo realizado y análisis de sugerencias y modificaciones. (quinzenal)
- Entrega un reporte, especificando los pacientes a los que les realizó estudios (diario y mensual).

Actividades Eventuales:

- Asiste a cursos de capacitación de personal organizados por el departamento ya sea participando o asistiendo.
- Realiza toda actividad similar y conexas con su puesto.

PERFIL DEL PUESTO:

Edad Mínima:
Edad Máxima:
Estado Civil:
Sexo:
Escolaridad:

Trabajadora Social
19 años
35 años
Soltero o casado
Masculino o femenino
Trabajador social titulado

CONCEPTO

DESCRIPCION

CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS:

- Técnica de entrevista
- Técnica de encuesta
- Conocimientos sobre investigación social a grupos

EXPERIENCIA:

- Experiencia en prácticas y aplicaciones de trabajo social, durante la carrera o en puestos similares.

REQUERIMIENTOS:

- Esfuerzo:
 - Físico Bastante
 - Mental Bastante

Características personales:

- Capacidad de retención y observación (bastante).
- Sociabilidad y responsabilidad (bastante).
- Capacidad de criterio (bastante).
- Capacidad de análisis e iniciativa (bastante).

UNIDAD DE NIÑOS

- ENCARGADO DE LA UNIDAD DE NIÑOS Y
PSICOTERAPEUTA
- TERAPEUTA DE LENGUAJE Y PSICOMOTRICIDAD
- TERAPEUTA DE PROGRAMAS ACADEMICOS
- TERAPEUTA DEL AREA SOCIAL
- AUXILIARES DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISION.

CONCEPTO	DESCRIPCION
Nombre del Puesto:	- Responsable de la Unidad Niños
Objetivo:	- Proporciona tratamiento psico--- lógico tendiendo a restablecer y mantener la salud mental de los derechohabientes niños.
Ubicación:	- Departamento de Psicología - Uni dad de Niños.
Jefe inmediato:	- Jefe del departamento de psico-- logía.
Puesto (s) bajo su -- mando:	- Area psicosocial, Area Académica Areas de Lenguaje, Psicomotrici- dad, y Auxiliares de Seguimiento
DESCRIPCION DE FUNCIO NES GENERALES:	<ul style="list-style-type: none"> - Proporciona psicoterapia a niños y entrenamiento a padres estable ciendo un programa particular -- según el caso. - Asesora y supervisa las áreas a- cadémicas, lenguaje, psicomotri- cidad, social y seguimiento. - Diagnostica e indica tratamiento - Realiza entrevistas a pacientes nuevos (padres de los niños).
DESCRIPCION ESPECIFI- CA DE FUNCIONES:	<p data-bbox="575 1131 931 1159"><u>Actividades Constantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación a padres, dando suge- rencias para el mejor manejo del niño y que repercutan en un ade- cuado desarrollo. - Elaboración de programas correc- tivos para cambiar conductas pro- blemáticas específicas. - Supervisar las áreas de lenguaje académicas, social y psicomotri- cidad, pasando con cada responsa- ble y discutiendo sobre adelan- tos y problemas. - Diagnostica dando a conocer a -- los padres del paciente (niño) - los resultados encontrados en su evaluación y las alternativas a seguir o bien la indicación de - tratamiento. - Realiza entrevistas a los padres de los pacientes nuevos y cana--

CONCEPTO

DESCRIPCION

- liza la evaluación a psicometría e indica el estudio socioambiental.
- Organiza la terapia lúdica y la psicomotora, participando en todo el tratamiento ya sea a manera de supervisión o dándola.
- Supervisa y recoge los datos obtenidos por las auxiliares de seguimiento para reajustar los programas.

Actividades Periódicas

- Realiza una reunión de trabajo con todas las áreas a su cargo para ajustar programas. (semanal).
- Discusión o comentarios con psicometría sobre el diagnóstico o tratamiento de algún caso en particular (semanal o en la integración de casos).
- Participa en las reuniones de trabajo promovidas por la coordinación del departamento para información y retroalimentación del trabajo, así como para analizar sugerencias y modificaciones. (quincenal)
- Reporta a la coordinación sobre los pacientes atendidos a las horas invertidas (diarias y semanal).
- Participa en el curso de modificación de conducta en la instrucción de la unidad de autoenseñanza o técnica de principios de aprendizaje. (mensual)

Actividades eventuales

- Participación en cursos de capacitación de personal organizados por el departamento.
- Entrenamiento a pasantes de psicología sobre psicometría y seguimiento.
- Realiza toda actividad similar y

- conexas a su puesto.

PERFIL DEL PUESTO:

Responsable de la Unidad de Niños

Edad Mínima:
Edad Máxima:
Estado Civil:
Sexo:
Escolaridad:

- 23 años
- 45 años
- Soltero o Casado
- Masculino o Femenino
- Licenciatura en Psicología Educativa como mínimo y con adies--
tramiento en educación especial.

**CONOCIMIENTOS ESPECI-
FICOS:**

- Manejo de niños
- Dominio en técnicas de modifica-
ción de conducta.
- Elaboración e implementación de
programas correctivos de conduc-
tas problemas.
- Psicopatología infantil
- Neurología

EXPERIENCIA:

- La obtenida en un año en la apli-
cación de los conocimientos espe-
cíficos.

REQUERIMIENTOS:

- Esfuerzo:
 - Mental Bastante
 - Físico Poco

Características personales:

- Capacidad de retención (Indispen-
sable).
- Observación
- Sociabilidad y responsabilidad
(Indispensable).
- Capacidad de decisión (bastante)
- Capacidad de criterio (bastante)
- Capacidad de análisis (bastante)
- Buen sentido del humor (Indispen-
sable).
- Iniciativa y creatividad (Indis-
pensable).
- Espfritu de colaboración (Indis-
pensable).
- Capacidad de persuación (Indis--
pensable).
- Interés de servicio social (In--
dispensable).
- Don de mando (Indispensable).

CONCEPTO	DESCRIPCION
Nombre del Puesto:	- Terapeuta de Lenguaje y Psicomotricidad.
Objetivo:	- Proporcionar terapia de lenguaje y psicomotricidad .
Ubicación:	- Unidad de Niños
Jefe inmediato:	- Responsable de la Unidad-niños
Puesto (s) bajo su -- mando:	- Ninguno
DESCRIPCION DE FUNCIO <u>N</u> ES GENERALES:	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar programas a los niños -- con problemas de Lenguaje. - Ayuda en la programación de psicomotricidad, psicodrama y Dinámica de Grupo.
	<u>Actividades Constantes</u>
	<ul style="list-style-type: none"> - Proporciona terapia individual a los niños con problemas de lenguaje y psicomotricidad. - Prepara actividades para los programas psicomotor, terapia y Dinámica de grupos. - Revisa bibliografía.
	<u>Actividades periódicas</u>
	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en forma conjunta - con los terapeutas de su unidad en la preparación de programas - de modificación de conducta (semanal). - Participa en Terapia de grupo y psicomotricidad de grupo con niños. (semanal) - Asiste a reuniones de trabajo --- promovidas por la coordinación -- del departamento para información y retroalimentación del trabajo - así como analizar sugerencias y - modificaciones (quincenal). - Elabora un reporte de los niños - atendidos (diario y mensual).
	<u>Actividades Eventuales</u>
	- Asiste y participa en Cursos de -

CONCEPTO

DESCRIPCION

	<ul style="list-style-type: none"> - capacitación de personal organiza das por el departamento. - Realiza toda actividad similar y conexas con su puesto.
PERFIL DEL PUESTO:	Terapeuta de Lenguaje
Edad Mínima:	- 20 años
Edad máxima:	- 35 años
Estado Civil:	- Soltero o casado
Sexo:	- Masculino o femenino
Escolaridad:	- Ortoalista
CONOCIMIENTOS ESPECI- FICOS:	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de grupo - Terapia de Lenguaje - Psicología del niño y trastornos psicomotores.
EXPERIENCIA:	- Conocimientos amplios y aplica--- ción previa de lo anterior.
REQUERIMIENTOS:	Esfuerzo: <ul style="list-style-type: none"> - Físico - Poco - Mental - Bastante
	Características personales:
	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de retención y observa- ción (Indispensable). - Sociabilidad (Indispensable). - Responsabilidad (Indispensable). - Iniciativa (Indispensable). - Creatividad y capacidad de crite- rio (Bastante). - Capacidad analítica (Bastante). - Don de mando (Bastante). - Buen sentido del humor (Indispen- sable).

CONCEPTO	DESCRIPCION
Nombre del puesto:	- Terapeuta de Programa Académico
Objetivo:	- Programar, planear e implemtnar las actividades de enseñanza y - de educación especial, para los derechohabientes niños que lo re- quieran.
Ubicación:	- Departamento de Psicología - Uni- dad de Niños.
Jefe inmediato:	- Responsable de la Unidad de Ni- ños.
Puesto (s) bajo su -- mando:	- Ninguno
Descripción de funcio- nes generales:	- Enseñar a los niños con proble-- mas de aprendizaje en el Area -- Académica.
DESCRIPCION ESPECIFI- CA DE FUNCIONES:	- Programar y revisar bibliografía así como preparar material.
	- <u>Actividades Constantes</u>
	- Enseña a los niños con problemas en el Area Académica en forma in- dividual.
	- Elabora programas de actividades según el grado de acuerdo con la S.E.P.
	- Atiende a niños que requieren -- educación especial.
	- Revisa bibliografía.
	- <u>Actividades Periódicas</u>
	- Participa en forma conjunta con los Terapeutas de su unidad para preparar programas de modifica-- ción de conducta (semanal).
	- Participa en Terapia de Grupo y Psicomotricidad (semanal).
	- Asiste a reuniones de trabajo -- promovidas por la coordinación - del departamento para informa--- ción y retroalimentación del tra- bajo así como analizar sugerem-- cias y modificaciones (quincenal)
	- Elabora un reporte de los niños-

CONCEPTO

DESCRIPCION

- atendidos (diario y mensual).

Actividades Eventuales

- Asiste y participa en los cursos de capacitación de personal organizados por el departamento.
- Brinda asesoría y supervisión a psicometría en los test, T.A.T. y C.A.T.
- Realiza toda actividad similar y conexas con su puesto.

PERFIL DEL PUESTO:

Edad Mínima:

Edad Máxima:

Estado Civil:

Sexo:

Escolaridad:

- Terapéutica de Programas Académicos.

- 22 años

- 35 años

- Soltero o casado

- Masculino o femenino

- Lic. en Pedagogía o Lic. en Psicología en Área Educativa.

CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS:

- Psicología Educativa

- Psicología del niño

- Psicotécnica pedagógica

- Métodos actuales de enseñanza

- Didáctica de lenguaje y Matemáticas.

EXPERIENCIA:

Esfuerzo:

Físico - necesario

mental - bastante

Características personales:

Capacidad de retención (indispensable).

Observación (indispensable)

Sociable y responsable (indispensable).

Don de Mando (bastante).

Capacidad de criterio (bastante)

Capacidad analítica (bastante)

Iniciativa y creatividad (indispensable).

Buen sentido del humor (indispensable).

CONCEPTO	DESCRIPCION
Nombre del Puesto:	- Terapeuta del Area Social
Objetivo:	- Restablecer y mantener las habilidades de interacción social en -- los derechohabientes niños.
Unidad:	- Unidad de Niños
Jefe Inmediato:	- Responsable de la Unidad Niños
Puesto (s) bajo su - mando:	- Ninguno
DESCRIPCION DE FUNCIO NES GENERALES:	- Rehabilita a los niños que presen tan problemas de conducta antisoc-- ial y emocional. - Desarrolla el trabajo en grupos.
DESCRIPCION ESPECIFI CA DE FUNCIONES:	<p data-bbox="518 724 819 754"><u>Actividad Constante</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="518 765 1066 902">- Da terapia individual a niños que presentan problemas de conducta - antisocial y emocional, para lo-- grar el ajuste y progreso hacia - su integración al grupo. <li data-bbox="518 915 1066 969">- Fomenta la seguridad personal y - hábitos sociales en el niño. <li data-bbox="518 983 1066 1069">- Desarrolla trabajo en grupo, lo-- gando comunicación y participa-- ción entre los niños. <li data-bbox="518 1082 1066 1168">- Lleva un registro diario de la -- evaluación y comportamiento del - niño. <p data-bbox="518 1196 864 1226"><u>Actividades Periódicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="518 1238 1066 1375">- Discute y comenta con los terapeu tas de su unidad los avances de - cada caso y contribuye a elaborar programas de modificación de con-- ducta (semanal). <li data-bbox="518 1388 1066 1562">- Asiste a las reuniones de trabajo convocadas por la coordinación, - para información y retroalimenta-- ción del trabajo realizado y aná-- lisis de sugerencias y modifica-- ciones (quincenal). <li data-bbox="518 1575 1066 1656">- Presenta un reporte de los pacien tes atendidos en forma escrita. (mensual y diario)

- Participa en el curso de modificación de conducta en errores de crianza. (mensual)

Actividades eventuales

- Participa y asiste en cursos de capacitación de personal organizados por el departamento.
- Realiza toda actividad similar y conexas con su puesto.

PERFIL DEL PUESTO:

Edad Mínima:

Edad Máxima:

Estado civil:

Sexo:

Escolaridad:

- Terapeuta del área social
- 22 años
- 35 años
- Soltero o casado
- Masculino o femenino
- Pasante o Lic. en Psicología

CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS:

- Técnica de modificación de conducta.
- Manejo de grupos (niños).
- Psicología de la personalidad y desarrollo del niño.
- Terapia individual y de grupo.

EXPERIENCIA:

- La obtenida en la aplicación de los conocimientos específicos, mínimo 1 año de práctica.

REQUERIMIENTOS:

- Esfuerzo:
 - Físico - Necesario
 - Mental - Bastante
- Características personales:
 - Capacidad de retención y observación. (Indispensable)
 - Sociabilidad y responsabilidad. (Indispensable)
 - Capacidad analítica. (Bastante)
 - Capacidad de criterio. (Bastante)
 - Capacidad de decisión. (Bastante)
 - Iniciativa y creatividad. (Bastante)
 - Buen sentido del humor (Bastante)

CONCEPTO	DESCRIPCION
Nombre del Puesto:	- Auxiliares en seguimiento y supervisión de programas.
Objetivo:	- Lleva a cabo el seguimiento o registro de conductas para confiabilizar el avance de los niños con su ambiente natural, para retroalimentar el trabajo del psicoterapeuta.
Ubicación:	- Departamento de Psicología - Unidad de Niños
Jefe Inmediato:	- Responsable de la Unidad de Niños
Puesto (s) bajo su mando:	- Ninguno, se trabaja en parejas
DESCRIPCION DE FUNCIONES GENERALES:	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar conductas de niños en sus casas y escuelas. - Ayudar a hacer programas de modificación de conducta con respecto a los datos obtenidos. - Dar recomendaciones a padres y maestros sobre la ejecución de programas correctivos.
DESCRIPCION ESPECIFICA DE LAS FUNCIONES :	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar conductas de niños en el hogar y escuelas según el caso. - Se observa al niño durante un determinado tiempo en la casa o escuela y se registra la conducta específica previamente con el terapeuta. - Se realiza el registro en forma anecdótica de frecuencia y/o duración, sin que el sujeto se entere del objetivo de su presencia. - Diariamente se reporta al responsable, el resultado de sus observaciones, se saca confiabilidad. - En base a lo anterior se elaboran programas de modificación de conducta para las conductas que lo requieran. - Dan instrucciones a padres en casa y a maestros en la escuela sobre la ejecución de programas correctivos.

CONCEPTO

DESCRIPCION

ACTIVIDADES PERIODICAS

- Elaboración de fichas bibliográficas, para formar un banco de datos y construir mas fácilmente programas de modificación (semanal).
- Elaboran reportes donde especifican el número de pacientes atendidos y las horas invertidas, a la coordinación (diario, mensual).
- Reportar el número de horas trabajadas para servicio social (semanal).

ACTIVIDADES EVENTUALES

- Asisten a cursos de capacitación - de personal organizados por el departamento.
- Realizan toda actividad similar y conexas con su puesto.
- Desarrollo de supervisión de programas.
- 18 años
- 50 años
- Soltero o casado
- Masculino o femenino
- 3er Semestre de psicología como mínimo.

PERFIL DEL PUESTO:

Edad mínima:

Edad máxima:

Estado civil:

Sexo:

Escolaridad:

CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS:

- Técnica de Modificación de Conducta
- Principios del Aprendizaje
- Saber registrar, vaciar datos y con fiabilizar

EXPERIENCIA:

REQUERIMIENTOS:

- Registro de conductas previamente

Esfuerzo:

- | | |
|----------|------------|
| - Físico | - Bastante |
| - Mental | - Bastante |

Características personales:

Capacidad de observación: Indispensable.

Capacidad de analítica: Bastante

CONCEPTO

DESCRIPCION

Capacidad de criterio:	Bastante
Capacidad de decisión:	Bastante
Iniciativa y rapidez:	Indispensa <u>ble</u> .
Sociabilidad y respon <u>sabilidad</u> :	Indispensa <u>ble</u> .
Buen sentido del Hu-- mor:	Indispensa <u>ble</u> .

UNIDAD DE ADULTOS

- PSICOTERAPEUTA ADULTOS

CONCEPTO

DESCRIPCION

Nombre del Puesto:

- Psicoterapeuta

Objetivo:

- Proporcionar tratamientos psicológicos tendientes a establecer y -- mantener la salud mental de los de rechohabientes adultos.

Ubicación:

- Unidad psicoterapia adultos

Jefe inmediato:

- Jefe del departamento

Puesto (s) bajo su mando:

- Ninguno

DESCRIPCION DE FUNCIONES GENERALES:

- Realiza psicoterapia con adolescentes y adultos, estableciendo un -- programa particular según el caso.
- Realiza entrevistas a pacientes -- nuevos (adultos).
- Solicita estudios a trabajo social, transfiere a pacientes para la realización de estudios y tratamiento cuando es necesario a especialis-- tas, elabora reportes para la coor-- dinación y da asesoría a psicom-- etría.

DESCRIPCION ESPECIFICA DE FUNCIONES:

- Realiza entrevista a pacientes nue-- vos.
- Revisa expediente de salud y resu-- me datos clínicos importantes.
- Solicita estudio psicológico
- Analiza, revisa y comenta el estu-- dio psicodiagnóstico con la respon-- sable de psicometría.

ACTIVIDADES CONSTANTES

- Proporcionar psicoterapia individual estableciendo un procedimiento de-- terminado para un ajuste adecuado -- de la conducta del paciente.
- Proporciona psicoterapia familiar, -- detecta el problema y orienta la -- canalización de soluciones.

CONCEPTO

DESCRIPCION

- Psicoterapia de grupo, mediante la cual promueve la relación interpersonal de los pacientes que acuden a ella, para lograr una relación social interpersonal adecuada.
- Registra la evolución de los pacientes por sesión.

ACTIVIDADES PERIODICAS

- Participa en las reuniones de trabajo promovidas por la coordinación del departamento para información y retroalimentación del trabajo, así como para analizar sugerencias y modificaciones. (quincenal)
- Elabora reportes donde especifica el número de pacientes atendidos y las horas invertidas a la coordinación (diario y mensual)
- Solicita a psicometría la evaluación de pacientes para ser dados de alta estos últimos para confrontar resultados al final del tratamiento.
- Solicita a trabajo social la realización de estudios socioambientales (semanal o quincenal).

ACTIVIDADES EVENTUALES

- Visitas a clínicas, para aquellos pacientes que su estado así lo amerite.
- Participación en cursos de capacitación organizados por el departamento.
- Supervisión y entrenamiento en aspectos de psicometría.
- Discusión y/o comentarios sobre diversos casos tanto con psicometría, como con Terapeuta niños y coordinación.
- Realiza toda tarea similar y conexa con su puesto.

PERFIL DEL PUESTO:

Edad mínima:

- Psicoterapeuta
- 23 años

CONCEPTO	DESCRIPCION
Edad máxima:	- 54 años
Estado civil:	- Soltero o casado
Sexo:	- Masculino o femenino
Escolaridad:	- Licenciatura en psicología clínica como mínimo y con adiestramiento - especial en psicoterapia
CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS:	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia individual. - Dominio y manejo de las teorías de la personalidad - Ajustes de conductas perturbadas - Manejo de grupos - Terapia familiar - Dominio de técnicas de modificación de conducta
EXPERIENCIA:	- La obtenida en 2 años en la aplicación de los conocimientos específicos
REQUERIMIENTOS:	<p>Esfuerzo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Físico - Poco - Mental - Bastante
	<u>CARACTERISTICAS PERSONALES:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de retención y observación - Sociabilidad y responsabilidad: Indispensable
	- Don de mando: Indispensable
	- Capacidad de decisión: Indispensable
	- Capacidad de criterio: Indispensable
	- Capacidad de análisis: Indispensable
	- Espíritu de colaboración: Indispensable
	- Interés de servicio social: Indispensable
	- Capacidad de persuasión: Indispensable

CENTRO DE EDUCACION PSICOSOCIAL

- RESPONSABLE DEL CENTRO**
- DIBUJANTE PUBLICITARIO**
- SECRETARIA DEL CENTRO**

CONCEPTO

DESCRIPCION

Nombre del Puesto:	- Responsable del Centro de Educación Psicosocial.
Objetivo:	- Capacitar a los derechohabientes para la prevención y mantenimiento de la salud mental.
Ubicación:	- Departamento de Psicología.
Jefe Inmediato:	- Jefe del Departamento.
Puestos bajo su mando:	- Dibujante Publicitario - Secretaria del Centro
Descripción de Funciones Generales.	- Planeación, programación e instrumentación de cursos, ciclos de conferencias y publicaciones periódicas.
Descripción Específica de Funciones:	<p><u>Actividades Constantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="535 750 1077 834">- Planear, organizar y desarrollar cursos y ciclos de conferencias periódicas a derechohabientes. <li data-bbox="535 844 1077 938">- Planear, organizar e instrumentar cursos de capacitación al personal de la Institución. <li data-bbox="535 947 1077 1041">- Coordinar los programas que ofrece la Institución a grupos de personas no derechohabientes. <li data-bbox="535 1050 1095 1191">- Diseñar, organizar, elaborar y/o seleccionar los materiales didácticos requeridos para capacitación, tanto en forma gráfica como audiovisual. <li data-bbox="535 1200 1095 1369">- Solicitar la colaboración de los diferentes médicos y psicólogos y otros profesionales para su participación en diferentes cursos, conferencias y publicaciones periódicas. <li data-bbox="535 1378 1095 1528">- Elaborar e instrumentar mecanismos adecuados para que los diferentes médicos de la Institución canalicen pacientes a capacitación. <li data-bbox="535 1538 1095 1650">- Planear, instrumentar y coordinar los mecanismos adecuados de promoción y difusión de cursos y/o ciclos de conferencias.

CONCEPTO

DESCRIPCION

- Evaluar la capacitación y sistemas de información para retroalimentar los programas educativos a través de la aplicación de cuestionarios.
- Detectar las necesidades de capacitación e información.
- Investigar e instrumentar nuevos recursos para nutrir las unidades de capacitación e información.

Actividades Periódicas:

- Participar en las reuniones de trabajo que promueva la coordinación del Departamento para información y retroalimentación del trabajo desarrollado así como para analizar sugerencias y modificaciones (quincenal).

Actividades Eventuales:

- Participar en cursos de capacitación a personal.
- Realizar toda actividad similar y conexas con su puesto.
- Responsable del Centro de Educación Psicosocial.

Perfil de Puesto:

Edad mínima:

- 23 años

Edad máxima:

- 45 años

Estado civil:

- Soltero o casado.

Sexo:

- Femenino o masculino.

Escolaridad:

- Pasante o Lic. en Psicología.

Conocimientos Específicos:

- Capacitación y entrenamiento a personal.
- Detección de necesidades.
- Planeación y programación educativa.
- Tecnología educativa.
- Técnicas de evaluación educativa.
- Sistematización de la enseñanza.
- Relaciones Humanas.
- Dinámica de Grupos.
- Sistemas de trabajo en equipo.

CONCEPTO

DESCRIPCION

Experiencia:

- Manejo y dinámica de grupos.
- Técnicas de investigación social.
- Publicidad y sistemas de información.

Requerimientos:

Esfuerzo:

- | | | |
|----------|---|----------|
| - Físico | - | Poco |
| - Mental | - | Bastante |

Características personales:

- Capacidad de observación y análisis.
- Capacidad de criterio y decisión.
- Iniciativa y dinamismo.
- Seguridad de sí mismo.
- Sociabilidad.
- Responsabilidad.
- Don de mando.

CONCEPTO

DESCRIPCION

270

- Nombre del Puesto: - Dibujante Publicitario.
- Ubicación: - Centro de Educación Psicosocial - del Departamento de Psicología.
- Objetivo: - Diseñar, elaborar y seleccionar - los sistemas de información en -- forma gráfica y/o audiovisual.
- Jefe Inmediato: - Responsable del Centro de Educa-- ción Psicosocial.
- Fuestos bajo su mando: - Ninguno
- Descripción de Funcio-- nes Generales: - Seleccionar, diseñar y elaborar - el material gráfico y audiovisual que se requiera para sistemas de información y capacitación.

Descripción específica de Funciones:

ACTIVIDADES CONSTANTES

- 1) Seleccionar los materiales idó-- neos que se requieran para la ca-- pacitación y sistemas de informa-- ción.
- 2) Diseñar los materiales seleccio-- nados y aprobados para la elabo-- ración de folletos, publicación periódica y materiales didácti-- cos.
- 3) Participar en el desarrollo de - cursos y conferencias, en la pre-- paración de material gráfico o - audiovisual y se encarga del ma-- nejo del equipo.
- 4) Tomar y adaptar fotografías.
- 5) Participar en la codificación de los datos obtenidos en la detec-- ción de necesidades de capacita-- ción.
- 6) Participar en la estructuración gráfica de folletos y publica-- ción bimensual.

ACTIVIDADES PERIODICAS

- 1) Participar en las reuniones de - trabajo convocadas por el departa-- miento para fines de evaluación y ajuste de actividades.
- 2) Elaborar la lista de la requisi-- ción de los materiales necesarios.

- Perfil de Puesto: - Dibujante
- Edad mínima: - 24 años
- Edad máxima: - 35 años
- Estado civil: - Casado
- Sexo: - Masculino
- Escolaridad: - Carrera de dibujante publicitario
- Conocimientos específicos: - Arte y diseño
 - Técnicas de dibujo y esbozo
 - Psicología del consumidor
 - Conocimientos sobre técnicas audiovisuales.
 - Manejo de equipo audiovisual
- Experiencia: - 2 años en trabajo similar y/o publicidad
- Requerimientos: - Esfuerzo:
- Físico regular
 - Mental bastante
- Características psicológicas:
- Capacidad de observación
 - Capacidad de análisis
 - Capacidad de decisión
 - Iniciativa y dinamismo
 - Seguridad de sí mismo
 - Sociabilidad y responsabilidad.

CONCEPTO	DESCRIPCION
Nombre del Puesto:	- Secretaria
Ubicación:	- Centro de Educación Psicosocial - del Departamento de Psicología.
Objetivo:	- Colaborar en todas las actividades de recepción, archivo y de es- critorio que se requieran para el buen funcionamiento del centro.
Jefe inmediato:	- Responsable del Centro de Educa- ción Psicosocial.
Puestos bajo su mando:	- Ninguno
Descripción de funciones Generales:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar tareas de recepción, -- trabajos de mecanografía y archi vo. 2) Transcribir el material de auto- enseñanza y didáctico que se re- fiera para los cursos.
Descripción de funciones Específicas:	<p><u>ACTIVIDADES CONSTANTES</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar trabajos de mecanogra- ffa en exténsiles, cartas, memo- rándums y oficios. 2) Tomar dictado, recados telefóni- cos y se encarga de recibir y or- denar tareas de mensajería. 3) Se encarga del ordenamiento cons- tante del archivo, tanto en lo - que concierne a papelería como - documentación. 4) Inscribir a personas que acuden a los cursos específicos. <p><u>ACTIVIDADES PERIODICAS</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaborar la lista de requisicio- nes del material requerido para el departamento, acudiendo a su surtido. 2) Preparar invitaciones y/o recor- datorios a derechohabientes o mé- dicos. <p><u>ACTIVIDADES EVENTUALES</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Asistir a cursos y pláticas pro- gramadas por el departamento. 2) Colaborar con la recepción de in

CONCEPTO

DESCRIPCION

vitados y participantes en los -
cursos realizados.

3) Realizar toda actividad y conexas
a su puesto.

Perfil de Puesto:

Secretaria

Edad mínima:

- 18 años

Edad máxima:

- 38 años

Sexo:

- Femenino

Estado civil:

- Soltera o casada

Escolaridad:

- Carrera comercial

Conocimientos específicos:

- Taquimecanografía y recepción.

Experiencia:

- La obtenida en un año como mínimo
en puestos similares.

Requerimientos:

- Esfuerzo:

- Físico - Bastante

- Mental - Bastante

- Características personales:

- Iniciativa y dinamismo.

- Sociabilidad y responsabilidad.

- Facilidad de expresión oral y escrita.

- Capacidad de criterio, precaución
perseverancia y discreción.