



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

REESTRUCTURACIÓN Y APLICACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA COMO BASE PARA EL DESARROLLO DE UN TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA PRESENTAN: ESTHER HUIDOBRO CATALÁN / JAVIER DARÍO RAMOS LÓPEZ

ASESOR: MTRA. ESTHER MA. MARISELA RAMÍREZ GUERRERO
DICTAMINADOR: MTR. ENRIQUE BERNABE CORTES VÁZQUEZ
DICTAMINADOR: MTRA. BENITA CEDILLO ILDEFONSO

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2002.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

ÍNDICE1

RESUMEN4

INTRODUCCIÓN5

CAPÍTULO I

1 La Psicología en el Campo de la Salud12

1.1 Proceso Salud-Enfermedad12

 1.1.1 Concepto12

 1.1.2 Salud Mental15

1.2 Posturas Teóricas y Modalidades Terapéuticas en Psicología19

 1.2.1 La Gestalt19

 1.2.2 El Conductismo23

 1.2.3 El Psicoanálisis27

 1.2.4 El Humanismo38

 1.2.5 Cognitivo Conductual41

 1.2.6 El Enfoque Sistémico43

1.3 La Psicología Social en el Campo de la Salud49

 1.3.1 Formación de la Psicología Social49

 1.3.2 Antecedentes de la Psicología Social Aplicada54

 1.3.3 Relación entre lo Psicológico y Social en el campo de la Salud
y la Enfermedad62

 1.3.4 Áreas de Intervención y Ejercicio de la Profesión en el Campo
de la Salud64

 1.3.4.1 Educativa y Estimulación Temprana64

 1.3.4.2 Clínica71

 1.3.4.3 Educación para la Salud79

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO II

2 Los Servicios de Salud en México	88
2.1 Los Servicios de Salud Pública en México	88
2.2 Estructura de los Servicios de Salud	92
2.2.1 Primer Nivel de Atención	93
2.2.2 Segundo Nivel de Atención	93
2.2.3 Tercer Nivel de Atención	94
2.2.4 Cuarto Nivel de Atención	94

CAPÍTULO III

3 Consideraciones Teóricas para la Reestructuración de un Servicio de Atención Psicológica	96
3.1 El Trabajo Multidisciplinario	96
3.2 Modelos de Aplicación en el Campo de la Salud	104

CAPÍTULO IV

4 Metodología: Reestructuración de un Servicio de Atención Psicológica en un Hospital de Segundo Nivel	113
4.1 Logística en la Teorización y Aplicación del Centro de Atención Psicológica	113
4.2 Descripción y Planteamiento del Problema	114
4.3 Objetivos	115
4.3.1 Objetivo General	115
4.3.2 Objetivos Particulares	115
4.3.3 Objetivos Específicos	116
4.4 Hipótesis	116
4.5 Población	117
4.6 Instrumentos	117
4.7 Escenario	118
4.8 Estructura del Servicio de Atención Psicológica	118
4.8.1 Planeación	118
4.8.2 Procedimiento	120

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.8.3 Organización126

 4.8.3.1 Psicología Clínica127

 4.8.3.2 Psicología Clínica en Medicina Interna129

 4.8.3.3 Estimulación Temprana133

 4.8.3.4 Vínculo Voluntariado "Margarita Labardini"135

CAPÍTULO V

5 Resultados de la Reestructuración del Servicio de Atención Psicológica139

5.1 Resultados 1a Etapa139

5.2 Resultados 2a Etapa140

 5.2.1 Análisis de Resultados de la 2a Etapa141

 5.2.1.1 Módulo de Estimulación Temprana141

 5.2.1.2 Módulo de Psicología Clínica y Psicología Clínica
 en Medicina Interna142

 5.2.2 Comparativo 1a Etapa y 2a Etapa144

5.3 Resultados producto de la relación con el Voluntariado145

5.4 Impacto Social y Clínico del Proyecto147

CONCLUSIONES149

REFERENCIAS156

BIBLIOGRAFÍA168

TABLAS171

GRÁFICAS190

ANEXOS200

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Abordar todos aquellos fenómenos vinculados con la salud desde el terreno biológico, psicológico y social a partir de la Psicología Clínica de la Salud y la Psicología Social de la Salud, han permitido la redefinición de las funciones y lugares de intervención del psicólogo en este campo. Al ubicarlo en dicho terreno, resulta indispensable el trabajo multidisciplinario como medio de intervención. La presente tesis tiene por objetivo reestructurar y aplicar un servicio de atención psicológico especializado y sistematizado en un hospital de segundo nivel de atención, como base para el desarrollo de trabajo multidisciplinario. Se presenta bajo un modelo de intervención-acción, estructurado en tres módulos: Psicología Clínica, Psicología Clínica en Medicina Interna y Estimulación Temprana. Finalmente se considera que desarrollar trabajos en el seno de la práctica empírica-teórica, posibilita la solución de problemas sociales concretos, la apertura a nuevas formas de trabajo en grupo y la aportación de contribuciones útiles, a todos los que intervienen como actores en la instrumentación y aplicación de los programas de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Mediante la actividad humana el hombre se relaciona con lo "otro" que no es él, es decir, se relaciona con los individuos y con la naturaleza exterior. El hombre y la humanidad se construyen en esa relación llamada práctica social y se expresa a través de la actividad productiva por medio del trabajo. En la práctica social se ponen de relieve tres modos de relación del hombre con la realidad: los modos de trabajar, de conocer y de ser. Se conoce a partir de la inserción sociocultural en la que se está situado y se piensa a partir de las propias experiencias, cuestionando la "realidad" desde un determinado cuerpo de conocimientos. Como la realidad no es constantemente igual a sí misma sino esencialmente dinámica, las relaciones individuo-individuo, individuo-naturaleza se dan en un proceso dinámico.¹

En consecuencia no debe resultar raro que cada individuo y también cada cultura signifiquen la salud y la enfermedad según sus propias representaciones; en este sentido, más que hablar de "entidades" descriptivas y explicativas, se habla de actos que influyen sobre la existencia de cada uno. Por ello si se pretende realizar una investigación desde esta óptica, habrá que situarse en el lugar del objeto, es decir, del enfermo o sano; desde la problemática en particular, y no como un "ente abstracto" determinado por causa-efecto, sino entendido en un conjunto de disposiciones que posibilitan que tal o cual suceso ocurra en un determinado momento.

Los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos, así la intersubjetividad es una pieza clave de la investigación cualitativa y el origen para reflexionar los significados sociales. Por lo tanto, la realidad social se construye de significados compartidos (intersubjetividad). En ese sentido, la investigación cualitativa es interpretativa; es el estudio interpretativo de un problema determinado en el que el investigador es responsable en la producción del sentido.²

Los distintos profesionales de casi todas las disciplinas (medicina, sociología, psicología, antropología) incursionan y desarrollan diversas actividades en relación con este

¹Ander-Egg, E. (1987). Técnicas de investigación social.

²Ruiz e Ispizua 1989; Wainwright 1997; cit. pos. Jiménez-Domínguez, B. (2000). Investigación cualitativa y Psicología social crítica.

campo. Entre ellas, los trabajos tanto de naturaleza teórica como empírica en el ámbito de la salud, nos ofrecen la "otra" forma de ver y abordar ese terreno que a veces resulta inexplicable desde la visión positivista.

La investigación cualitativa en salud (ICS), ofrece esa forma de abordar los fenómenos que se inscriben en el ámbito social; entendidos éstos, como aquellos sucesos permeados de valores, creencias, costumbres, significados que conllevan al entender y actuar sobre y en el proceso de la salud y la enfermedad.

En este tipo de investigación se emplean las hipótesis como premisas o principios ordenadores o explicativos más que como presupuestos sujetos a comprobación, con el objeto de promover la flexibilidad y creatividad metodológica.³

Aunque la ICS se difunde hasta muy entrada la década de los noventa, los primeros trabajos se originan desde la medicina social, la antropología y psicología social; en concreto, en la práctica comunitaria y la labor de grupo bajo modelos de investigación-acción, para atender y solventar las diversas problemáticas sociales en el campo de la salud.

Se considera que no hay un estilo único de hacer investigación (cualitativa en el campo de la salud), pues se reconoce la existencia de diversos paradigmas que guían las distintas formas en cómo los investigadores se acercan a la "realidad", tanto en términos ontológicos como epistemológicos y metodológicos; por ejemplo, la etnografía, fenomenología, heurística, etnometodología, interaccionismo simbólico, psicología ecológica, teoría de los sistemas, teoría del caos, hermenéutica, y perspectivas con orientación marxista, feminista, freudiana, etc.⁴

Los modelos de investigación cualitativa denominados participativos y de acción, se desarrollaron inicialmente dentro de las ciencias sociales; actualmente se aplican en diversos ámbitos en donde las variables sociales son fundamentales, tal es el caso de la educación y la salud. En la primera, el enfoque de la investigación participativa se centró en el papel pasivo que tienen tanto profesores como alumnos en el proceso de enseñanza-aprendizaje; y en la segunda, al considerar como un determinante para la aceptación de los servicios de salud, la participación de la persona y los grupos en los programas de atención a la comunidad.⁵

³Orozco 1997; Minayo 1995; cit. pos. Jiménez-Domínguez, op. cit.

⁴Pardo de Vélez, G. (1997). Investigación cualitativa, y Fasce, E. (2001). Salud: Psicología. Psicología social.

⁵Pardo de Vélez, op. cit.

El énfasis en los estudios empíricos hacia áreas más concretas de la realidad social, ha posibilitado el surgimiento de subáreas y subdisciplinas, tal es el caso de la Psicología Social.

La Psicología Social es la ciencia que estudia el conflicto entre el individuo y la sociedad; su objeto de estudio son todos aquellos fenómenos relacionados con la ideología y comunicación organizados de acuerdo a su origen, estructura, función y desarrollo, constituyéndose en sistemas de representaciones simbólicas y actitudes; aquí se estudian fenómenos psicológicos y sociales.⁶

Así el psicólogo social se enfoca en el proceso dialéctico que existe entre el individuo y el grupo, las instituciones y las comunidades a través de las estructuras que las (os) conforman: Estado, familia, cultura, medio ambiente y formación de la personalidad, entre otros. Además efectúa evaluaciones para estimar el nivel de desarrollo, los recursos materiales y humanos, así como las limitaciones de la comunidad, a partir de esto, crea estrategias de cambio y enseña a los profesionales en las posibles soluciones de los problemas comunitarios.⁷

Ahora bien, los principios desarrollados en laboratorio y en la investigación de campo en Psicología Social, han sido aplicados a la resolución de diversos problemas en situaciones sociales concretas. García (1985)⁸ y Rodríguez y García (1996),⁹ presentan una revisión de los trabajos ubicados desde la Psicología Social Aplicada en el campo de la salud, y los muestran básicamente en cuatro ejes: el proceso salud-enfermedad, la práctica médica, medicina tradicional y formación de recursos humanos.

A la aplicación específica del cuerpo de conocimientos derivados de la Psicología Social (PS) en el campo de la Salud se le denomina, Psicología Social de la Salud (PSS). Desde aquí, el psicólogo realiza diversas actividades en dicho campo, en concreto en el ámbito hospitalario, tal es el caso de la Educación para la Salud (EPS), ya que estudia la conducta salud-enfermedad en la interacción con las otras personas o con los productos de la conducta humana, tomando en cuenta el contexto sociocultural.

⁶Fasce, op. cit.

⁷Harsch, C. (1994). Identidad del Psicólogo.

⁸García, L. (1985). Las contribuciones de la psicología social a la investigación en salud.

⁹Rodríguez, J. & García, J. (1996). Psicología social de la salud.

En el campo tradicional de la salud mental, el papel de los psicólogos clínicos ha sufrido ciertos cambios en las últimas décadas, sus conocimientos le han permitido dar una nueva visión y perspectiva a los padecimientos llamados "mentales". En relación con este aspecto, una de las aportaciones de la PSS se ubica en el cambio que se puede hacer en los métodos tradicionales de tratamiento para la mejora de los pacientes crónicos institucionalizados, tal es el caso de la rehabilitación psicosocial como medio de atención y sustitución de los hospitales psiquiátricos que propone Ruiz (1996)¹⁰ Para ella, en tanto se desarrollen estructuras de soporte comunitario se actuará en la reinserción social del paciente.

De igual manera, desde la Psicología Clínica de la Salud (PCS) -que tiene sus bases en la Psicología Clínica, la Medicina Psicosomática, la Medicina Conductual y la Psicología Médica-, el psicólogo interviene en el campo de la salud mental, en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente, así como en los sistemas de cuidados de salud y en la formación de políticas de salud. Además toma en cuenta los estados de salud y bienestar, tanto en individuos como en grupos humanos, al utilizar la prevención y promoción, desarrolladas igualmente por esta rama. La PCS puede ejercerse o aplicarse en los distintos y variados contextos, en correspondencia con la complejidad y variedad del comportamiento, así como de la actividad humana.¹¹

El crecimiento de la PCS ha tenido como determinante el cambio que ha experimentado el concepto de salud. La vieja dicotomía de salud física-salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente biológico, psicológico y social del enfermar. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad creciente de los equipos inter y multidisciplinarios en todos los campos sanitarios.

El trabajo de esta índole permite proveer, reestablecer o mejorar la salud de la comunidad, ya que dispone de la reunión de distintas disciplinas, paradigmas, técnicas y metodologías de trabajo, para la comprensión y atención en el proceso salud-enfermedad. Con ello se pretende conformar un equipo de salud que proporcione una atención oportuna y eficaz para el paciente, en el que se emita un diagnóstico claro y un tratamiento completo

¹⁰Ruiz, E. (1996). Nuevas tendencias en las políticas y dispositivos de salud.

¹¹Santaolaya, F. (1997). Psicología clínica y de la salud.

e integral; y sobre todo, que tome en cuenta al sujeto, que es quien padece en el proceso de enfermar.

Por ejemplo, una concepción inter y multidisciplinaria en el campo de la salud mental supone una reflexión y reformulación, no solo de algunos principios y aplicaciones técnicas en la clínica, sino también una revisión de la forma de planificación de recursos, dispositivos y medios, así como en la forma de actuar y trabajar asistencialmente.¹²

Sin embargo, el trabajo del psicólogo clínico de la salud, y el psicólogo social de la salud, se está institucionalizado (y no como tal), en los servicios sanitarios que se ubican en el tercer nivel de atención según el Sistema Nacional de Salud.

A pesar de la falta de institucionalización del psicólogo en el campo de la salud, la necesidad de atención resulta indispensable ya que se considera que al menos una cuarta parte de la población que solicita un servicio médico, tiene relación con algún aspecto psicológico,¹³ y uno de cada seis mexicanos ha padecido o padece algún trastorno mental.¹⁴ Toda esta población tendrá oportunidad de atención especializada, después de realizar un recorrido por los Centros de Salud y por las Unidades Médicas Familiares, que finalmente los refieren a las Instituciones Hospitalarias de tercer nivel.

Ahora bien, en el presente trabajo se muestra un modelo de trabajo psicológico en un Hospital de segundo nivel de atención. El modelo de intervención-acción, denominado "Centro de Atención Psicológica" (CAP), surge a partir de las necesidades detectadas de una Institución hospitalaria ubicada en Naucalpan, Estado de México. La estructura del trabajo constó de tres módulos de atención: Psicología Clínica, Psicología Clínica en Medicina Interna y Estimulación Temprana.

La falta de coordinación, estructuración y dirección coherente de un servicio psicológico en dicho nosocomio, obstaculizaba la pronta atención del paciente, así como la canalización de éste al psicólogo; ya que el cuerpo médico no tenía conocimiento de las funciones que se pueden ejercer desde la psicología, así como de los servicios que se pueden prestar en el ámbito hospitalario. Aunado a lo anterior, el paciente requería de un servicio especializado que le fuera accesible económicamente, ya que la población que básicamente se atiende en el Hospital es de escasos recursos económicos.

¹²Menéndez, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinaria en salud mental.

¹³Sánchez, J. (2001). México, sin clínicas para enfermos mentales.

¹⁴Sánchez, J. (2002). Con trastornos mentales, uno de cada seis mexicanos: Salud.

La suposición que orientó primordialmente esta investigación fue que si a través del trabajo psicológico organizado, estructurado y sistematizado desempeñado en un "Centro de Atención Psicológica", se podría dar la pauta para desarrollar una labor de corte multidisciplinario y con ello mejorar la calidad de atención al paciente.

Por lo tanto, el objetivo de la presente tesis fue reestructurar y aplicar un servicio de atención psicológica especializado y sistematizado en un Hospital de segundo nivel de atención, como base para el desarrollo de trabajo multidisciplinario.

En el trabajo se desarrollan los siguientes tópicos:

1 La Psicología en el campo de la salud. Aquí se describe y explica el proceso salud-enfermedad visto desde la biología, la psicología y la sociología; las posturas teóricas y modalidades terapéuticas en psicología, que permiten la comprensión y tratamiento de algunos fenómenos que están inmersos en el ámbito de la salud; y en particular desde la Psicología Social, la Psicología Social Aplicada, y la Psicología Clínica de la Salud. Para concluir el capítulo, se destacan los lugares de intervención y/o ejercicio de la profesión en el campo sanitario, tal es el caso de la Educación Para la Salud (EPS), la Psicología Clínica, la Educación y la Estimulación Temprana.

2. Los Servicios de Salud Pública en México. Se consideró pertinente describir los niveles de atención en la salud, para con ello evidenciar que el servicio psicológico se encuentra ubicado en el tercer nivel de atención. De igual forma, se considera relevante conocer cómo es la estructura de las Instituciones Hospitalarias y de los servicios que ellas ofrecen.

3. Consideraciones Teóricas para la Reestructuración de un Servicio de Atención Psicológica. Aquí subrayamos la importancia del trabajo inter y multidisciplinario en la atención de la salud. Además se presentan algunos modelos de intervención-acción desde la investigación cualitativa, en dicho campo.

4. Metodología: Reestructuración de un Servicio de Atención Psicológica en un Hospital de Segundo Nivel. Aquí se presenta el Modelo de Trabajo Psicológico "Centro de Atención Psicológica" y la estructura de los Módulos de servicio.

5 Resultados de la aplicación de la propuesta en la Reestructuración del Servicio de Atención Psicológica. Los resultados se presentan de forma cuantitativa (aunque no son la

base del trabajo) y cualitativa. Además se incluyen las aportaciones en el ámbito social como clínico del proyecto.

6 Por último, en las conclusiones del trabajo, se pueden encontrar las críticas, comentarios, aportaciones, limitaciones, etc., que se presentaron durante el desarrollo del mismo.

CAPÍTULO I

LA PSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD

1.1. Proceso Salud – Enfermedad

1.1.1 Concepto

En el campo de la medicina la palabra *normal* se emplea como sinónimo de salud. Lo normal se define estadísticamente como el promedio, o lo que no se desvía de una media definida, sin embargo, el hombre está sujeto a la constante variación biológica en sus características anatómicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, mismas que no admiten un modelo fijo. Esto supone que se puede pasar de un estado normal a un estado anormal de forma brusca o lenta. No puede entonces admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa, ya que entre ambos estados existen características intermedias. Una concepción completa de la salud debe de tomar en cuenta la existencia de factores objetivos y subjetivos así como de diferentes niveles esto es, no se puede hablar de un estado sanitario homogéneo, por lo tanto no se puede hacer una división exacta entre personas sanas o enfermas.¹

En 1948 en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se definió la salud como "el estado de absoluto bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de molestias o enfermedades".² Este enfoque prospectivo y dinámico, resulta inalcanzable para todas las sociedades: conforme el organismo sea más complejo, más complejas son sus interacciones con el ambiente y por ende, resulta difícil definir los conceptos de normalidad y anormalidad.

Desde el punto de vista médico el paso de la salud a la enfermedad inicia con un periodo de incubación de un agente patógeno al organismo; en esta primera etapa el proceso es activo pero no se tienen los medios tecnológicos para descubrirlo. En una segunda etapa (preclínica) se puede detectar la enfermedad si se expone al paciente a todos los avances tecnológicos o a las revisiones periódicas médicas. En una tercera fase existen

¹San Martín, H. (1992). Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Ecología humana y salud; y Álvarez, E. (2001). Salud, sociedad y Estado. Introducción a las ciencias de la salud.

²Rodríguez & García, op. cit. p. 354.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

síntomas mas o menos manifiestos y en una cuarta etapa la inadaptación provoca una reacción (como defensa) de forma tal, que el proceso patológico interfiere con las funciones "normales" del organismo. Existen dos tipos de factores que influyen en la capacidad de tolerancia y adaptación a los factores del ambiente: por un lado las imperfecciones biológicas, fisiológicas, hereditarias y congénitas y por otro los factores adversos a nuestra biología que puedan existir en el ambiente; a los que el organismo es incapaz de adaptarse. En conclusión la enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo.¹⁷

Desde una visión no médica, se puede decir que la salud "es la capacidad de los seres humanos de desarrollar en plenitud el máximo potencial personal para el disfrute de la vida en calidad y extensión y poder responder eficaz y efectivamente a los retos del ambiente".¹⁸ Bajo este lineamiento la salud se percibe no como el fin, sino como el medio de la "riqueza" de la vida humana (OMS, 1987).¹⁹ Por lo que el concepto de salud es subjetivo y relativo a las formas o estilos de vida, influenciados por el contexto cultural en el que se desarrollan y se satisfacen históricamente.

En este sentido el papel de los factores psicosociales en la salud no se reduce a la etiología de las enfermedades físicas sino se extiende al tratamiento, rehabilitación y consecuencias sintomáticas (siendo en ocasiones los responsables de la mejoría o empeoramiento de un padecimiento crónico o agudo), a la prevención de la enfermedad y a la promoción de prácticas saludables.²⁰

Si bien se puede decir que la salud es una situación de bienestar físico, mental y social, este paradigma esboza una idea de *equilibrio* que causa ciertas discrepancias entre profesionales de las diferentes ramas (Medicina, Psicología, Biología, etc.), por lo que se profundizará al respecto.

En primera instancia no se aprecia (y además resulta difícil) el tratar de entender la diversidad de formas que existen para definir la enfermedad, al parecer dependerá de la profesión, la postura teórica, o la especialidad; con esto se plantea la problemática de emplear un lenguaje que unifique un concepto.

¹⁷San Martín, op. cit.

¹⁸Castro, J.(1997). Promoción de la salud. A diez años de Ottawa ¿salud-mercancía o derecho social? p. 56.

¹⁹Cit. pos. Castro, op. cit.

²⁰Rodríguez-Marín & López, 1988; Rodríguez-Marín, 1991; cit. pos. Rodríguez & García, op. cit.

En segunda instancia las formas en las que la enfermedad y su etiología se dan en cada población son diferentes, por ejemplo, la manera en cómo puede somatizarse el estrés en zonas urbanas o rurales.

En la primera tal vez se tendría una estrecha relación con los hábitos alimenticios, tiempo de trabajo, explosión demográfica, contaminación, estrés, que van acompañados de padecimientos gastrointestinales, neurodermatitis, problemas cardiovasculares, etcétera, mientras que en la segunda si bien pueden presentarse estos cuadros clínicos, la etiología de éstas son de otra índole por la calidad de vida que llevan unos y otros.

A través de la atención de casos clínicos se ha podido encontrar cómo se generan las distintas patologías en diversas áreas de la población y cómo a partir de esta cadena fenomenológica, se presentan otros estados de salud en los que se pueden ubicar a los pacientes; el considerar a una persona enferma dependerá de la complejidad y desarrollo de su padecimiento, del grado de afectación en la esfera individual y familiar, de la incapacidad para efectuar las actividades cotidianas y de su recuperación, entre otros.

Tal es el caso de un paciente portador de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida), en tanto él y su entorno no sepan que es portador sano (cuadro que se caracteriza por que se detecta el virus pero no existe sintomatología alguna), orgánicamente se encuentra enfermo. Sin embargo una vez que se manifieste su padecimiento en SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) al paciente se le considerará enfermo tanto en la esfera biológica-orgánica, como en la social y psicológica; pues a pesar de la sintomatología orgánica, el vivir y confrontar una situación así, trastocará todos sus ámbitos de desarrollo.

El esclarecer un estado de "bienestar físico" tendría que ser a la par de exámenes y revisiones médicas, así como de los reportes del paciente. Parece ser que el "bienestar social" se inscribe en el ámbito de los cánones históricos y culturales en los que se viva; por ejemplo, al hablar de un individuo neurótico o de una persona con retardo mental no implica que sea un "loco" y que necesariamente requiera un tipo de hospitalización, mucho menos que se considere como una enfermedad que se tenga que curar. Paulatinamente, los *padecimientos* o formas distintas de conducirse que no corresponden a la "normalidad" se

han modificado. Se tiene que tomar en cuenta que esto se debe tanto a factores internos, como externos que se han vivido a lo largo de la historia.

En términos generales lo "mental" y la mente equivalen de cierto modo a la inteligencia y a lo intelectual. En el campo de lo filosófico y psicológico es mucho más que esto, para Alonso-Fernández (1989)²¹ lo mental y la mente son todo lo que nos hace *ser humanos* es decir la capacidad de síntesis que adapta el individuo, primero por instinto y luego por plena conciencia del medio, a través de la armonización de elementos como la razón, la voluntad y la sensibilidad. Para San Martín (1992)²² la mente es la función que incluye, resume y relaciona todas las actividades del organismo, relacionándolo con el ambiente físico, biológico y social.

1.1.2 Salud Mental

Los procesos psíquicos y la enfermedad mental, se abordan de distinta forma por filósofos, sociólogos, psiquiatras, psicólogos y biólogos; divergencia conceptual que se manifiesta en los criterios doctrinales sustentados por las diversas escuelas.

Para algunos autores la vida mental o psíquica del individuo es obra del funcionamiento integrado del individuo. Alonso-Fernández (1989)²³ destaca que el concepto de salud mental se vincula con la capacidad del individuo para establecer relaciones armoniosas con otro, participando en la modificación de su ambiente físico-social. Colaborar con él de modo constructivo, implica la aptitud de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada, de los propios impulsos instintivos potencialmente en conflicto; implica además, que un individuo logre desarrollar su personalidad de forma tal, que le permita hallar la expresión concordante de sus potencialidades y con ello la plena realización de sí mismo.

Para el autor la salud mental es el grado de armonía o de equilibrio alcanzado por la personalidad. Cuanto mayor sea la armonía psicológica de un hombre, mayor será su satisfacción y su disposición. La armonización de la personalidad consiste en centrar la organización del conjunto de la misma en torno a un eje constituido por un proyecto y su

²¹ Alonso-Fernández, F. (1989). Psicología médica y social. Salud mental.

²² San Martín, H. (1992). Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Salud mental.

²³ Op. cit.

correspondiente estilo de vivir. La personalidad es el producto de una serie de factores que se distribuyen en cuatro rubros: lo constitucional, lo orgánico, lo psicológico social y la libertad misma del hombre.

Por otro lado, las teorías organicistas²⁴ destacan que las células cerebrales se relacionan entre sí y actúan como un todo, operando en conjunto al coordinar y unificar los datos captados por los centros nerviosos, por lo tanto no se dispersa ni fragmenta el conocimiento. El espejismo de la realidad que surge de la actividad cerebral, llamado conocimiento, es un producto que supera las propiedades de los elementos que conforman este órgano, considerados aisladamente. El hombre como unidad cuerpo-mente, es una organización de estructuras y funciones unidas en una personalidad. El cerebro no determina la totalidad del pensamiento, ya que todos los órganos juegan un papel importante en el proceso mental. El organismo es un mecanismo integrado y unitario, es una unidad psicosomática. Es imposible concebir desde el campo de la biología, una función psíquica humana que no suceda sobre las bases fisiológicas. Todo aspecto mental de la persona humana tiene necesariamente, un aspecto físico. Los modelos organomecanicistas (biológico-mecanicista) consideran que las enfermedades mentales son de etiología orgánica y las analizan de tal manera que aparecen compuestas de síntomas determinados y por lesiones del sistema funcional cerebral.²⁵

Las teorías no organicistas (psicodinámico y psicosocial), declaran que el cerebro no puede ser el centro coordinador que da unidad a nuestras actuaciones. La materia no podría unificar un pensamiento ni mucho menos un conjunto de ellos, porque todo lo material está compuesto de partes y es divisible. Debe haber un centro coordinador, un "yo" que atestigüe que todas las reacciones han sido vividas por el mismo sujeto. Esta tesis postula que "algo" indivisible e inmaterial puede producir la unidad que advierte la vida del hombre.²⁶

Al respecto para Alonso-Fernández (1989)²⁷ existen cuatro niveles en el desarrollo de la personalidad: el individual, el grupal, el comunitario y el colectivo. La personalidad se debe desplegar en el conjunto de ellos en forma proporcionada. Para el autor, la salud

²⁴Basadas en la biología en relación con el organismo.

²⁵San Martín, op. cit. Salud mental.

²⁶Ibid.

²⁷Op. cit.

mental es la condición que permite al hombre conquistar su personalidad, ser libre a sí mismo y otorgar sentido al mundo apropiándose de él; la salud mental condiciona en términos generales, el desarrollo y la actualización de los valores del hombre tales como: la trascendencia, el bien, la belleza, la verdad y la justicia, condición que le permite insertarse en el mundo como realidad inteligente, con sustantividad y dotar de sentido al mundo, convirtiéndose en su mundo. Asimismo los valores de la ética, el derecho, la estética, y la higiene mental, están articulados estrechamente con la filosofía y psicología en el concepto de salud mental.

El aspecto crucial de las reacciones mentales *normales* es la integración de la personalidad, la cual es la suma total de todos los componentes mentales del individuo, de la constitución hereditaria y de las influencias ambientales. Una persona cuyo control o regulación interna de la personalidad esté libre de conflictos entre las tres instancias psíquicas (ello, yo y superyó), es mentalmente sana. Esto no significa que esté libre de conflictos con el exterior, sino que sea capaz de resolverlos. La actividad mental se desarmoniza y el individuo se enferma cuando las tensiones del ambiente externo o la gravedad de los conflictos internos son de tal magnitud, que destruyen la estabilidad constitucional del individuo.²⁸

En conclusión se tienen tres posturas unilaterales clásicas: la sociológica, la psicológica y la organicista. Al parecer las dos últimas son las que rigen las políticas oficiales de salud mental en casi todos los países, las más promovidas por los organismos internacionales; las que definen o admiten los gastos médicos o seguros; las que imponen en las escuelas médicas o psicológicas de los países desarrollados, las que están vigentes en la industria farmacéutica, así como en la industria editorial. Se hace evidente en el empleo del DSM-V²⁹ que es la Clasificación Oficial de la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) o el CIE-10³⁰ como las clasificaciones universales en los trastornos psicopatológicos.³¹

En términos generales se fundamentan en una postura mayoritariamente biológica, que describe los posibles procesos patológicos, reemplazándolos por síntomas y síndromes.

²⁸San Martín, op. cit. Salud mental.

²⁹Quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

³⁰Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión.

³¹Guinsberg, E. (1996). La salud mental en nuestros tiempos de cólera.

Un claro ejemplo es la psicología reducida a relaciones causa-efecto y a los procesos conscientes; ya que bajo estos lineamientos se formulan las principales investigaciones y programas en las instituciones de salud. Esta postura elimina el concepto de subjetividad y por consiguiente la necesidad de una teoría acerca de la misma; además no toma en cuenta la importancia de los procesos históricos y sociales, lo que convierte al hombre en un ser humano a-histórico y a-social. Si se destaca el ambiente, es como un factor modificador de un proceso o desencadenante de un trastorno y no como forma de producción del psiquismo.³²

El concepto de salud posee entonces, un carácter subjetivo y relativo a las formas de vida influenciadas por el contexto histórico-cultural y por las formas de construcción psíquica de cada individuo.

Aunque la perspectiva para definir la salud mental es relativa debido a la diversidad y diferenciación de las escuelas psicológicas, existen ciertos criterios para evaluar el grado de salud mental. Para San Martín (1992)³³ serían la ausencia de enfermedad mental, conducta normal, adaptación al ambiente, unidad de la personalidad, percepción correcta de la realidad, del mundo y de sí mismo.

A partir de todo lo anterior se concluye que el hecho de conceptualizar la *enfermedad* resulta subjetivo, ya que pertenece a diversas connotaciones históricas, diferentes enfoques teórico-metodológicos, así como a distintos avances tecnológico-científicos; pues es a través de éstos que la palabra (enfermedad), empieza a tener significado como tal.

En un ambiente hospitalario se imposibilita determinar "una enfermedad psicológica", pues tanto instrumentos como definiciones se encuentran creados, preestablecidos y estructurados, sin tomar en cuenta una definición que competa más al campo de lo psicológico y lo social.

Por lo tanto, en el presente trabajo, lejos de formular un concepto de enfermedad, se destaca la importancia del sujeto, de su discurso y contenido; ya que es el paciente quien se adhiere a su discurso y a través de éste vive su realidad.

³²Ibid.

³³Op. cit. Salud mental.

Por ello se sostiene que más que hablar de una enfermedad, se hace referencia a un *malestar* que se manifiesta a través de una inconformidad o padecimiento en el sujeto (se psicomatiza); es decir, el paciente comenta sentirse enfermo de no saber qué tiene a través de su discurso que hace síntoma, iniciando una situación de desequilibrio entre lo que no puede ver de su discurso y las implicaciones que conlleva esto (un padecimiento de carácter patológico).

Por consiguiente es menester del psicólogo tomar simplemente la palabra del paciente, a fin de enunciarle aquello que vive sin saberlo, y que se expresa al ritmo de su discurso asociativo; es decir, que el paciente descubra el sentido de su historia y pueda responderse su sentir y proceder.

Hasta aquí se han descrito los conceptos de salud, enfermedad y salud mental desde el campo biológico, psicológico y social, y cómo se entrelazan estas instancias. Ahora bien, existen diferentes posturas teóricas, desde la psicología, que proporcionan una amplia gama de modalidades terapéuticas que se aplican y emplean en aquellos "conflictos" o "padecimientos" del individuo. Se considera fundamental tener conocimiento (al menos de forma general) de ellas, para utilizarlas de acuerdo al caso y a la postura teórica del psicólogo. De igual forma, al tener conocimiento acerca de las herramientas teórico-metodológicas que se pueden emplear y aplicar en el proceso salud-enfermedad, se posibilita de cierta forma, el conocimiento de lo que el psicólogo puede hacer en el ámbito hospitalario, y con ello la obtener una atención eficaz para el paciente, permitiéndole una mejor calidad de vida.

1.2 Posturas Teóricas y Modalidades Terapéuticas en Psicología

1.2.1 La Gestalt

En Alemania alrededor de 1912 surge una escuela de psicólogos encabezados por Max Werthimer (1880-1943), la cual no estaba de acuerdo con la visión atomista, analítica y estructural de Wundt. Denominada también psicología de la percepción, esta postura teórica se opone al "desmenuzamiento" del psiquismo denotado por los asociacionistas.

Para Wilhelm Wundt el objeto de estudio de la psicología era la experiencia inmediata del individuo, estudiada a través de la introspección, para posteriormente realizar una observación objetiva y analítica de los procesos conscientes. Wundt planteó el problema de la psicología como el análisis del proceso mental en elementos y el concepto de mente como un contenido real y no sustancial, en tanto es un proceso cambiante y no un objeto. Trabajó en el campo de las sensaciones, de la percepción y los sentimientos, como cualidades de la experiencia.³⁴

Por el contrario, los psicólogos gestaltistas proponían que el fenómeno psicológico era en sí mismo un todo que, cuando se estudia en elementos, tiene la posibilidad de perder su identidad, porque las propiedades de las partes sin más, no definen las del todo que resulta. Su labor pues, es percibir y estudiar el fenómeno psicológico y cómo aparece la experiencia cognitiva (gestalt).³⁵

La palabra Gestalt significa mejor forma o en buena forma.³⁶ Nacida de la reflexión fenomenológica sobre lo "vivido", esta doctrina se basa en experiencias inamovibles relativas a la percepción en los animales y en el hombre. Declara que un elemento cambia de significado según la posición o el lugar de conjuntos en el que se encuentre.

Max Wertheimer efectuó una serie de estudios en el campo de "la visión del movimiento" y expuso el problema de la percepción del movimiento, experiencia que denominó fenómeno phi.³⁷

Según Wertheimer (1912) "si se analiza el movimiento aparente (fenómeno phi) -el análisis es condición, según Wundt, para entender los fenómenos mentales- éste se destruye, y entendiendo sus partes (elementos estáticos), no podemos captar todo (movimiento)".³⁸

Dos alemanes se unieron a esta escuela, el primero, Wolfgang Köhler (1887-1967) quien realizó estudios sobre el aprendizaje con animales, criticó las investigaciones del Thorndike sobre el aprendizaje por ensayo y error, postuló que los animales perciben la relación entre los estímulos y no los estímulos en aislado, lo que permite darle solución a

³⁴Harrsch, op. cit.

³⁵García, L.; Moya, J. & Ramírez, S. (1997). Historia de la Psicología I. La gestalt.

³⁶Boring, 1979; cit. pos. Harrsch, op. cit.

³⁷Harrsch, op. cit.

³⁸Cit. pos. García et al. p. 131.

un problema de forma repentina a través de un proceso de integración, comprensión y discernimiento de claves (aprendizaje rápido).³⁹

El segundo, Kurt Kofka (1886-1941) realizó estudios sobre el ritmo; se enfocó en el estudio de la psicología infantil y en 1935 publicó los postulados de la psicología gestalt. El psicólogo gestaltista no emplea un método riguroso, es decir adopta una actitud ecléctica, ya que no se tiende a efectuar la descomposición analítica artificial del fenómeno. Se emplean entonces figuras y colores (desde el punto de vista didáctico y de investigación), ya que se acepta el principio metodológico del isomorfismo de estructuras físicas-fisiológicas-psíquicas.⁴⁰

García, Moya y Ramírez (1997)⁴¹ describen los principios y las leyes de la gestalt: Principios.

1 Isomorfismo. Es el principio metodológico básico; en el que "las unidades de la experiencia corresponden a unidades funcionales en los procesos fisiológicos subyacentes " y en otro lugar "su esencia consiste en la afirmación de que las propiedades estructurales de las experiencias son al mismo tiempo las propiedades estructurales de sus correlatos biológicos".

2 Totalismo: Esto se refiere a que frente al atomismo asociacionista el todo, la forma, emerge, es más que la mera suma de las partes. Actitud fenomenológica: La forma se estudia tal y como se nos ofrece. Innatismo: existe una tendencia innata al equilibrio (estabilidad, regularidad y simplicidad), a la vez que una dinámica compleja de organización que se expresa mediante las leyes. Antimecanismo (a nivel fisiológico): existencia de vías cerebrales mas que sensoriales fijas. Antivitalismo: La fuente de la vida y su dinámica se encuentra en las estructuras fisiológicas complejas y no en el espíritu; Contemporaneidad: lo importante es la consideración "*hic et nunc*" de la experiencia, y finalmente el enfoque cualitativo es preferible actualmente al cuantitativo.

Así pues, el objeto de estudio es la experiencia inmediata (interna o externa), misma que tiene las características de una gestalt (forma), esto es, de un todo organizado y estructurado, del que se derivan las siguientes leyes:

³⁹Harsch, op. cit.

⁴⁰García et al. op. cit.

⁴¹Op. cit.

1. El todo es más que la suma de sus partes. Percibir es dar significado y sentido a los datos sensoriales; la resultante de tal actividad es el percepto (gestalt), fenómeno complejo, total y no elemental; es un conocimiento de la totalidad y no de sus componentes aislados, mismo que al organizarse da lugar a cualidades nuevas.

2. Ley de primacía: El todo es antes que las partes. En el conocimiento intervienen primero los sentidos aportando las cualidades sensoriales y después el *sensuum commune*. Sin embargo, a finales del siglo pasado todavía se definían dos momentos: primero la sensación y posteriormente de la operación mecánica e intelectual, la percepción, la experiencia del sentido o de la organización. Para la Gestalt la experiencia perceptiva o del todo surge en un primer y único acto gracias al hipotético mecanismo cerebral de "autodistribución dinámica" (isomorfismo estructural). Del elemento o dato sensorial se tiene cuenta a través de la abstracción de la mente.

3. El todo es una experiencia no aprendida. Para los psicólogos de esta vertiente, en el cerebro existen estructuras innatas que, independientemente de las primeras experiencias infantiles, la percepción (gestalt) se da automáticamente sin necesidad de aprendizaje. Es así, como se explica la ley de la pregnancia o buena figura, pues a pesar de los datos sensoriales se tiende a ver todo como una estructura regular, como si de la naturaleza de las estructuras cerebrales fuera propio el percibir buenas figuras. Se dan formas pregnantes, es decir sencillas, armoniosas, equilibradas, que se destacan perfectamente del fondo y tienden a aparecer más que otras. Aunque sean incompletas, el espíritu las restablece; (algunas ilusiones ópticas se explican por este mecanismo).

4. El todo es una resultante isomórfica de la estructura física del estímulo y la estructura neuronal. La percepción está determinada por la forma en cómo se presenta el estímulo y la estructura nerviosa de carácter innato que percibe el estímulo. En igualdad de situaciones, las circunstancias del estímulo favorecen el agrupamiento o formación de la experiencia perceptiva total, tal es el caso, de los elementos más próximos, los del mismo color, tienden a ser percibidos en conjunto.

5. Ley de autonomía: El todo (gestalt) permanece a pesar de las partes. El mundo que se percibe es un mundo de objetos estables que no cambia de un momento a otro a pesar de las variaciones estimulares, tiende a la estabilidad de acuerdo con la real permanencia de

las cosas. Esta permanencia o constancia se manifiesta en la brillantez y el tamaño de los objetos.

6. El significado y función de las partes depende frecuentemente del todo que son partes. Un mismo hecho tiene un significado y valor diferente según la situación dentro de la cual se encuentra enmarcado. Por ejemplo, para Köhler el aprendizaje es un proceso en el que un conjunto de datos o elementos inconexos entre sí, se relacionan perdiendo sentido propio y adquieren otro sentido dentro del todo, el de ser medio o fines. Aprender es "comprender", abarcar, coger, organizar, construir un todo, una gestalt, de forma repentina (el *Einsicht*).

En la época de los treinta s. XX, la teoría de la gestalt se había convertido en un sistema completo que influenciaba el ámbito de lo pedagógico y de la psicología social, así como en la psiquiatría y medicina psicosomática. Destacan Lewin (1931) Lippitt y White (1939) y Godlstein (1950). El primero realizó estudios sobre la memoria y concluyó que lo relevante no es la contigüidad de los elementos sino el motivo por el cual se les asocia; los segundos trabajaron en el campo de la motivación, dinámica de grupo y liderazgo, y por último; Goldstein, fue propulsor de la psicología organísmica y holística, cuyo sistema se deriva de las teorías del instinto (freudiana y gestaltista). Se fundamenta en la neurofisiología, y declara que el único motivo humano es la autorrealización y que el humano posee un impulso innato dirigido a madurar y desarrollarse, por lo que es necesario estudiar al hombre como un todo.⁴²

Para finalizar, la forma corresponde al modo en que las partes se encuentran dispuestas en el todo. El valor (significado) que se le da a cada elemento, está determinado por su participación en el conjunto; una vez integrado, existe sólo por el papel que desempeña. Pero si se cambia de elemento, se modifica el conjunto.⁴³

1.2.2 El conductismo

A principios de la década de 1910, John Watson funda el *behaviorismo* o psicología del comportamiento. Esta escuela surge como un movimiento en contra del método de

⁴²Harsch, op .cit.

⁴³Ibid.

introspección. En ese sentido rechaza la validez de los datos que por su naturaleza son subjetivos, lo que hace que sean incontrastables objetivamente.⁴⁴ En el estudio del comportamiento humano se deben de tomar en cuenta sólo los hechos observables; es decir, se reconocen aquellos procedimientos que den cuenta exclusivamente de las actividades del organismo, en cuanto a respuestas externas y estímulos observables.

Watson trabajó en las áreas de la imaginación, el sentimiento y la asociación trasladando estos conceptos mentalistas a términos comportamentales, tal es el caso de la asociación por reflejo condicionado.⁴⁵ La conducta es lo que el organismo hace o dice; hablar es hacer y esto es comportarse. La base de la conducta es el condicionamiento; es decir, toda la conducta es el resultado de la historia de la relación del individuo con el ambiente.⁴⁶ Así pues para Watson la Psicología era "la parte de ciencia natural cuyo objeto de estudio es la conducta humana, las acciones y verbalizaciones, tanto aprendidas como no aprendidas de las personas".⁴⁷

Watson realizó estudios con niños en los primeros meses de vida, para comprobar cómo se va formando a partir de los reflejos incondicionados, toda la compleja gama de respuestas condicionadas, mismas que representan toda la conducta del adulto. A la reacción determinada de los niños ante ciertos estímulos incondicionados les denominó retorcimientos. Se dividen de acuerdo a los órganos que intervienen en la respuesta y se destacan tres tipos de respuestas: viscerales o emocionales (reacciones de miedo, ira y respuestas amorosas), guturales o laríngeas y manuales. Como producto del número de condicionamientos guiados por las leyes de recencia⁴⁸ y repetición⁴⁹ surge la conducta compleja del adulto. El pensamiento es el reflejo en el cerebro, de la sucesión de movimientos provocados por el lenguaje; por lo tanto, el lenguaje no es expresión del pensamiento, sino reflejo simple, consecuencia de aquél. Desde este enfoque, los actos del hombre carecen de significado ya que éstos sólo son una forma de expresar lo que el individuo hace. Watson considera que la personalidad es el producto final de nuestros

⁴⁴García et al., op. cit. El conductismo.

⁴⁵Harsch, op. cit.

⁴⁶García, L. & Moya J. (1993). Historia de la Psicología II. El conductismo clásico y el asociacionismo elementalista.

⁴⁷Marx, M. & Hillix, W.(1985). Sistemas y teorías contemporáneas en Psicología. El conductismo. p. 164.

⁴⁸Ante una situación determinada, se tiende a repetir conductas que se han llevado a cabo poco tiempo atrás.

⁴⁹La práctica continua fortalece la conexión estímulo-respuesta.

sistemas de hábitos, los cuales definió como la probabilidad de una respuesta determinada ante cierto estímulo u otros parecidos.⁵⁰

En los postulados del enfoque watsoniano se declaraba que la conducta se componía por elementos de respuesta que podían ser analizados, a través de métodos objetivos tomados de la ciencia natural; que la conducta se componía de secreciones glandulares y movimientos musculares: toda respuesta obedece a un estímulo, por lo tanto, existe un estricto determinismo de causa efecto en la conducta; y los procesos de la conciencia (en caso de existir), no pueden ser estudiados científicamente.⁵¹

El conductismo tiene sus bases en el enfoque evolucionista de Darwin, que dio origen a la psicología animal. Ésta surgió del movimiento mecanicista que apoyaba la construcción de una psicología sin alma. Introdujo el concepto de tropismo,⁵² y postula que la memoria asociativa es el criterio de la conciencia. El conductismo también recibió la influencia de trabajos de Thorndike y Yerkes sobre inteligencia animal. La psicología objetiva y la positivista actuaron en esta doctrina al considerar que la mente excluía a la conciencia.⁵³

En ésta línea, Watson consideraba que el hombre es (como para Descartes) un cuerpo sin alma, una máquina que por las disposiciones de sus partes reacciona (refleja), mecánicamente a la energía del estímulo. Los principios de la escuela conductual son el objetivismo, el reduccionismo mecanicista, el determinismo ambientalista, y el evolucionismo pragmatista: la conducta es tan sólo relevante cuando es instrumento de adaptación del organismo al ambiente.⁵⁴

En la década de los 30's destacan Edwin Holt (1873-1946), Edward Tolman (1886-1959), Karl Lashley (1890-1958), Albert Weiss (1897-1931), Walter Hunter (1889-1954), Clark Hull (1884-1952), y Burrhus F. Skinner (1904-1990).⁵⁵ Más adelante Skinner al igual que Watson, consideró al hombre una máquina, cuyo comportamiento estaba determinado por leyes objetivas y controlables. La distinción entre ambos, es que el primero se apoyaba

⁵⁰García et al., op. cit. y García & Moya, op. cit.

⁵¹Marx & Hillix, op. cit.

⁵²Se refiere al movimiento total o parcial de los organismos, determinado por el estímulo de agentes físicos o químicos como la luz solar (heliotropismo), la luz (fototropismo), o la gravedad (geotropismo).

⁵³Harrsch, op. cit.

⁵⁴García et al., op. cit.

⁵⁵Harrsch, op. cit.

en el modelo de condicionamiento clásico de asociación por contigüidad de un estímulo-respuesta (E-R), y el segundo en el modelo de condicionamiento operante: estímulo-respuesta-efecto (E-R-E), objetivizando todas las variables del modelo.⁵⁶

En los trabajos de psicología animal de Thordinke, se consideraba que una respuesta se repetía si el animal conseguía el éxito o placer deseado. Skinner cambia la condición subjetiva (de placer) por otra objetiva: "el refuerzo al que define operativamente como la circunstancia concreta que al ser consecuente de una respuesta del animal, hace que aumente la probabilidad de respuesta, entre las posibles, cuando se repiten bajo las mismas circunstancias".⁵⁷ Distinguió dos tipos de reflejos: las respuestas correlacionadas con estímulos que denominó conducta respondiente y respuestas que ocurren sin estímulos externos observables, conducta operante.⁵⁸

Bajo el modelo de condicionamiento operante, se efectúan diversos programas experimentales en los que se explica la adquisición y extinción de las conductas en los organismos. Estos se basan en el principio de los programas de reforzamiento continuo, en el cual, si el animal responde a determinada respuesta (definida operativamente) se le refuerza; por ello es que el animal "aprenderá" a dar dicha respuesta, sin embargo al dejar de reforzar, ésta decrecerá o extinguirá. Existen variaciones de los programas, entre ellos, los programas de refuerzo intermitente, de razón fija, de intervalo fijo o temporal. El trabajo de Skinner se sustenta bajo los principios de operativismo científico (las leyes se originan a partir de sus experimentos, no hay cuerpo científico de hipótesis que sea resultado de deducciones lógicas o matemáticas de hechos observados), reduccionismo biológico (se experimenta en animales y los resultados se aplican a los seres humanos) y objetivismo/fiscalismo (sólo lo observable se toma en cuenta y el origen de la conducta radica en las condiciones ambientales).⁵⁹

Uno de los objetivos del conductismo es adaptar al hombre a las exigencias de la sociedad, y en esto consiste la "libertad del conductista"; bajo la lógica del evolucionismo darwiniano, al tratar de asegurar la supervivencia de los individuos en un medio hostil.⁶⁰

⁵⁶García et al., op. cit.

⁵⁷Ibid. p.142.

⁵⁸Marx, & Hillix, op. cit.

⁵⁹García et al., op.cit.

⁶⁰Ibid.

"La finalidad del conductista es hacer una ciencia que prepare hombres para entender los principios de su propia conducta".⁶¹ Pertenece a la psicología conductista poder anticipar y fiscalizar la actividad humana. Así vemos que a través de la ciencia se buscan leyes que pronostiquen cuál es la respuesta de cada organismo ante cierto estímulo y de igual forma, explicar una respuesta dada, o incitar una respuesta determinada (controlar) manipulando los estímulos.

1.2.3 El Psicoanálisis

Alrededor de 1885 inicia en Viena un movimiento completamente distinto a la psicología nacida en laboratorios o bibliotecas: el psicoanálisis, gestado desde la práctica clínica en el tratamiento de las neurosis.

En el transcurso de esta práctica se concluyó que las diferentes condiciones biológicas instintivas de la naturaleza, le permiten al hombre atravesar por una serie de etapas que tiene una estrecha relación con su medio. Todo esto tiene lugar a un nivel inconsciente. El grado de superación de cada una de las etapas, cuyas experiencias pasan a ser parte del inconsciente del sujeto, determinará el nivel de salud psíquica en que se encuentra; ésta podrá ir desde un estado de normalidad, a la neurosis y en el peor de los casos, a la psicosis.⁶²

Este enfoque psiquiátrico (funcional, dinámico y psicológico) supone la ruptura y superación del modelo tradicional (anatómico y fisiológico) que se encontraba institucionalizado en Viena, abriendo así un nuevo camino en el campo de la salud mental: el de la psiquiatría dinámica.

La perspectiva tradicional consideraba el concepto primitivo de enfermedad mental, suponía que era originada por la perversión, maldad, posesión mágica o diabólica. En el Renacimiento se relacionaba herejía con enfermedad mental. En el siglo XVIII, Pinel le dio un giro a esta conceptualización al presentar un enfoque humanitario. Posteriormente se evolucionó en la línea del magnetismo (Helmont), mesmerismo (Mesmer), hipnotismo (Braid), histeria y sugestión (Charcot y Berheim).⁶³

⁶¹García & Moya, op. cit. p.156.

⁶²García & Moya, op. cit. El psicoanálisis. Sigmund Freud. Principales disidentes.

⁶³Harsch, op. cit.

Entre los antecedentes del psicoanálisis se encuentran varias vertientes. A principios del siglo XVIII, G.W. Leibnitz presentó la "Teoría dinámica de los elementos de la realidad", en la que denominó mónada al centro de motivación y a la actividad como condición básica de ser; señaló el inconsciente y los grados del consciente; hablaba pues de una fuerza y por lo tanto de la noción de dinamismo en el organismo.⁶⁴ En esta misma línea se encuentran trabajos de Herbart, Bretano y Ward, en el que se evidenciaron conceptos dinámicos (presión genera tensión, misma que se libera en acción). El hedonismo⁶⁵ también influyó en la conformación del psicoanálisis, ya que de esta doctrina motivacional asociacionista, Freud (1856-1939) derivó el principio del placer, según el cual el hombre soporta el dolor presente con el objeto de lograr el placer futuro.⁶⁶ Otra vertiente de influencia fueron los trabajos de corte mecanicista y biologicista de Charles Darwin, una muestra de ello es el instinto de muerte, que según Darwin depende de las especulaciones sobre el origen de la vida. Es probable que para Freud la importancia de las pulsiones sexuales tenga relación con la formación evolucionista, puesto que la reproducción es necesariamente el tema central.⁶⁷ De igual forma, la tradición científica romántica alemana de Goethe y Shelling permearon las ideas del psicoanálisis. Así mismo Balzac, Stendal, Nietzsche y Fechner, tuvieron influencia directa sobre Freud.⁶⁸ En 1938, él reconoció que Schopenhauer ya había formulado la idea de represión en el inconsciente y la resistencia contra el reconocimiento del material reprimido.

Por último, para Bakan (1958)⁶⁹ el fondo religioso judío de Freud incluía tintes místicos, mismos que fortalecieron el aspecto romántico del psicoanálisis, ya que los textos judíos atribuían también un significado místico al sexo.

En la formación del psicoanálisis se distinguen tres etapas: de 1885 a 1897 en la que Freud colabora con Breuer y con él publica Estudios sobre la Histeria (1895); de 1887 a 1923, se desarrolla esta postura partiendo de las cualidades psíquicas inconsciente-preconsciente-consciente. En esta época escribió "La Interpretación de los Sueños" (1900), "Tres Ensayos de la vida Sexual" (1905) y "Más allá del Principio del Placer" (1920). Por

⁶⁴Ibid.

⁶⁵Nombre dado a las doctrinas éticas que consideran el placer como fundamento de la moral.

⁶⁶Harsch, op. cit.

⁶⁷Marx & Hillix, op. cit. El psicoanálisis.

⁶⁸García & Moya, op. cit.

⁶⁹Cit. pos. Marx & Hillix, op. cit.

último, publicó "El Yo y el Ello" y desde aquí estudió el aparato psíquico: el ello, el yo y el superyó. En este período publica "El Porvenir de una Ilusión" y el "Malestar en la Cultura" (1930).⁷⁰

Sigmund Freud fue amigo de Joseph Breuer, famoso médico vienés que trató el caso de una paciente histérica, conocido en la historia de la psiquiatría como el caso de Ana O (Bertha Pappenheim). Breuer empleaba la hipnosis para que fuera desapareciendo determinado síntoma. Explicaba que los síntomas tenían origen en experiencias desagradables pasadas y reviviéndolas se producía la desaparición del síntoma. Posteriormente Freud trabajó en París con Charcot en casos de histeria con el método de hipnosis. Al principio Freud pensaba como Breuer y creía que era necesario hipnotizar al paciente para que recordara el hecho que provocó el síntoma histérico, el síntoma desaparecía definitivamente al recordar y revivir la emoción que era traumática. A este método se le conoció como catártico (catarsis: purificación o liberación de complejos reprimidos). Freud comenzó a ver una serie de inconvenientes en la aplicación de este método, pues en un principio comprobó que solo es utilizable en la histeria pero no en otro tipo de neurosis.⁷¹

En 1892 Freud trató de hipnotizar a su paciente R. Lucy sin éxito alguno; entonces la dejó hablar libremente hasta que llegaba al punto de no poder recordar lo que decía, para lo cual él le ayudaba a recordarlo tocándole la frente. Freud observó esta técnica de imposición de manos en Bernheim y la denominó "Método de la Concentración" o "Método de los Apremios". En 1895 Freud comienza a tratar mediante el método de concentración, a la baronesa Frau Emmy von N (Fany Moser) quien le sugeriría le dejase de interrumpir y le permitiera hablar con libertad. Freud accede y comprueba la eficacia de este procedimiento el cual denomina "La Asociación Libre". Este método situaba al paciente en una circunstancia que le permitía expresarse libremente, diciendo todo lo que sentía, aunque pareciera sin importancia. Dicha situación no resultaba fácil, ya que el sujeto tenía que sobreponerse a toda clase de "obstáculos o resistencias" opuestas a la toma de conciencia de lo reprimido. Mucho de lo generado para este proceso es la interpretación de los sueños o técnica de la interpretación, en la que Freud reconoce varios métodos: la interpretación

⁷⁰García et al., op. cit. V Psicoanálisis.

⁷¹García & Moya, op. cit.

simbólica, el método descifrador y el método de la interpretación onírica; las fantasías, síntomas, consideraciones de obras de arte y mitos, interpretación de actos fallidos, chistes y olvidos.⁷²

Las ideas de Breuer y Freud proporcionaron las primeras bases del psicoanálisis; entre ellas, la relevancia de los procesos inconscientes en el origen de las neurosis; el que los síntomas parecían ser la manifestación de acontecimientos que el paciente no podía recordar, o de impulsos de los que no era consciente, y además, eran representaciones distorsionadas pero simbólicas, de conflictos reprimidos, y que el sexo desempeñaba un papel fundamental en los trastornos psíquicos del neurótico. En este sentido, la "cura" del paciente se obtiene a través de la recuperación y elaboración de lo reprimido (abreacción).⁷³

En "La Interpretación de los Sueños" (1900), postuló que éstos eran la expresión dinámica de deseos de fuerzas instintivas sexuales y agresivas que, a pesar de reprimirlas, emergen a la conciencia. Destacó dos tipos de sueño: el latente y el manifiesto. El primero estaría constituido por los pensamientos y deseos inconscientes del sujeto. Mientras que el segundo sería la narración-descripción que el propio soñante realiza de este material onírico latente. La elaboración del sueño es la operación mental inconsciente, por la cual el contenido latente se transforma en manifiesto y se realiza por medio de la exploración asociativa (análisis del sueño).⁷⁴

Una de las bases de este sistema es la división de la psique en tres estados: lo consciente (como la percepción de estimulación externa o reanimación de experiencias internas); lo preconscious (los recuerdos latentes que pueden ser traídos a la conciencia por la asociación); y lo inconsciente (los motivos psicobiológicos básicos no percibidos por el individuo, que se oponen a los conscientes y que provocan los principales conflictos de la vida) porque según Freud son los que la determinan.⁷⁵

El inconsciente opera de acuerdo al proceso primario y lo consciente al proceso secundario. La lógica ordinaria se conduce en este último; los mecanismos que se observan en los sueños caracterizan la acción del proceso primario: condensación de varios pensamientos en un único símbolo, el desplazamiento de un impulso o afecto de un símbolo

⁷²Ibidem.

⁷³Marx & Hillix, op. cit.

⁷⁴Bordallo, A. & Plaza, A. (1999). Psicoanalíticas-Psicodinámicas.

⁷⁵Ibidem.

a otro; la característica atemporal de los sueños, la conversión de un impulso en su opuesto y la ilogicidad del sueño. La energía del aparato mental se le denomina *libido* y su fuente está en las tensiones biológicas, de las cuales la más importante para la economía mental es la sexual.⁷⁶

La estructura dinámica del aparato psíquico (en su dimensión consciente-inconsciente) se encuentra formada por tres "provincias o instancias": el *ello*, el *yo* y el *superyó*, que están relacionadas con "las tres cualidades psíquicas": consciente, preconsciente e inconsciente, anteriormente descritas.

El *ello* está constituido por lo heredado: "los instintos", el *Eros* o "instinto de amor" y el *Thánatos* o "instinto de destrucción o muerte" y las experiencias reprimidas, sobre todo en las primeras etapas de la vida. El *ello* es el principal conservador de la *libido*, quien opera bajo el principio del placer.⁷⁷ Originalmente el recién nacido es todo "*ello*" y se rige por este principio.

La otra estructura psíquica, el *yo*; se forma en la parte del *ello* que adquiere una organización especial por la influencia del mundo exterior y opera conforme al proceso secundario y con el principio de realidad esto es, se trata de un agente evaluador que selecciona la línea de conducta que reduce el dolor al mínimo, mientras permite un placer máximo.⁷⁸

Como un producto de las diversas realidades culturales generadas y transmitidas fundamentalmente por los padres, se desarrolla una tercera estructura: el *superyó*. Trabaja como supresor de la actividad placentera. Tiene dos subsistemas, una conciencia moral que castiga, induce sentimientos de culpa; y un ideal del *yo*, que apremia la conducta y proporciona sentimientos de orgullo. El *superyó* es el heredero del complejo de Edipo y perpetúa la influencia parental a lo largo de la vida, desempeñando el papel de "censor".⁷⁹

Freud postuló la teoría de la *libido* o energía erótica con base en zonas determinadas del cuerpo: oral, anal, fálica y genital. Los rasgos de cada etapa se forman conforme las necesidades se satisfacen o frustran. El desarrollo patológico de la personalidad, se debe a que el individuo psicológicamente trastornado, revive continuamente conflictos y

⁷⁶Pérez, G. (1999). Psicoterapias de orientación dinámica. Teoría psicoanalítica.

⁷⁷Marx & Hillix, op. cit.

⁷⁸García et al., op. cit. y Marx & Hillix, op. cit.

⁷⁹García & Moya, op. cit.

respuestas emocionales inapropiadas de su historia temprana, convirtiéndose en víctima de una enfermedad: la psiconeurosis.⁸⁰

Respecto a este tema, Freud describió la existencia de la sexualidad y hace una descripción de las etapas del desarrollo psicosexual, que a su vez se relacionan con el desarrollo "sano" o "patológico" del sujeto. Las etapas se dividen en oral, anal o sádico-anal, fálica, latencia y genital.⁸¹

Uno de los últimos descubrimientos de Freud fue la relación de transferencia. Al parecer el paciente transfería a su terapeuta los sentimientos que antes había experimentado hacia otra gente, en especial a sus padres. En algún momento de la relación terapéutica estos sentimientos podían adoptar un signo positivo, negativo o sexual. La transferencia es el proceso por el que los deseos inconscientes del paciente se reactualizan en el marco de la relación analítica; de hecho, las fantasías y deseos vinculados con el pasado existente en la realidad psíquica del sujeto, más que las efectivamente vividas.⁸²

Entre los seguidores de Freud destacaron A. Adler (1870-1937), Carl Jung (1875-1961), Otto Rank (1884-1939), Sandor Ferenczi (1873-1933), Erich Fromm (1900-1980), Melanie Reizes Klein (1882-1960) y Jaques Lacan (1901-1981).

Adler no aceptó las bases instintivas del desarrollo de la personalidad ni la etiología sexual de la neurosis, pues para él las bases de la personalidad están en los sentimientos infantiles de necesidad, ayuda y pequeñez. Destacaba la importancia de la masculinidad y feminidad. Además era importante la superación de ésta última, tanto por parte de los hombres como de las mujeres y no la sexualidad en sí misma. En esta teoría los conflictos importantes ocurrían entre el individuo y su ambiente.⁸³ Fundó la escuela de la psicología del individuo y en "El Carácter Neurótico" (1912) resume su doctrina del sentimiento de inferioridad y de superación. Según este autor el carácter neurótico es un comportamiento agresivo-compensatorio que tiene origen en un sentimiento de inferioridad, que pudo ser provocado por vivencias infantiles (niño mimado u odiado) o de defectos orgánicos. La terapéutica adleriana se enfoca a enseñarle al paciente que por naturaleza es cooperador y si él se encuentra en el mal, es porque posee un afán de dominio y estilo de vida agresivo

⁸⁰Bordallo & Plaza, op. cit.

⁸¹Ibid.

⁸²Pérez, op. cit.

⁸³Marx & Hillix, op. cit.

(masculino). El paciente acepta esta condición cuando el terapeuta interpreta los sueños que pueden ser la anticipación o ensayos de actitudes agresivas.⁸⁴

En cambio, Jung rechazó la teoría sexual de Freud. Creía que los problemas de la niñez eran provocados por problemas de neurosis de los padres. Concedía una mayor importancia al presente más que al pasado y decía que la meta del ser humano es la unidad de la personalidad, i.e., el equilibrio entre los aspectos masculinos y femeninos del Yo. Él daba importancia al inconsciente personal, compuesto por la represión del individuo y el inconsciente colectivo (modelos de memorias y recuerdos); así como a los comportamientos dados del pasado del hombre.⁸⁵ Fundó la escuela analítica y su terapia está enfocada a la individualización de la psique es decir, a la toma de conciencia de sus actitudes y funciones, de los complejos del inconsciente personal y de la apropiación de los arquetipos (experiencias colectivas) del inconsciente colectivo, por medio de la interpretación de los sueños, de los mitos y tradiciones culturales a través de los símbolos.⁸⁶

Por otro lado, Rank creía en el trauma del nacimiento que se generaba al abandonar la comodidad del útero materno y ser expulsado de forma violenta y dolorosa a los terrores del mundo. Deja el peso de una ansiedad primaria y un miedo a la separación. La meta de la terapia es, ayudar al paciente a separarse del terapeuta resolviendo su sentido de culpabilidad en sus relaciones.⁸⁷

Contrariamente Ferenczi pensaba que en la vida de la mayoría de sus pacientes neuróticos había hecho falta una relación cálida con la madre y que el terapeuta debía de proveer de esta ausencia.⁸⁸ Así el terapeuta debía ser activo a través de dos etapas: la terapia de privación (abstinencia de sexo, del comer por placer y del exceso del uso del sanitario); y en una segunda etapa el terapeuta debe ser amable. En la primera, la energía debe buscar la salida a través de la terapia, en donde la represión debe aparecer en la superficie de forma rápida; en la segunda, como el problema nace en la niñez, el terapeuta toma el lugar de los padres siendo permisivo y amable, este medio es favorable para que el paciente lo reviva de forma satisfactoria.⁸⁹

⁸⁴García et al., op. cit.

⁸⁵Marx & Hillix, op. cit.

⁸⁶García et al., op. cit.

⁸⁷Harsch, op. cit.

⁸⁸Marx & Hillix, op. cit.

⁸⁹Harsch, op. cit.

En otra línea (aunque su formación fue como psicoanalista) Fromm otorga primacía a lo social al acentuar las raíces socioculturales de la personalidad, en la construcción del sujeto; además fija su objetivo en la libre expansión de las facultades propias de cada individuo, ya que para él, éste es capaz por herencia, de individuación, y de dar soluciones creativas a los problemas. El problema del hombre es intrínseco a su existencia, el lograr la individualidad humana; la libertad, lo lleva a la soledad y al aislamiento. Fromm deriva de aquí una crítica contra la sociedad occidental moderna y sus normas de vida, que impondrán al individuo la alienación de sí mismo.⁹⁰ Escribió "El Miedo a la Libertad" (1941), "El Arte de Amar" (1959), y "Tener o Ser" (1976).⁹¹

En el terreno de la psicoterapia infantil, Klein empleó los principios de asociación libre en su primer paciente, un niño de cinco años (Fritz). Se dio cuenta que el niño expresaba sus fantasías y ansiedades principalmente a través de juegos con juguetes; el resultado de esto fue el surgimiento de material adicional en su juego y en su verbalización. Klein trató de interpretar lo que él dramatizaba de una manera similar a la interpretación de los sueños de Freud. Se puede decir que para Freud, "los sueños" fueron el camino para llegar al inconsciente, mientras que para Klein el camino para llegar al inconsciente fue el "análisis de las fantasías subyacentes en los juegos de los niños pequeños". Fue así como desarrolló sus principales ideas a través de la introducción de la "técnica de juego", en el análisis de niños desde los dos años de edad.⁹²

Las ideas de Klein parten de los principios básicos de la teoría freudiana, mismas que se desarrollan de forma polémica, especialmente en lo concerniente a las fantasías inconscientes, las relaciones tempranas de objetos, la formación precoz del yo, el superyó, el complejo de Edipo, los mecanismos defensivos más primitivos, el instinto de la muerte, la angustia a partir del nacimiento, las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, y su concepto de la envidia oral primaria.

Cuando Klein mencionaba los "objetos internos" hacía referencia a las "fantasías inconscientes" de las personas sobre el mundo que las rodea. Las fantasías inconscientes están siempre de manera activa en las personas, lo cual no implica que estén fuera de la realidad; sólo podrían ser patológicas algunas formas o matices de estas fantasías

⁹⁰Ibid.

⁹¹García et al., op. cit.

⁹²Portuondo, J. & Tamames, F. (1979). Psicoterapia existencial y gestáltica y psicoanalítica.

inconscientes, así como algunas formas de relacionarlas con la realidad. Para ella, las "fantasías inconscientes" son la expresión psíquica de los impulsos instintivos (o pulsiones) y al igual que estos, existen desde el comienzo de la vida humana. Las fantasías inconscientes son entonces las expresiones psíquicas de los impulsos instintivos (o pulsiones) que comienzan desde la vida misma.⁹³

Klein postula la existencia de dos etapas fundamentales en la evolución infantil, a las que se refiere con el término posiciones. Estas posiciones no implicarían únicamente una fase transitoria, sino una configuración de las relaciones objetales⁹⁴ persistentes a lo largo de la vida. Distingue dos posiciones, la esquizo-paranoide que abarcaría entre los 3 y 4 meses de vida, aquí el bebé no diferencia personas sino objetos parciales; y la posición depresiva, que ocuparía la segunda mitad del primer año de vida, en la que el niño reconoce objetos totales y se caracteriza por la ansiedad depresiva, los sentimientos de culpa y el predominio de la ambivalencia y la integración.⁹⁵

Para Klein, al nacer existe un yo apto para sentir la ansiedad, empleando los psicodinamismos defensivos (introyección y proyección) para así lograr establecer primitivas relaciones objetales, tanto en la fantasía como en la realidad. Asimismo consideraba a la envidia temprana como uno de los elementos básicos que operan de manera interna y desde el nacimiento, afectando las primeras experiencias de vida del bebé; posteriormente lo serían los celos y la voracidad.⁹⁶

En la envidia, el propósito es ser uno mismo tan bueno y tan valioso como el objeto envidiado; si llegase a ser imposible, entonces el propósito consiste en destruir lo bueno que posee el objeto para eliminar así la fuente de envidia. Los celos se basan en el amor y su objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival, al mismo tiempo que expresan una relación con el objeto total; la voracidad tiene como finalidad extraer todo lo positivo que contiene el objeto sin tomar en cuenta las consecuencias, como la destrucción del objeto

⁹³Arnold, J. (1968). Melanie Klein. Su enfoque del inconsciente.

⁹⁴Para Klein las relaciones objetales son el modo de relación del sujeto con su mundo; es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad y de ciertos tipos de defensa predominantes.

⁹⁵Bordallo & Plaza, op. cit.

⁹⁶Arnold, op. cit.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mismo estropeándose así lo que tenía de bueno el objeto; sin embargo, esto es solo la consecuencia y no el fin que busca.⁹⁷

De 1927 a 1931, Jacques Lacan pasó de la neurología a la psiquiatría, estudió la clínica de las enfermedades mentales y de la encefalia en el *Hospital Sainte-Anne*. El caso más interesante de ese periodo lo comentó con su amigo Maurice Trénel en la Sociedad Neurológica en noviembre de 1928; se trataba de una bretona histérica cuya casa había sido destruida por un obús.⁹⁸ La historia de la bretona fue el único caso de histeria al que Lacan asociaría su nombre durante el periodo de su formación psiquiátrica y del cual en 1933 en la exposición de sus trabajos científicos, enfatizaría como contribución al problema de la histeria. Posterior a este trabajo Lacan comenzaría a elogiar trabajos como los de Emil Krapelin, Paul Serieux y Joseph Capgras, y que posteriormente le permitieron marcar una serie de discontinuidades entre la psicología normal y la patología, entre los diferentes estados delirantes. Lacan eliminó el punto de vista clínico y el médico legal para dividir en tres tipos el término de la psicosis paranoica: la constitución paranoica, el delirio de interpretación y los delirios pasionales. Asimismo, describiría los cuatro temas alrededor de los cuales se ordena la constitución paranoica: sobreestimación patológica de uno mismo, desconfianza, falsedad del juicio e inadaptabilidad social.⁹⁹

Para Roudinesco (1994)¹⁰⁰ gran parte de la teoría lacaniana estuvo influenciada por el profesor Clérambault, quien describiría la *erotomanía* como una representación de la realidad que no por ser loca era menos lógica. A pesar de su conservadurismo doctrinal, Clérambault compartía con Freud y los surrealistas la idea de que la locura era vecina de la verdad, la razón de la sin razón y la coherencia del desarreglo.

Según Roudinesco más que los psicoanalistas, los surrealistas fueron los que reivindicaron la herencia de Charcot, en rendir homenaje no al neurólogo, sino a su paciente Agustine, pues insistían en celebrar en 1928 el cincuentenario de la histeria, el más grande descubrimiento poético de fines del siglo XIX, motivo que los llevó a dar una nueva definición de la histeria:

⁹⁷Ibid.

⁹⁸Pieza de artillería para disparar granadas.

⁹⁹Roudinesco, E. (1994). Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento.

¹⁰⁰Op. cit.

Es un estado mental más o menos irreductible que se caracteriza por la subversión de las relaciones que se establecen entre el sujeto y el mundo moral al que cree prácticamente pertenecer, fuera de todo sistema delirante[...]. La histeria no es un fenómeno patológico y puede desde todos los puntos de vista considerarse como un medio supremo de expresión. (Roudinesco, 1994, p. 44)

Fue así como las doctrinas lacanianas se formaron simultáneamente por dos orientaciones antagónicas del saber psiquiátrico de su época. Por un lado relacionaba una noción de "estructura paranoica" con una concepción constitucionalista de la psicosis, planteando una norma y una necesidad represiva; y por otro lado, se adhería a la idea de que la locura pudiera emparentarse con un acto de creación lingüística, mitad nacida de "otro escenario", mitad intencional.¹⁰¹

Según Chazaud (1981)¹⁰² la obra de Lacan plantea una revisión de la obra freudiana, supone un redescubrimiento de ésta; e introduce la Filosofía y sobre todo la Lingüística en el psicoanálisis; destacando que el inconsciente está estructurado como un lenguaje del que hay que liberar la palabra.

Para Bordallo y Plaza (1999)¹⁰³ las principales aportaciones teóricas de Lacan son:

1. El lenguaje es un sistema de símbolos que cobran significado sólo en relación con los demás siguiendo una estructura determinada. El síntoma se transforma en signo o símbolo de este lenguaje y la tarea analítica será interpretar el texto simbólico.

2. La relación entre significante y significado no es fija; dependerá del contexto el que le demos un significado u otro.

3. En el hablar se presentan operaciones metafóricas y metonímicas.¹⁰⁴ El inconsciente sería la articulación de los significantes según las leyes de ambas.

¹⁰¹Roudinesco, op. cit.

¹⁰²Cit. pos. Pérez, op. cit.

¹⁰³Op. cit.

¹⁰⁴Las operaciones metafóricas hacen referencia a las relaciones de similitud y sustitución de una palabra con las restantes y las operaciones metonímicas a las relaciones de contigüidad y conexión.

4. Otra contribución teórica es el estadio del espejo en el que muestra la identificación narcisista, cuya importancia radica en que a través del reconocimiento de la imagen como tal comienza el Yo a desarrollar sus funciones. Este proceso es previo al estadio edípico.¹⁰⁵

1.2.4 El Humanismo

Posterior a la década de los treinta surgió un movimiento de origen filosófico: el existencialismo, el cual se vio reflejado en la psicología, la psiquiatría y la religión. Este movimiento se ha aliado con la tercera potencia de los sistemas humanistas en psicología; sus conceptualizaciones centrales acerca del ser humano resultan bastante análogas. Básicamente en el existencialismo se le da vital importancia a los factores de desarrollo de la existencia individual; en él, se parte de la descripción de los hechos para llegar a una reflexión de tipo metafísico sobre la realidad del ser existente. El análisis fenomenológico¹⁰⁶ es el método fundamental que siguen los representantes de la psicología humanista y existencialista, y su objeto de estudio es el ser: ser es estar en el mundo, es vivir con uno mismo.¹⁰⁷ La filosofía existencial tiene el rasgo historiográfico de ser la filosofía aparecida en el marco de la gran crisis iniciada durante el siglo XIX.¹⁰⁸

Posterior a la crisis económica de los Estados Unidos, comenzó una época de prosperidad con el programa del *New Deal*¹⁰⁹ puesto en marcha por el presidente Roosevelt. La reforma económica con tendencia pragmática, democrática y humanista, permeada de ideas existencialistas, pretendía una renovación cultural y promovía el bienestar social, así como la existencia digna a todos los ciudadanos. La política se centraba en cuatro libertades: libertad para hablar, religiosa, estar libre de la necesidad y estar libre de miedo. La inmigración de europeos durante el dominio nazi, los sucesos de 1945 y la bomba atómica, originaron la reconceptualización del individuo "al considerar la forma neurótica

¹⁰⁵Pérez, op. cit.

¹⁰⁶La fenomenología es la posición filosófica que se opone a las concepciones que intentan reducir las leyes de la lógica a leyes o mecanismos psicológicos (psicologismo) y persigue la *aprehensión* de las esencias a través de la descripción objetiva de contenidos de conciencia.

¹⁰⁷Harrsch, op. cit.

¹⁰⁸Alonso-Fernández, op. cit. Psicología Existencial.

¹⁰⁹El "New Deal" fue una reforma económica aparejada con una renovación cultural en la que se incluían programas de trabajo estatales.

de soledad que acompañaba a la creciente alienación de los individuos respecto a sí mismos y de otros seres humanos".¹¹⁰

Entre los representantes del movimiento humanista se encuentran Gordon Allport (1897-1967), Postman (1971), Carl Rogers (1902-1987), y Abraham Maslow (1908-1970). Entre los existencialistas sobresalen clínicos, psicoanalistas y filósofos como Rollo May (n. 1909), Igor Caruso (n.1914), Víctor Frankl (n. 1905), quienes tomaron como punto de partida a Sören Kierkegaard (1813-1855), Martin Heidegger (1889-1976), Edmund Husserl (1859-1938), Jean Paul Sartre (1905-1980), y Erich Fromm (1900-1980).¹¹¹

Este enfoque considera que el hombre es psicológicamente distinto a los animales y portador de una naturaleza "buena" en sí mismo. El ambiente no es lo que hace al individuo, sino quien le posibilita en mayor o menor grado a desarrollar sus capacidades individuales. Desde el enfoque humanista se considera que los psicólogos deben de ayudar a las personas a comprenderse a sí mismas y a desarrollar sus potencialidades plenamente.¹¹²

Para ello emplean el método idiográfico (que particulariza a lo típico del individuo) y defienden que la persona, por ser algo único (personalismo), puede ser estudiada individualmente, por lo que el resultado de ello es un conocimiento individual. Se basan en los principios de antirreduccionismo (el hombre constituye una especie), innatismo (posee un conjunto de cualidades de cuyo desarrollo depende su perfección), autorrealización, individualismo y meliorismo (el hombre es la más perfecta de las especies). El psicólogo humanista acepta el empleo parcial de los estudios nomotécnicos, sin embargo considera que es insuficiente porque cada hombre es un caso único, irreplicable y por lo tanto incomparable con los demás.¹¹³

En el desarrollo de esta escuela existen básicamente tres representantes: Gordon Allport; Carl Rogers y Abraham Maslow.

Para Allport cada hombre es único e irreplicable, la estructura biológica y psicológica son básicas en la constitución del mismo. El individuo es dueño de su propio destino porque tiene la opción de elegir metas y proyectar su vida con un cierto grado de

¹¹⁰Quitmann, H. (1985). Psicología humanista. p. 24.

¹¹¹Harsch, op. cit.

¹¹²García & Moya, op. cit. La Psicología humanista. Principios básicos.

¹¹³García et al., op. cit. XI Psicología humanista.

autonomía. La definición psicológica de cada persona se basa en los rasgos o disposiciones personales que descubren y representan, los focos vitales de organización dentro de las vidas individuales y son las unidades peculiares de cada uno las que explican la consecuencia y armonía de la conducta, que una vez descubiertas facilitan la comprensión, predicción y control de la conducta de cada hombre. Este autor define el rasgo como "un sistema neuropsíquico generalizado y focalizado, con la capacidad de enlazar varios estímulos funcionalmente equivalentes y de comenzar y dirigir formas coherentes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo".¹¹⁴ La disposición personal es un rasgo peculiar, morfogenético. Explica el *propium* como las funciones que han sido adjudicadas al yo, lo que podría denominarse personalidad consciente. El *propium* se desarrolla junto con el individuo, destacando siete aspectos: 1) sentido del propio cuerpo, 2) sentido de continuidad de la propia identidad, 3) autoestima del ser, 4) adquisición de una extensión del yo, 5) autoimagen, 6) autoconocimiento por medio del razonamiento, y 7) intenciones, propósitos, metas distantes, lo que llama esfuerzos propios. La anatomía funcional toma en cuenta los motivos del adulto "diversificados y como sistemas contemporáneos autosostenidos, que se gestan de sistemas precedentes, pero funcionalmente independientes de ellos".¹¹⁵ Existen dos niveles: autonomía personal propia, que se refiere a intereses adquiridos, valores, sentimientos, intenciones, disposiciones personales, autoimagen y estilo de vida; y autonomía funcional perseverante que se aplica a actos repetitivos como adicciones, rutinas, estereotipos, etc.¹¹⁶

Carl Rogers desarrolló lo que denominó "Terapia no directiva" o "Terapia centrada en el cliente". Orientaba su terapia bajo la suposición de ¿cómo podía crear una relación que esta persona (el cliente) pueda utilizar para su propio desarrollo?. En esta terapia pretendía descubrir lo que cada uno es, e incitarle a ser él mismo.

Para Quitmann (1985)¹¹⁷ la visión rogeriana pretende que el hombre sea el "arquitecto responsable de sí mismo, subjetivamente libre y con capacidad de elección" (p. 19). Le da primordial relevancia a la relación terapéutica y parte de la suposición de que el individuo posee recursos que pueden ser empleados en su "cura".

¹¹⁴García & Moya, op. cit. p. 275.

¹¹⁵Ibidem. p. 276.

¹¹⁶Ibidem.

¹¹⁷Op. cit.

En lo que respecta a Maslow su terapia busca la realización personal a través de la superación de las necesidades básicas conforme a la "Teoría de la Jerarquía de las Necesidades", (él sitúa las necesidades de mayor a menor importancia biológica y de menor a mayor importancia psicológica), hasta llegar a la satisfacción de las necesidades superiores (belleza, verdad, religión). La doctrina de Maslow se sustenta en tres ejes: 1) personalidad, 2) motivación, y 3) autorrealización. Así la persona progresa al ir superando una serie de necesidades (organizadas jerárquicamente) y se realiza cuando actualiza todas sus potencialidades o en última instancia, cuando sus necesidades prioritarias llegan a ser las de autorrealización.¹¹⁸

En 1964 Bugental formula los primeros principios de la psicología humanista: 1) el hombre es más que la suma de sus componentes, 2) la existencia del ser humano se consume en el seno de las relaciones humanas, 3) el hombre vive de forma consciente, lo que representa la característica esencial del ser humano, y es la base para la comprensión de la experiencia humana, 4) el ser humano puede elegir, y 5) el ser humano vive orientado hacia una meta.¹¹⁹

Los sistemas humanistas y existencialistas realizan un esfuerzo para enfrentar el problema de la salud mental de forma práctica más que teórica, considerando que la dinámica de la conducta debe de examinarse en términos de cómo funciona el individuo en el presente, más que en el pasado.¹²⁰

1.2.5 Cognitivo-Conductual

A este enfoque también se le ha denominado *interaccionismo* porque a diferencia del conductismo radical, esta posición toma en cuenta los procesos internos. Según Anguiano(1990)¹²¹ existen cuatro fundamentos en este enfoque: a) la conducta es resultado del proceso constante de retroalimentación entre el organismo y la situación en la que se encuentra, b) este proceso de interacción es un agente activo, c) respecto al individuo, los factores cognitivos constituyen los agentes determinantes de la conducta y d) la

¹¹⁸García, et. al., op. cit.

¹¹⁹Quitmann, op. cit.

¹²⁰Chaplin & Krawiec, 1978, cit. pos. Harrsch, op. cit.

¹²¹Cit. pos. Gallardo, G. (1997). Propuesta cognitivo-conductual para desarrollar relaciones de pareja funcionales.

significación psicológica de la situación para el individuo constituye el factor causal importante.

En este sentido las variables cognitivas relacionadas con la persona serían: la competencia, las estrategias de tratamiento de la información, las expectativas, el valor subjetivo de los estímulos y el sistema de planificación de autorregulación.¹²²

Albert Ellis (1950) se interesó en el campo de la alteración de las cogniciones. Demostró a sus pacientes cuán irracionalmente se comportan debido a la estructura de creencias distorsionadas. Los problemas de personalidad son originados por la incapacidad de vencer los estándares imposibles y la meta del terapeuta no es perseguir la fuente, sino que el paciente vea por sí mismo lo irreal que pueden ser sus pensamientos en el presente. El paciente debe entonces ajustarse a un modelo razonable de acuerdo a la realidad de su vida.¹²³ Ellis creó la "Terapia Racional Emotiva" (TRE), señaló que cuando una consecuencia (c) llena de emociones sigue a un evento activador (a), puede parecer que (a) causó a (c), pero en realidad este no es el caso, en lugar de esto lo que sucedió es que las consecuencias emocionales fueron creadas por (b), i.e., por el sistema de creencias del individuo.¹²⁴

En este enfoque, la evaluación psicológica incluye las respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas, la detección de variables orgánicas y ambientales que provocan o mantienen las conductas; hace énfasis en el presente y en las variables situacionales que el sujeto consulta y que considera inadecuadas. En el "Modelo Secuencial Integrativo", se analizan secuencialmente las variables que provocan en el presente las respuestas del sujeto evaluado y se concluye sobre las consecuencias que dichas conductas producen en el ambiente. Cuando se evalúa al sujeto podemos inferir que las respuestas son producto de la biología, o del aprendizaje; si se evalúa la respuesta se comprueban los antecedentes y consecuencias que se producen en ese momento, pudiendo controlar experimentalmente las respuestas. Por este motivo el modelo O-R (organismo-respuesta) se considera una unidad. Así mismo el modelo propone un análisis funcional que tome en cuenta lo cognitivo y lo conductual, es decir, los diálogos internos, las estrategias de

¹²²Bandura, 1971; cit. pos. Gallardo, op. cit.

¹²³Harrsch, op. cit.

¹²⁴Gallardo, op. cit.

solución de problemas, y las respuestas que colaboran en el mantenimiento de la conducta.¹²⁵

Las terapias de comportamiento que se emplean bajo este enfoque son la desensibilización sistemática, el condicionamiento encubierto, contracondicionamiento, sensibilización encubierta, reforzamiento, extinción y modelamiento, reestructuración cognitiva y autoinstrucción, entrenamiento de habilidades de superación, solución de problemas y atribución.¹²⁶

1.2.6 El Enfoque Sistémico

El adjetivo sistémico califica un planteamiento ideológico general, una concepción *constructivista* de la teoría de sistemas. Centrado en la terapia clínica, indica la transposición de ese enfoque mental a la praxis auxiliadora. Para Lodewig (1996)¹²⁷ los sistemas cuentan con construcciones del conocimiento humano o cognición; en ese sentido, los modelos de conocimiento no se originan por encadenamiento causal sino por la continuación del movimiento circular de observar y pensar. Según él, las bases biológicas del pensamiento sistémico podrían resumirse en las siguientes tesis:

1. Todo lo dicho lo dice un observador.
2. Un observador es un ser vivo y "lenguajeante".
3. Todo lo dicho se produce "lenguajeando".
4. (Las realidades) son argumentos del conversar.
5. Los sistemas se producen "lenguajeando" unidades complejas.
6. Pensar en "sistémico" significa concentrarse en los sistemas.

Para el autor, las bases biológicas dirigidas al pensamiento sistémico pueden por sí solas fundamentar teóricamente una práctica clínica. Sin embargo, para entender el fenómeno terapia, se requiere de una teoría coherente de los sistemas sociales y para ello retoma la teoría del sociólogo Luhman (1982)¹²⁸ quien plantea que el pensamiento sistémico no es una teoría, sino más bien una "suprateoría", ya que define una determinada

¹²⁵ *ibidem*.

¹²⁶ *ibidem*.

¹²⁷ Lodewig, K. (1996). *Terapia sistémica. Bases de teoría y prácticas clínicas. Bases sociológicas.* p.106.

¹²⁸ Cit pos. Lodewig, op. cit.

posición ontológica y epistemológica y por consiguiente una "forma de ver", un paradigma y una cultura.¹²⁹

Hasta el día de hoy, resulta difícil definir unitariamente el concepto de sistema. La raíz etimológica señala dos aspectos que caracterizan a los sistemas y plantean los problemas teóricos: el sistema es una creación compleja, compuesta y separable de otra; de forma tal que, quien investiga sistemas tiene que definir también sus elementos, relaciones y límites. Le von Bertalanffy (1976),¹³⁰ definió a los sistemas como las creaciones que constan de elementos entrelazados. Desde la sociología, un sistema es un conjunto de objetos y de relaciones entre los objetos y sus características. Así los componentes y las propiedades tienen que existir antes de la formación del sistema; por lo que las propiedades especiales de la totalidad así formada, sólo surgen consiguientemente después; en ese sentido se habla de "emergencia" de una nueva cualidad, la cualidad sistémica que deriva de las capacidades interactivas de los componentes. Como resultado de dicha emergencia cada sistema sería más (o diferente) de la suma de sus partes.¹³¹

Para Luhman (1982)¹³² los sistemas se constituyen y mantienen por la producción y mantenimiento de una diferencia frente al entorno y aprovechan sus propios límites para la regulación de dicha diferencia. El entorno mantiene su unidad sólo por el sistema y sólo en relación con éste, sin ser por sí mismo un sistema. Es distinto para cada uno de estos, pues cada sistema se presenta sólo desde su entorno.

Lodewig (1996)¹³³ define a los sistemas como:

Unidades que un observador constituye como compuestas y delimitadas mediante una distinción. El sistema puede considerarse autorreferencial para todos los otros campos y puede describirse así: las fronteras sistémicas se demuestran como una función, que separa a la vez que une la creación con su entorno. (p. 113)

¹²⁹El pensamiento sistémico-teórico abarca entonces diferentes enfoques, conceptos y teorías con conceptos sistémicos y métodos discrepantes. Distingue cuatro tipos de sistemas: máquinas, organismos, sistemas sociales y sistemas psíquicos; en cada uno de ellos subyace una operación basal específica.

¹³⁰Bertalanffy, L. (1976). Teoría general de los sistemas. El significado de la teoría general de los sistemas.

¹³¹Hall & Fagan, cit pos. Lodewig, op. cit.

¹³²Cit. pos. Lodewig, op. cit.

¹³³Op. cit.

A través del trabajo clínico con las familias se integró el concepto sistémico al discurso psicoterapéutico. En un principio quien hablaba de sistemas hacía referencia a las mallas funcionales de interacciones firmemente estructuradas pero abiertas. Posteriormente se entendieron como "sistemas sociales" que se regulan así mismos y mantienen constante su equilibrio homeostático interno. Las familias denominadas como patológicas se distinguían por salvaguardar este estado homeostático por medio de síntomas y por neutralizar la amenaza de los cambios a través del acoplamiento negativo.¹³⁴

En los años cincuenta Talcott Parsons (n. 1902), aportó los primeros modelos terapéuticos familiares en donde la actuación social supone una "orientación normativa" para el fomento de estructuras estables. Dicha concepción se basa en conceptos como *status*, *rol* y jerarquía y entiende los sistemas sociales como estructuras estables. En este sentido si el sistema se aparta de las normas establecidas se habla de un sistema patológico. Parsons considera que la interacción es un proceso que ocurre dentro de una unidad actuante (sea una persona o colectividad) y lo que ocurre entre tales unidades. Los actores dentro de la sociedad actúan impulsados por motivos o valores y tejen una red de interacciones, denominado sistema.¹³⁵

Así al estudiar a la familia se le debe de considerar como un todo orgánico, como un sistema relacional constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste a su vez va seguido de un nuevo cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente.¹³⁶

A principios de los ochenta se adoptó el modelo de comunicación en la terapéutica sistémica clínica como el canal por el cual las personas se relacionan. En el libro "Teoría de Comunicación Humana" de Watzlawick, Beavin y Jackson (1991)¹³⁷ se describe los principios de la comunicación y la importancia de la comunicación patológica en los trastornos psiquiátricos.

¹³⁴Lodewig, op. cit.

¹³⁵Gomezjara, F. (1988). Sociología.

¹³⁶Parsons & Bales, 1955; cit. pos. Andolfi, M. (1985). Terapia familiar.

¹³⁷Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1991). Teoría de la comunicación humana.

Así mismo Haro (1999)¹³⁸ describió los principios y conceptos básicos de la teoría sistémica:

1. El individuo debe ser entendido como parte de un sistema de la que participa y en el que se integra.

2. Cuando atendemos a relaciones (interconductas), el individuo y entorno forman una unidad indivisible y ambos se engloban mutuamente a través de mecanismos de retroalimentación (intercambios de información entre las diferentes partes del sistema).

3. Los sistemas se rigen por reglas (explícitas e implícitas). La repetición de las pautas de un sistema (redundancia) nos permite obtener información sobre sus reglas.

4. La terapia sistémica intenta cambiar las pautas disfuncionales.

Existen tres conceptos fundamentales en la teoría sistémica:

1. Totalidad: Un sistema es más que la suma de sus partes.

2. Circularidad: en los sistemas humanos no es posible establecer una causalidad, un "locus" de la malfunción. El decidir uno de los actos es la causa y el efecto depende de nuestra percepción, pero no es una característica intrínseca de la relación.

3. Equifinalidad: Los mismos efectos pueden tener orígenes distintos. Por ello, la terapia sistémica está más centrada en averiguar la organización estructural y funcional de los sistemas que en conocer su génesis.

Existen tres escuelas o modelos que ven la terapia sistémica desde diferentes perspectivas, aunque en la práctica de la terapia familiar se llegan a combinar:¹³⁹

1 Modelo que enfatiza el proceso (Terapia Familiar Estratégica). Escuela nacida de los trabajos de Gregory Bateson, en Palo Alto (California). Aquí establece que los síntomas, conflictos y problemas son conductas repetitivas, retenidas en patrones interpersonales autoperpetuantes (reglas familiares); y que actúan restringiendo la variabilidad y la capacidad de adaptación a nuevas situaciones. Los conceptos fundamentales en este modelo son patrón, puntuación de la secuencia de hechos y reglas familiares. La intervención del terapeuta se centra en discernir estos patrones llamados

¹³⁸Haro, A. (1999). Tratamientos psicosociales terapia familiar.

¹³⁹Cit. pos. Haro, op. cit.

conductemas por De Shazer (1989)¹⁴⁰ y alterarlos a través de tareas asignadas, algunas de ellas de carácter paradójico.¹⁴¹

2 Modelo centrado en la estructura (Terapia Familiar Estructural). Originado en el trabajo de Minuchin y colaboradores, enfatiza los aspectos jerárquicos en la familia. Las reglas interaccionales son representadas a través de fronteras entre miembros, que pueden formar subsistemas (parental, de los hijos). Koester (1979)¹⁴² creó un término para definir entidades con rostro doble en los niveles intermedios de cualquier jerarquía: la palabra *holon* (del griego *holos* -todo- con el sufijo *on* -como protón o neutrón- que evoca una partícula o una parte); en donde cada *holon* (familia nuclear, individuo; familia extensa, etcétera) es un todo y una parte al mismo tiempo. Cada *holon* entra en competencia con los demás, pero a su vez es energía fortalecedora e integradora del todo. Los *holon* que integran el sistema son: individual, conyugal, parental y fraternal. Con la realización de mapas familiares se esquematiza la existencia de fronteras demasiado rígidas, laxas, permeables, etc. Minuchin sitúa a las familias según su estructura en un *continuum aglutinación-desligamiento*, según la intensidad de relación entre sus miembros. En las familias aglutinadas existe gran apoyo mutuo y la afectación de un miembro del sistema afecta a todo el sistema, mientras que en las familias desligadas predomina la independencia. A través de intervenciones directas, indirectas o paradójicas, el terapeuta intenta modificar la estructura del sistema familiar.¹⁴³

3 Modelo que enfatiza la visión del mundo. La Escuela de Milán destaca que las familias tienen una particular visión de la realidad y del mundo (significados de conductas, interpretaciones) que subyace a sus patrones interaccionales. Los procesos evaluativo y terapéutico, se basan en tres principios: la hipotetización (el terapeuta constantemente genera hipótesis sobre el comportamiento familiar y prueba su validez), la circularidad (el terapeuta facilita a la familia la percepción de que existe una relación entre sus comportamientos) y la neutralidad (el terapeuta se mantiene neutral frente a las alianzas y coaliciones familiares). En la terapia se emplearán rituales o prescripciones paradójicas,

¹⁴⁰Cit. pos. Haro, op. cit.

¹⁴¹La intervención paradójica, consiste en alguna acción aparentemente ilógica cuyo objetivo es producir un cambio.

¹⁴²Cit. pos. Minuchin, S. & Fishman, Ch. (1991). Técnicas de terapia familiar.

¹⁴³Minuchin & Fishman, op. cit.

con el fin de introducir información y exponer a la familia a nuevas maneras de ver sus problemas.¹⁴⁴

En el enfoque sistémico se presta atención al ciclo vital de la familia a través de cinco etapas de cambios y adaptaciones. Estos cambios conllevan crisis de menor y mayor intensidad. Se denomina morfogénesis a la aptitud que tienen las familias a evolucionar con el tiempo. Según Pollack (1965)¹⁴⁵ estas etapas son: la formación de la pareja, la llegada de los hijos; la familia con hijos en edad escolar o adolescentes; la familia con hijos adultos, vejez, soledad y muerte.

Según Haro (1999)¹⁴⁶ la terapia familiar incluye una fase exploratoria (ficha relacional) y una fase terapéutica en la que se emplean técnicas como reencuadre y redefinición, intervenciones paradójicas, connotación positiva, prescripción del síntoma restricción del cambio, preguntas circulares, mapas del futuro, metacomunicación, ritual familiar, delimitación de fronteras, etc.

Por último la terapia familiar se indica cuando los síntomas del paciente están situados en la esfera interpersonal, como por ejemplo, conflictos conyugales y familiares, crisis graves ligadas a una fase del ciclo familiar, problemas de adaptación social de inmigrantes, duelos patológicos familiares; prácticamente todas las afecciones psiquiátricas del niño; y en los trastornos del adolescente: estados depresivos, delincuencia, toxicomanía, que pueden estar unidos a una problemática familiar.

Es posible que al haber leído esto lo hayan encontrado exhaustivo, sin embargo se consideró pertinente pues algunas de estas teorías que pueden ser practicadas o ejercidas, son desconocidas actualmente por el profesional de la salud. Cabe señalar que la decisión de ejercer alguna de ellas, depende única y exclusivamente del psicólogo o terapeuta.

Por los objetivos de la presente tesis, sólo se mostró un esbozo general de cada una de ellas y las escuelas que dejaron. De igual forma, se explicará desde dónde se contextualizó este proyecto, por lo que necesariamente se destacará el trabajo empírico y comunitario a partir de la Psicología Social.

¹⁴⁴Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987; cit. pos. Haro, op. cit.

¹⁴⁵Cit. pos. Barragán, M. (1976). Interacción entre el desarrollo individual y desarrollo familiar.

¹⁴⁶Op. cit.

1.3 La Psicología Social en el Campo de la Salud

1.3.1 Formación de la Psicología Social

Durante mucho tiempo se ha identificado a la Sociología con una amplia reconstrucción evolutiva del cambio histórico en las sociedades y con el estudio de las relaciones e interdependencias entre instituciones y aspectos de la vida social (Estado, economía, familia, religión, trabajo, etc.), por esta razón se le consideró como una ciencia sintetizadora que intentaba integrar los resultados de otras ciencias sociales. Aunque estos conceptos siguen siendo válidos, actualmente se tiende a considerarlos como una parte de la teoría sociológica que a su vez sólo es una área de la Sociología.¹⁴⁷ El énfasis puesto en las investigaciones empíricas, hacia áreas concretas de la realidad social, permitieron el desarrollo de subáreas y especialidades, tal es el caso de la Psicología Social. En tanto los sociólogos estudian primordialmente normas, roles, instituciones sociales y estructuras de grupo, los psicólogos sociales se concentran en el impacto que estos tienen en la personalidad del individuo.

El psicólogo social se enfoca en el proceso dialéctico que existe entre el individuo y el grupo, las organizaciones y las comunidades por medio de las estructuras y normas que la rigen: la familia, el grupo social, la cultura, el estado, el medio ambiente y la formación de la personalidad. Además efectúa la evaluación de comunidades y municipios que permiten estimar el nivel de desarrollo, los recursos humanos y los materiales; así como las limitaciones de los mismos, con el objeto de crear estrategias de cambio empleando los recursos en cuestión y enseñando a los profesionales en la solución de problemas comunitarios.¹⁴⁸

Hollander (1976)¹⁴⁹ divide la historia de la psicología social en tres períodos: 1) filosofía social, en la que el interés era estudiar la naturaleza básica del hombre bajo una postura etnocéntrica; aquí destacan Hobbes, Bentham, Sheuf, Comte y Le Bon; 2) empirismo social, aquí básicamente se postula que todo lo que es aceptable en el hombre es producto de los civilizadores de la sociedad, sobresalen estudios de antropólogos como

¹⁴⁷Alves, G. (2000). Psicología social: pensadores y corrientes de investigación.

¹⁴⁸Harsch, op. cit.

¹⁴⁹Cit. pos. Whittaker, J. (1985). La Psicología.

Durkheim, Galton, Malinowski y Boas, acerca de la diversidad de la conducta humana y por último; 3) análisis social, en esta etapa se tienen los indicios de lo que hoy se conoce como Psicología Social; alrededor de 1908 se publicaron los primeros libros sobre el tema en donde se destacaba que la conducta del hombre es aprendida, en este sentido Allport subraya la importancia de la experimentación y un método riguroso de estudio. La medición de actitudes, los estudios sociométricos, estudios de cómo se conforman las normas sociales y estudios sobre la "atmósfera de grupo", son algunas de las principales aportaciones en esta fase. Allport, Bogardus, Thurstone, J. L. Moreno, Sherif, y Lewin son importantes en este período.

Para Fasce (2001)¹⁵⁰ en la historia de la Psicología Social se ha debatido principalmente la orientación de cada una de las corrientes sociológicas esto es, unas se enfatizan en lo sociológico y otras en lo psicológico, entre los defensores de la observación y los métodos naturales de recolección de datos, y los defensores de la experimentación y los métodos controlados; entre los defensores de los modelos humanistas del hombre y los defensores del modelo mecanicista; entre los defensores del enfoque positivista y los defensores del enfoque fenomenológico, etcétera, etcétera. Como resultado de estas dicotomías, según el autor se identifican dos Psicologías Sociales: Una Psicología Social Psicológica y una Psicología Social Sociológica. Además de estas dos existiría una Psicología Social que sigue la línea de Marx. Esta última se caracteriza por considerar al individuo como esencialmente social y vincula ideología y praxis. Se centra en el estudio de lo cotidiano enfatizando su carácter social e histórico, emplea el enfoque del materialismo histórico y destaca los aspectos sociológicos, considerados desde el punto de vista político y en términos de la transformación de la sociedad.

La mayoría coincide en señalar a Comte como padre de la Sociología e inclusive de la Psicología Social, ya que aportó los lineamientos que plantean fundamentalmente dos cosas: tratar los fundamentos biológicos de la conducta del hombre (psicofisiología), y ocuparse del lugar del hombre en la cultura y la sociedad (psicología social).¹⁵¹ Por otro lado, para Fasce (2001)¹⁵² Comte y Marx, son los que sientan las bases de la Psicología Social.

¹⁵⁰Op. cit.

¹⁵¹Alvez, op. cit.

¹⁵²Op.cit.

Para Álvez (2000)¹⁵³ en el terreno de lo social tres autores europeos del s. XIX aparecen como antecesores claves: Gabriel Tarde, Gustavo Le Bon y Emilio Durkeim. El primero trabajó los fenómenos de imitación y sugestión sobre la interacción social, el segundo desarrollo una psicología de las multitudes describiendo fenómenos particulares que se dan en las muchedumbres, y el tercero planteó la necesidad de crear una ciencia que se ocupara de estudiar la distinción entre conciencia individual y conciencia colectiva. Durkeim pensaba que los métodos científicos debían aplicarse al estudio; así mismo se enfocó la base de la estabilidad social es decir, para él los valores compartidos por una sociedad (conciencia colectiva) eran vínculos de cohesión que mantiene el orden social y la pérdida de estos conlleva a un estado de ansiedad e insatisfacción en los individuos. En el campo de lo psicológico, se tiene a los fundadores de la Gestalt (Wertheimer, Kofka, Kohler), al creador de la reflexología Pavlov y a Wundt, James y Dewey.

Para Fasce (2001)¹⁵⁴ los fundadores de la Psicología Social son: Sigmund Freud,¹⁵⁵ George Mead, Kurt Lewin y B. F. Skinner,¹⁵⁶ quienes crearon cuatro orientaciones teóricas: el enfoque psicoanalítico, el interaccionismo simbólico, la teoría de campo y el enfoque conductista; agregaría también a Floyd Allport como otro más de los constructores de la Psicología Social.

Mead (1863-1891) dio origen a un nuevo conductismo que se denominó conductismo social; desarrolló su trabajo en la relación individuo-ambiente considerándola una relación dialéctica y fundó una escuela denominada Interaccionismo Simbólico, en la que se sostiene que la relación entre seres humanos se construye conjuntamente durante la interacción a la que le añade un elemento simbólico. Por lo tanto, la conducta social no se puede predecir, ya que en la interacción humana no existen determinismos sociológicos ni psicológicos. Allport fue el primero que se basó en los resultados de la experimentación más que en la observación, por ello es considerado como precursor de la Psicología Social Psicológica.¹⁵⁷

Lewin (1940) trabajó sobre temas tales como los niveles de aspiración, la realización de metas y la génesis de la ira. Las investigaciones realizadas por Lewin son el origen de la

¹⁵³Op. cit.

¹⁵⁴Op. cit.

¹⁵⁵Vid. supra. 1.2.3 El Psicoanálisis.

¹⁵⁶Vid. supra. 1.2.2 El Conductismo.

¹⁵⁷Fasce, op. cit.

teoría general de grupos, misma que se aplica en la Psicología Industrial y en los orígenes de los grupos "T". Además está considerado como el primero que realizó investigaciones sobre la dinámica de grupo (líderazgo, autocracia, democracia, y entrenamiento sensorial), enfatizando sus estudios en los procesos psicológicos.¹⁵⁸

Cabe destacar que el conductismo fue la corriente más influyente en la Psicología Social hasta la década de los 60's, desde aquí se analizaba cómo el ambiente afecta al individuo. Para ello emplea la conducta respondiente y operante, para explicar las respuestas que el individuo efectúa ante ciertos estímulos ambientales. En la línea del aprendizaje social Bandura destaca que a través de la imitación o modelaje de las conductas observadas, existen varios factores que inciden sobre el proceso, entre ellos, atención, percepción e imitación de conductas.¹⁵⁹

Para Álves (2000)¹⁶⁰ la Psicología Social se puede dividir de acuerdo a la corriente que orienta dicha práctica, existe entonces, la orientada hacia la sociología, hacia la gestalt, hacia el psicoanálisis, y hacia la psicología social. En la primera como sus máximos representantes se tiene a Comte, Stuart Mill, Durkeim, Weber, Mead, Parsons y Marx. Así mismo se tienen subáreas en la sociología que se encargan de estudiar fenómenos sociales concretos, tales como la familia, el matrimonio, la desigualdad social, las relaciones étnicas, la sociología del sexo, etc. De igual forma, se tienen áreas interdisciplinarias y entre ellas la Psicología Social. En lo que corresponde a la gestalt, se tiene básicamente a Lewin; en el campo del psicoanálisis a Freud, Jung, Adler, Rank, Klein y más recientemente Arminda Aberasturi, Enrique Pichón Riviere, Emilio Mira y López y David Liberman. Para finalizar, Edward Ross y William Mc. Dougall se ubican en la última orientación, el primero se centró en la transmisión del comportamiento social de persona a persona, similar al contagio emocional que sucede en las masas y el segundo, esbozaba una teoría sobre los instintos humanos; para Dougall, el objeto de la psicología social era la moralización del individuo que por tendencia natural es egoísta. Con respecto a los trabajos de experimentación con grupos encontramos también a Lewin.¹⁶¹ Las áreas de

¹⁵⁸Board, R. (1980). Psicoanálisis de las organizaciones. Vida y obra de Kurt Lewin.

¹⁵⁹Fasce, op. cit.

¹⁶⁰Op. cit.

¹⁶¹Vid. infra. Cap. 3. Trabajo Multidisciplinario.

investigación en esta orientación son la socialización, el cambio de actitudes, afiliación social, poder e influencia, estructura dinámica de grupos personalidad y sociedad.

Para finalizar, ¿qué es la Psicología Social?. Hollander (1976)¹⁶² la define como la ciencia que estudia aquellos aspectos de la conducta individual a los que afectan o sobre los que influyen estímulos sociales como son otras personas o los productos de la conducta.

Para San Martín (1992),¹⁶³ la Psicología Social es la ciencia biológica y social que estudia la conducta de los seres vivos y las funciones de la mente en sus aspectos normales y anormales. Cuando la Psicología se combina con la Sociología se convierte en Psicología Social, interesada en los procesos mentales y las reacciones del hombre en grupos o en sociedades.

Para Pichón Riviere (1975)¹⁶⁴ la Psicología Social es la ciencia de las interacciones dirigidas a una meta social planificada, en la que se indaga la interacción en los aspectos intersubjetivos (grupo externo) e intrasubjetivos (grupo interno) y se orienta hacia una praxis de donde surge su carácter instrumental que se nutre dialécticamente con la teoría. Tiene como objeto de estudio el desarrollo y transformación de una relación dialéctica que se da entre la estructura social y la fantasía inconsciente del sujeto, ya que el ser humano es un ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan, por lo que el sujeto no es sólo un sujeto relacionado, es un sujeto "producido" en una praxis. Para Riviere existen dos líneas en la Psicología Social, una académica orientada a las problemáticas de las técnicas; y otra orientada a la praxis de donde surge su carácter instrumental y operacional que se confronta en la práctica.

Por lo que se ha revisado hasta aquí, la Psicología Social es la ciencia que estudia el conflicto entre el individuo y sociedad. Su objeto de estudio serían todos los fenómenos vinculados con la ideología y la comunicación, ordenados según su génesis, estructura y función, constituyéndose en sistemas de representaciones simbólicas y actitudes. Aquí se estudian los fenómenos que son simultáneamente psicológicos y sociales.

Se estudian los hechos y las relaciones en términos de sujeto individual-sujeto social-objeto. El sujeto es entendido no como un individuo sino como una colectividad y el objeto como poseedor de un valor social, representando un interés o una institución. La relación

¹⁶²Cit. pos. Whittaker, op. cit.

¹⁶³Op. cit. Salud mental.

¹⁶⁴Pichón Riviere, E. (1975). Diccionario de psicología social.

entre sujeto-objeto puede ser estática o dinámica, y en este sentido, a través de los mecanismos de facilitación social e influencia social, se modifican y afectan el pensamiento y comportamiento del hombre.¹⁶⁵

¿Por qué resulta necesario extender la información y explicación de las distintas aportaciones de los autores que han participado en la formación y construcción de la Psicología Social?, se consideró relevante primero, para evidenciar que como todas las ramas del conocimiento, la Psicología Social ha tenido un proceso de construcción a lo largo de la historia; producto de ello, no se puede hablar de "una" Psicología Social, ya que en lo interno existen básicamente dos orientaciones: unas enfatizadas a lo psicológico y otras a lo social. En este sentido existen una gran diversidad de estudios sobre la conducta salud-enfermedad en la interacción con otras personas e instituciones, y por ende, los ámbitos de actuación desde este lugar son diversos; entre ellos: promoción y prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; así como la formación de políticas de salud, etc. Segundo, existen distintas posturas teóricas y por lo tanto diversas formas de práctica psicológica que permiten estudiar, investigar y atender determinados fenómenos en lo concreto; tal es el caso por citar alguno de la práctica comunitaria en el campo de la salud, que se efectúa desde la Psicología Social Aplicada (PSA). Tercero, el estudiar fenómenos psicológicos y sociales en el seno de la práctica de grupos resulta ampliamente complejo y por lo tanto, la reunión de varios profesionales para realizar un trabajo en equipo implica la reunión de experiencias previas, ideologías, una forma de ver las cosas, que por lo general resultan estereotipadas.

1.3.2 Antecedentes de la Psicología Social Aplicada

A la aplicación de los principios desarrollados en el laboratorio y en investigación de campo, derivados de la Psicología Social en la resolución de diferentes problemáticas sociales reales, se le conoce como Psicología Social Aplicada (PSA). Los asesores e investigadores de la psicología social han trabajado para solventar los problemas en las relaciones étnicas, laborales e industriales, en el comportamiento económico, político, en la

¹⁶⁵Fasce, op. cit.

educación, la publicidad y la salud mental comunitaria. Las industrias, organizaciones, escuelas y grupos de trabajo de diversa índole recurren a los servicios de los psicólogos sociales aplicados para mejorar las relaciones interpersonales, aumentar la comprensión de las relaciones entre los miembros de los grupos en conflicto y diagnosticar y ayudar a corregir los problemas en la productividad del grupo y la organización. En este sentido el psicólogo social se enfoca en el proceso dialéctico que existe entre el individuo y el grupo, las organizaciones y las comunidades por medio de las estructuras y normas que la rigen: la familia, el grupo social, la cultura, el Estado, el medio ambiente, la formación de la personalidad. También efectúa la evaluación de comunidades y municipios que permiten estimar el nivel de desarrollo, los recursos humanos y los materiales; así como las limitaciones de los mismos, con el objeto de crear estrategias de cambio, empleando los recursos en cuestión y enseñando a los profesionales en la solución de problemas comunitarios.¹⁶⁶

En el presente trabajo, sólo se destacarán los trabajos efectuados desde la PSA en el área de la Salud, para ello, se consultó la recopilación de García (1985),¹⁶⁷ y Rodríguez y García (1996),¹⁶⁸ quienes muestran los principales ejes de investigación que han orientado a la Salud, desde el marco psicosocial.

García (1985)¹⁶⁹ efectuó una recopilación de las contribuciones de la Psicología Social aplicadas al campo de la salud en América Latina en el período de 1972 a 1982. García revisó los trabajos publicados en revistas de Salud (y afines), mismos que son incluidos en la Bibliografía de América Latina de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y OMS. Los temas abordados en este ámbito se dividen básicamente en cuatro rubros: 1) el proceso salud/enfermedad (85.4 %), 2) práctica médica (10.6%), medicina tradicional (2.0%) y formación de recursos humanos (2.0%).

En el primero se abarcan temas como: salud mental, ciclo de vida (estudios de la niñez, adolescencia y tercera edad), trabajo y salud, enfermedades no transmisibles y estrés, enfermedades transmisibles y aspectos sociales de la morbilidad. En el campo de la salud-

¹⁶⁶Álvez, op. cit. y Harrsch, op. cit.

¹⁶⁷Op. cit.

¹⁶⁸Op. cit.

¹⁶⁹Op. cit.

enfermedad, también se han efectuado estudios sobre los aspectos psicosociales de la reproducción, sexualidad, familia y sociedad, mujer y sociedad y hábitos nocivos.

En la práctica médica los estudios se pueden clasificar en: conducta de la población frente a los servicios de salud, medicina primaria, educación sanitaria, profesiones de salud, y análisis histórico de la práctica.

En la medicina tradicional y formación de recursos humanos no se encuentran trabajos representativos.

Los países que dan a conocer un mayor número de estudios relacionados con la Psicología Social Aplicados a la salud son Cuba, México y Brasil. En México el 100% de los trabajos encontrados están relacionados con el proceso salud/enfermedad, básicamente en el estudio de la salud mental y el estrés.

Es importante destacar la relevancia de los contenidos sobre las investigaciones realizadas, así como el marco teórico que los ampara. Por ejemplo en el caso de las enfermedades crónicas, el estrés, las afecciones sexuales y los denominados comportamientos autodestructivos, son abordados desde el marco conductual; los problemas relacionados con la reproducción y anticoncepción son planteados desde la perspectiva antropológica-culturalista al tomar en cuenta las prácticas comunitarias y territoriales de determinados grupos; los estudios enfocados al ciclo de vida (en el caso de los niños), se centran en el desarrollo cognitivo y en la diferenciación de clases sociales.

La autora enfatiza la existencia de un enfoque pragmático en la mayoría de los estudios en este campo, así como la falta de elaboración teórica-precisa, misma que es propiciada por la orientación positivista que existe en América Latina. Por ello, es necesario comprender las condiciones que dan lugar a las formas y funcionamiento que adquiere la práctica médica en cada país; premisas indispensables para comprender los procesos psicológicos y sociopsicológicos capaces de generar el conocimiento que corresponda a la Psicología para la aplicación en la salud.

En este sentido resulta necesario incidir en la formación del profesional de la salud, i.e., en el área educativa, para lo que Byrne y Rozental (1994)¹⁷⁰ proponen un análisis crítico de las tendencias actuales en materia de educación médica para proponer los recursos mínimos, con la finalidad de construir un plan estratégico con base en la OPS que sea admisible en las diversas jurisdicciones, "para aprovechar al máximo la capacidad de trabajo que se encuentra en el terreno en los diferentes países y regiones con el objeto de mejorar la educación médica en América Latina" (p. 53).

El análisis se efectúa en dos vertientes: el análisis contextual externo y el análisis de la validez interna de las innovaciones que encabezan los cambios en la educación médica: el Aprendizaje basado en la Solución de Problemas (ASP) y el Programa de Estudios adaptado en la Comunidad (PAC). Estos describen las ventajas que los nuevos métodos de educación médica tienen sobre los convencionales en cuanto al pensamiento crítico, la memoria y la satisfacción de los estudiantes.

El plan estratégico se conforma de cuatro características: la diversidad (diferentes innovaciones en distintas escuelas de medicina producen nuevas ideas y métodos educativos), el contexto (se refiere a las circunstancias específicas de las diferentes facultades educativas), la formación de redes (el mecanismo que permita el intercambio de ideas y métodos) y la evaluación (instrumento que verifica las condiciones y los éxitos innovadores y que lleva a una planificación iterativa y a la actualización de la carta orgánica).

Este proyecto consta de preceptos y procesos concebidos para crear una carta orgánica iterativa para las escuelas médicas de América Latina que sea sensible a las realidades psicológicas, al desarrollo económico, tecnológico, social y a su difusión para alcanzar la equidad en la salud y encontrar los mecanismos que den lugar a profesionales de la salud capaces de contribuir al mejoramiento de la condición humana.¹⁷¹

La segunda aportación que probablemente podría dar continuidad a los trabajos de corte analítico e informativo en el campo de la Psicología Social de la Salud (PSS), es la de Rodríguez y García (1996)¹⁷² quienes efectuaron una revisión de 1985 a 1995.

¹⁷⁰Byrne, N. & Rozental, M. (1994). Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina.

¹⁷¹Ibidem. p. 56.

¹⁷²Op. cit.

A la aplicación específica de los conocimientos y técnicas provistos desde la Psicología Social, en la comprensión de los problemas de salud, así como en el diseño y ejecución de programas de planeación e intervención se le conoce como Psicología Social de la Salud (PSS). Emplearlos significan el estudio de la conducta salud/enfermedad en interacción con otras personas o con los productos de la conducta humana, en las que se postula que la circunstancia socio-cultural posibilita (entre otros), las actitudes y comportamientos del individuo con relación a la salud-enfermedad; citan e.g., que algunas patologías son determinadas (influenciadas) por la circunstancia sociocultural en la que se vive, tal es el caso de la hiperactividad en los niños como producto de la medicalización en el embarazo.¹⁷³

Por lo tanto, la construcción social de la enfermedad permite visualizar las problemáticas que podrían dar origen a algunos padecimientos, entre ellas: las conductas alimentarias, el empleo de fármacos, las actividades en general, el trabajo, el descanso, la higiene personal, pareja, familia, amigos, entorno social, relaciones sexuales, (los comportamientos de riesgo de la salud) frente a poblaciones de riesgo y cuyo análisis correspondería a la Psicología Social.¹⁷⁴

En esta rama se ha contribuido a la investigación de las distintas variables que intervienen en la instalación y mantenimiento de conductas saludables, así como en el abandono de hábitos perjudiciales. Los cambios de conducta están en función de factores relacionados con el aprendizaje, las variables biológicas y la motivación; y el cambio de conducta se logra a través de la interacción entre la persona (con su estructura biológica y psicológica) y su entorno social.¹⁷⁵

En la Conferencia de Alma-Ata, Rusia (1978) se propuso el Programa de "Salud para Todos en el año 2000". Aquí se manifestó que todos los ciudadanos tienen "la necesidad de obtener un estado de bienestar, que les permita vivir una vida social y económica productiva".¹⁷⁶ Esto dio pauta a la formulación de una política sanitaria común en Europa y la adopción de los objetivos del programa en 1984. Esta política sanitaria tomó en cuenta el concepto integral de la salud y la relevancia de los factores comportamentales del

¹⁷³Rodríguez & García, op. cit.

¹⁷⁴ibid.

¹⁷⁵Spacapan, 1987; cit. pos. Rodríguez & García, op. cit.

¹⁷⁶Rodríguez & García, op. cit. p. 357.

individuo; es decir, la nueva política apuntalaba a la prevención y promoción más que a la curación. También se estipuló que se debía proporcionar asistencia sanitaria primaria.

En dicha conferencia se estableció que las personas tienen derecho a una vida saludable y que la sociedad (y por lo tanto el gobierno), tiene la responsabilidad de asegurar que las necesidades de salud del pueblo estén cubiertas, sin importar género, raza, clase, capacidad etc. En la política sanitaria de Europa se concretaron 38 objetivos de aplicación, mismos que fueron perfilando en las conferencias de Ottawa, Canadá (1986); Adelaida, Australia (1988) y Sudswall. Suecia (1991). Entre estos objetivos se reconoció que a la gente se le debe de dar oportunidades sociales y económicas para desarrollar y mantener la salud, así mismo se deben de crear mecanismos que fomenten el potencial de salud y promuevan "la capacidad de salud" de todas las personas. Implica entonces, saber tomar decisiones, solucionar problemas, comunicarse con efectividad y cuestionar e intervenir activamente en beneficio propio cuando sea necesario.¹⁷⁷

En la Carta de Otawa se le dio énfasis al desarrollo de destrezas personales para con ello generar la capacidad del individuo para tomar decisiones sobre su salud, así como el fortalecimiento de acciones comunitarias para la creación de ambientes propicios para ésta, con la finalidad de promover la salud.¹⁷⁸

En la Consulta de 1989 de Perugia, Italia y el Taller de Perugia Italia en 1991, se elaboraron mesas de discusión acerca de la formación/educación que recibían los médicos; el primer debate giró sobre la educación en salud cuyo objetivo fue modificar los procesos de enseñanza-aprendizaje en la formación de médicos y profesionales de la salud, de forma tal, que estos fueran capaces de contribuir a los objetivos del programa Salud para Todos; el segundo eje surgió como resultado de las críticas a la educación médica y tuvo sus orígenes en los movimientos a favor de la reforma de las escuelas de medicina; ya que uno de los objetivos de la estrategia Europea, era la redefinición de la atención tradicional de la salud y considerar que la educación en esta materia y el vínculo médico-paciente son uno de los aspectos medulares para reformar tanto la educación como la práctica médica.¹⁷⁹

Bajo este marco (PSS) los factores que repercuten en el proceso salud-enfermedad son: el comportamiento del individuo y de la sociedad frente al citado proceso; el nivel

¹⁷⁷Álvez, op. cit.

¹⁷⁸Castro, op. cit. pp.55-61.

¹⁷⁹Byrne & Rozenal, op. cit.

económico individual y social, frente a la asistencia sanitaria; el nivel de instrucción y educación frente a los problemas de salud-enfermedad; y el medio ambiente: condiciones de vivienda, trabajo, alimentación y accesibilidad al servicio sanitario frente a salud-enfermedad.¹⁸⁰

Ahora bien, los campos de aplicación de la Psicología Social se orientan desde el marco conductual, sociocognitivo, sistémico y sociocultural; y abarcarían:

1. La Promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Se efectúan a través del estudio psicosocial, tomando en cuenta la perspectiva sociocultural, el sistema sanitario y la perspectiva personal. Los programas de promoción y prevención sanitarios se manejan de forma individual, grupal o comunitaria. Emplean intervenciones unidimensionales y multidimensionales. Las teorías más utilizadas han sido el modelo de creencia sobre la salud y la teoría de la acción razonada,¹⁸¹ que se emplean con la finalidad de instalar y mantener comportamientos saludables y aumentadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de la persona.¹⁸²

2. El Proceso de enfermar. Los elementos que intervienen son los factores socio-comportamentales, el impacto psicosocial de la enfermedad, el estrés, el apoyo social, el afrontamiento, las creencias y la representación de la enfermedad. La Psicología Social contribuye a la aplicación de grupos de autoayuda y equipos de apoyo, al empleo de redes sociales como estrategias de bienestar psicológico y al empleo de criterios de calidad de vida. La teoría del rol,¹⁸³ la teoría de la influencia social,¹⁸⁴ el estudio de los procesos de comunicación, permiten la comprensión de la relación entre el profesional de la salud y el enfermo. En el proceso de enfermar intervienen las conductas de enfermedad definidas

¹⁸⁰Rodríguez & García, op. cit.

¹⁸¹Esta teoría afirma que la intención de las personas de adaptar un nuevo comportamiento pone de manifiesto las creencias y expectativas de la persona y las normas sociales percibidas. Aquí se considera que es posible predecir probabilísticamente la intención que el sujeto tiene de efectuar una conducta en específico, a partir de la identificación de sus creencias, actitudes, características y el papel que en su vida representan las presiones de índole social.

¹⁸²Rutter, Quine & Berkman, 1994; cit. pos. Rodríguez & García, op. cit.

¹⁸³Toda persona tiene un grupo de pertenencia y otro de referencia (que puede o no ser al que pertenece, pero que le sirve para usar sus normas de comportamiento, o bien para rechazarlas).

¹⁸⁴Esta teoría sugiere que el comportamiento se configura por normas y actitudes colectivas. Desde esta teoría se considera que es útil que las personas reconozcan las presiones sociales y desarrollen entonces valores individuales y colectivos que apoyen el comportamiento saludable y apropiado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como aquellas que afectan al significado social y personal de los síntomas, de la enfermedad, de las discapacidades y sus consecuencias.¹⁸⁵

3. La relación entre el profesional de la salud y el enfermo. Henderson (1935)¹⁸⁶ aplicó la teoría de los sistemas al estudio de las relaciones sociales, postulaba que todas las relaciones interpersonales son pautadas sobre expectativas culturales basadas en la comunicación; la integridad del sistema se mantiene por homeostasis y el conjunto no es igual a la suma de sus partes; sin embargo, cualquier cambio de una de las partes altera simultáneamente el carácter de todo el sistema. Así mismo, el cumplimiento de los programas médicos y terapéuticos dependerá del grado de satisfacción del paciente, del *feedback* de la información que el paciente tiene y el impacto del paciente al ingreso hospitalario. Aquí el psicólogo social contribuye en la humanización de la asistencia hospitalaria.¹⁸⁷

4) Política sanitaria y mejora del sistema de cuidado de la salud. La Psicología Social estudia los mecanismos de influencia que inciden en los estilos de vida y el uso de los servicios sanitarios, permite el diseño de programas dirigidos a la creación de actitudes favorables hacia el empleo racional de los servicios de salud. En este campo se efectúan estudios del clima socio- laboral y asistencial en profesionales de la salud. De igual forma, aporta las técnicas de entrenamiento en las habilidades sociales y programas de manejo de estrés para el personal de salud.¹⁸⁸

A pesar de presentar en síntesis los ámbitos de actuación desde la Psicología Social en el campo de la salud, las posibilidades resultan ser infinitas; las aportaciones teóricas y las herramientas metodológicas provistas desde la Psicología permiten enfocar y visualizar el proceso salud-enfermedad no como un ente abstracto, que se pueda describir o tipificar, sino como la experiencia subjetiva que es y que vive el paciente. Se resalta entonces, la importancia *per se*; que representa el vínculo médico-enfermo, terapeuta-paciente, desde esta óptica.

¹⁸⁵Mechanic, 1977; cit. pos. Rodríguez & García, op. cit.

¹⁸⁶Cit. pos. Rodríguez & García, op. cit.

¹⁸⁷Stone, 1979; cit. pos. Rodríguez & García, op. cit.

¹⁸⁸Barriga, 1990; cit. pos. Rodríguez & García, op. cit.

Hasta aquí se ha descrito la diversidad de campos de acción en la salud desde la PSS, campos que ya se habían perfilado en las distintas conferencias, al resaltar la importancia de los factores psicosociales en el proceso salud-enfermedad, así como en las formas de entenderlo y abordarlo. Ahora bien, resulta necesario mostrar qué relación hay entre dicho proceso y la salud mental con la Psicología Social de Salud.

1.3.3 Relación entre lo Psicológico y lo Social en el Campo de la Salud y la Enfermedad

Hablar de salud desde el área de la Psicología Social tiene como objetivo analizar y reflexionar sobre los procesos de subjetividad que constituyen al sujeto y que se objetivizan en las prácticas que efectúa en la interpretación que como individuo y grupo social comparte.

Para Baz (1996)¹⁸⁹ se entiende por subjetividad:

Como aquellos procesos que sostienen la cualidad de ser sujetos en un mundo humano. Ello implica la ruptura con un orden *natural* para constituir la dimensión de la cultura, para recrear una realidad que ya no es la *natural* sino la psíquica, gestada desde el mundo de la representación, significación, de lo simbólico. Y bien, la fundación y sostén de la subjetividad tiene que ver con los procesos de identificación que sujetan a los individuos a este orden de cultura. (p.24)

Así desde la óptica que centra a un sujeto social sostenido por redes, se plantea la posibilidad de romper con estereotipos y desarrollar un esquema referencial que permita superar obstáculos epistemológicos para reconocer dichos procesos; e.g., en el caso de la relación entre el paciente y el profesional sanitario, una de las principales problemáticas es el efectuar el análisis de la estructura y dinámica del proceso de comunicación y de los factores que facilitan y obstaculizan la labor profesional de la salud-paciente.¹⁹⁰ Toda relación terapéutica sugiere un proceso interpersonal; en este sentido la Psicología Social ha subrayado la importancia de la relación médico-enfermo y ha demostrado que el

¹⁸⁹Baz, M. (1996). La salud social y la subjetividad colectiva.

¹⁹⁰Di Matteo, 1979; cit. pos. Rodríguez & García, op. cit.

seguimiento de los programas y el "cumplimiento" de las indicaciones predecretadas por parte del paciente, se incrementa significativamente cuando aumenta la satisfacción de éste con lo que hace, con sus consultas o sesiones informativas, así como cuando se le explica en qué consiste su enfermedad.¹⁹¹

Por otro lado, al investigador en Psicología Social le interesan los aportes epidemiológicos, para con ello dimensionar o percibirse de la magnitud de la problemática social en un momento dado. En este campo, el Instituto Mexicano de Psiquiatría publicó en relación con los problemas psicológicos en la población mexicana que, al menos una cuarta parte de la población solicitante de atención médica general, tiene un "componente" psíquico relevante, ya sea en la génesis de la afección o relacionado a otro problema de salud;¹⁹² así mismo, uno de cada seis mexicanos padece un trastorno mental, entre ellos depresión, epilepsia, psicosis, trastornos limitrofes y obsesivos, esquizofrenia, manía y ansiedad.¹⁹³ Desde la visión del psicólogo social los registros epidemiológicos lejos de brindar datos o mostrar la conclusión de una investigación, son el inicio de la misma, en tanto sean un canal para la atención o solución de dichos padecimientos.

El psicólogo social al centrarse en la salud mental no ocupa directamente el lugar del clínico; está invitado pues, a dar un punto de vista diferente, a develar los procesos que se encuentran en la categoría de lo no visible o palpable para los sujetos es decir, a los procesos que dan origen y cuenta de la construcción psíquico y social del individuo. Así mismo cuestiona el binomio salud-enfermedad por estar permeado de discursos normalizadores, adaptacionistas y de mitos con respecto a la enfermedad mental y a la curación.¹⁹⁴

Una vez esbozada la relación entre lo psicológico y lo social en el campo de la salud y la enfermedad, auspiciado desde la Psicología Social, se describirán las áreas concretas de trabajo en dónde el psicólogo puede insertarse en el ámbito hospitalario.

¹⁹¹Stone, 1987; cit. pos. García & Rodríguez, op. cit.

¹⁹²Sánchez, op. cit. México, sin clínicas...

¹⁹³Sánchez, op. cit. Con trastornos mentales...

¹⁹⁴Baz, op. cit.

1.3.4 Áreas de Intervención y/o Ejercicio de la Profesión en el Campo de la Salud

1.3.4.1 Educativa y Estimulación Temprana

La psicología educativa es el estudio de la conducta y aprendizaje humano, aquí se estudian las leyes generales del aprendizaje.¹⁹⁵

Para Oñativía (1994)¹⁹⁶ la psicología educativa es una disciplina compleja que tiene dos objetivos fundamentales: entender los procesos de enseñanza-aprendizaje y desarrollar medios para mejorar dichos procesos en cualquier ámbito de aprendizaje. Al presentarse un problema de este proceso, deben analizarse los factores que circunscriben la situación y que afecten directa o indirectamente el desarrollo del educando, para con ello obtener el máximo aprovechamiento escolar y el óptimo desarrollo psicológico del ser humano.

En el área educativa el psicólogo se enfoca a la tarea de estudiar las condiciones y métodos que propicien y faciliten los procesos de aprendizaje, así como los factores emocionales que en él se involucran; i.e., desde el desarrollo del niño, hasta la formación profesional. La finalidad es el estudio de la psicología infantil, educación especial, y evolución conceptual sobre la educación.¹⁹⁷

Para Oñativía (1994)¹⁹⁸ los principios de la psicología educativa son: 1) la comprensión científica de la educación, 2) la educación y los cambios del desarrollo, 3) los procesos y formas de aprendizaje, 4) el estudio de las diferencias humanas y su aplicación en la educación, y 5) la psicología educativa como auxiliar en la organización de programas escolares.

A través de la psicología educativa se intenta definir la problemática de la educación tomando en cuenta la relación del entorno social (realidad actual) en el aprendizaje escolar. Al ser dinámica estudia la relación existente entre el tipo de instrumentos de transmisión de la educación, la educación misma, la maduración y el desarrollo alcanzado por un individuo. Tal es el caso de los trabajos de Piaget en los que se promueve el desarrollo

¹⁹⁵ Woolfok, 1990; cit. pos. Ortuno, V. (1997). Evaluación psicológica, un apoyo a la psicología educativa.

¹⁹⁶ Oñativía, V. (1994). Bases psicosociales de la educación.

¹⁹⁷ Harsch, op. cit.

¹⁹⁸ Op. cit.

intelectual a partir de la actividad esto es, la acción constituye la condición previa y necesaria de toda enseñanza.¹⁹⁹

Principalmente existen cuatro visiones teóricas derivadas de la Psicología en el campo de la Educación y en el estudio de los cambios el desarrollo humano: el conductismo, la psicología genética, el cognoscitivismo, y el psicoanálisis. Glasman, Figueroa, Follari y Rodríguez (1987)²⁰⁰ presentan la versión que brinda cada enfoque, su contribución, los problemas revelados y las aportaciones más importantes.

Desde el conductismo se asume una concepción específica de los procesos de aprendizaje basados en la sistematización. Se entiende por aprendizaje, la adquisición o el proceso en virtud del cual se incorpora la conducta al repertorio de un organismo. Ribes (1980) considera el conductismo una filosofía que tiene una concepción del deber ser de la educación traducible en la práctica concreta "que ha pretendido alcanzar una teoría integrada de la conducta que pueda tratar tanto problemas de desarrollo y comportamiento, como niveles de proceso, dentro de la filogenia".²⁰¹ Como teoría integrada trata de analizar los fenómenos de conducta simple, hasta compleja. Esta visión se ha centrado en las condiciones que permiten que el individuo aprenda, lo que posibilita instrumentar situaciones de enseñanza aprendizaje y analizar las condiciones concretas del proceso. Como un planteamiento totalmente inductivo, el conductismo elabora sus conceptos complejos a partir de datos y hechos simples; así mismo, consideran que las terapias se centran en algún trastorno o déficit de aprendizaje.

Piaget (1973)²⁰² realizó importantes aportaciones en el área de la educación, al centrarse en qué era el conocimiento, cómo se adquiere y cómo se pasa de un conocimiento a otro. La adquisición de conocimiento y experiencia sólo son posibles en el nivel de la estructuración de las acciones. La experiencia se constituye a partir de categorías temporales y acciones sucesivas y repetitivas; existen de tipo físico, cuando se actúa sobre los objetos y se abstraen propiedades de los mismos, y de tipo lógico matemático cuando se actúa sobre los objetos sin abstraer propiedades de los mismos, sino de las propias acciones sobre ellos. El proceso de adquisición se da mediante acciones perceptivas que son

¹⁹⁹Campos, M. & Gaspar, S. (1989). Los conceptos de educación y aprendizaje en la teoría piagetiana y algunas implicaciones.

²⁰⁰Glasman, R., Figueroa, M., Follari, R. & Rodríguez, G. (1987). Corrientes psicológicas y currículum.

²⁰¹Cit. pos. Glasman et al. op. cit. p. 205.

²⁰²Cit. pos. Campos & Gaspar, op. cit.

resultado del contacto con la realidad y por sucesión y repetición de acciones. La dinámica entre la *aprehensión* de la realidad en esquemas interiorizados y la construcción de nuevos esquemas por medio de las acciones del sujeto, le da el carácter de circularidad a esta asimilación; por lo que ésta es el mecanismo subyacente del aprendizaje. Sin embargo existen "desorganizaciones" que hacen intervenir esquemas interiorizados, los cuales se modifican a la luz de estos encuentros perturbadores. La asimilación se engrana a dichas modificaciones en los mecanismos que Piaget denomina "equilibración"; que es el proceso en el cual el individuo está en disposición de poner en marcha esquemas reversibles en el nivel de desarrollo, o bien se ajusta a los esquemas de acción a situaciones nuevas con reacciones no aprendidas previamente. De esa manera se dice que el aprendizaje es en sentido estricto y la equilibración constituye el "aprendizaje en sentido amplio".

Entre las aportaciones de la psicología genética piagetana se tiene la descripción de los mecanismos del proceso de construcción del conocimiento, la reconsideración del papel del educando y del educador, el sustento para construir estrategias, materiales de enseñanza e instrumentos de evaluación; así mismo en el currículum de educación escolar se delimita la línea del desarrollo cognoscitivo y afectivo-social como eje integrador.²⁰³

Para Bloom (1973)²⁰⁴ el conocimiento organizado e interrelacionado, es más sencillo de aprender y retener que el demasiado específico. En esta línea, los cognoscitivistas se han centrado en la secuenciación y jerarquización de habilidades a través del establecimiento de mecanismos mentales para saber qué enseñar, por lo que las redes semánticas constituyen un avance significativo en este campo. El conocimiento ya adquirido por un individuo y la forma en que este conocimiento se encuentra organizado dentro de la estructura cognitiva personal, son las dos variables decisivas para el aprendizaje y la instrucción. La teoría de los esquemas contribuye a la explicación de los procesos y estructuras cognoscitivas relacionadas en algunas tareas y posibilita el ejercicio de sistemas representativos de la información que se poseen (redes semánticas).

En esta línea Ausubel (1978)²⁰⁵ conformó el marco conceptual del cognoscitivismo para justificar los procesos de comprensión y retención. Elabora el concepto de estructura cognoscitiva, concreta sus características e indica su organización de carácter jerárquico en

²⁰³Glasman, et al., op. cit.

²⁰⁴Cit. pos. Glasman et al., op. cit.

²⁰⁵Cit. pos. Glasman et al., op. cit.

la cual el conocimiento conceptual ocupa un lugar fundamental en el aprendizaje. Encuentra diferentes clases de aprendizaje conforme al carácter de las relaciones que se establecen entre ellas y la nueva información. Se investigan las estructuras y los procesos mentales, así como el desarrollo de la teoría de los esquemas cognoscitivos (unidades de información de carácter general que representan las características comunes de objetos, hechos, acciones e interrelaciones que pueden utilizarse para mejorar la comprensión de textos o la solución de problemas) y las redes semánticas. Inteligencia, percepción, pensamiento, memoria transferencia, procesamiento de la información y estrategias para la solución de problemas, son los principales tópicos de este enfoque que han ayudado a la comprensión de la capacidad de aprendizaje y han marcado la problemática de simplificar en exceso los materiales de enseñanza.

Por último, desde la perspectiva psicoanalítica se pueden encontrar pocos trabajos en el campo de la educación, ya que ésta se encuentra íntimamente ligada más bien a la práctica clínica, lejos de las necesidades de un aparato estatal administrativo e institucional. Se destacan los planteamientos sobre grupo operativo como técnica de aprendizaje a través de las conceptualizaciones generales de J. Bleger y Pichón Riviere (Centro de Investigaciones y Servicios Educativos, UNAM), trabajos sobre la relación entre inconsciente y educación (Facultad de Pedagogía UNAM), intentos de conceptualización del aprendizaje (Universidad Veracruzana) y críticas a la educación como represora del placer a partir de Marcuse y Freud en trabajos de Follari (Comisión de Apoyo y Desarrollo Académico, UAM Azcapotzalco). Estos trabajos, están basados en diferentes líneas de la rama psicoanalítica; entre ellos la orientación de, Mannoni, Lacan, Marcuse, Freud, Merleau-Ponty, A. Freud, Pichón Riviere, Begler y D. Gerber.²⁰⁶

Glasman et al. (1987)²⁰⁷ resume en seis puntos los problemas planteados por el psicoanálisis en relación con el proceso educativo:

1 La educación como un imposible. Tomando en cuenta la constitución del inconsciente en los primeros años de vida y la repetición como mecanismo central de su funcionamiento *a posteriori*, la viabilidad de modificación de la estructura psíquica sería escasa. Cambiaría el sentido, "la conciencia", pero no la estructura como tal.

²⁰⁶Glasman et al., op. cit.

²⁰⁷Op. cit.

2 La educación como represor. Se indica que la educación "civilizada" (como medio de transmisión de la norma), debe proponer objetos del deseo sustitutivos y mecanismos radicales.

3 Aprendizaje e inconsciente. En esta línea se trabaja la relación entre inteligencia y procesos cognoscitivos, y la situación general del aparato psíquico, advirtiéndose que muchos problemas de aprendizaje tienen su origen en causas clínicas referidas a la personalidad.

4 Grupos e inconscientes. La relevancia de trabajar los aspectos inconscientes en las prácticas grupales en las que se ponen en juego mecanismos complejos de transferencia, identificación, proyección, etc., conlleva a teorizaciones y prácticas sobre este campo.

5. El papel del maestro autoritario. Se ha estudiado la posición narcisista del maestro, la "imagnarización" que éste hace de su propio lugar y las proyecciones y fantasías que despierta en los alumnos, con el objeto de encontrar la base conceptual sólida para confrontar problemas sutiles del autoritarismo.

6 Escuela y desviación social. Análisis como los de Mannoni (1979)²⁰⁸ pretenden desmitificar la situación de los etiquetados como "insanos" desde el punto de vista mental y evidencian la estructura social-familiar de su problemática intentando canales de rehabilitación bajo la formación psicoanalítica.

Faltaría destacar que los trabajos de Ana Freud mostraron los intentos para utilizar el psicoanálisis como "elemento que debe tomarse en cuenta" en la escuela: Sus aportaciones tienden a sistematizar medios de transmisión sobre la base del psicoanálisis; esto es, plantean a partir de éste, una "tecnología" más eficaz para los objetivos de la función institucional escolar.²⁰⁹

Gracias a las distintas aportaciones teóricas y a las líneas de trabajo que se han desprendido, se han podido precisar los principios y estructuras del desarrollo del individuo en áreas específicas, tales como lenguaje, motora, inteligencia, emocional, social etc. El estudio de las formas de aprendizaje ha permitido precisar los factores que intervienen en la educación integral del sujeto tanto internos como externos y con ello los avances en la detección de posibles "alteraciones" en dichos factores.

²⁰⁸Cit. pos. Glasman, et al., op. cit.

²⁰⁹Glasman, et al., op. cit.

En este sentido, el psicólogo educativo se orienta sobre el tipo de conocimientos que pueden adquirir los niños en función de la edad y desarrollo madurativo; así mismo explora a los pequeños en el momento de su ingreso a la escuela para prevenir posibles dificultades antes de que se manifiesten; atiende las consultas de los padres y profesores que acuden a él por problemas concretos o en busca de orientación en general; efectúa evaluaciones periódicas del rendimiento de los niños. Interviene también en la asesoría de las políticas de planeación educativa y contribuye en la creación de programas de formación y entrenamiento acordes con los recursos humanos y la realidad nutricional, social y cultural del país.²¹⁰

Ahora bien, en el campo de la Psicología Educativa, se desprende la Estimulación Temprana en donde se hace uso de la estructura lógico conceptual, anteriormente explicada en el campo de la aplicación.

La Estimulación Temprana se puede dividir en dos vertientes: la Estimulación Temprana y la Intervención Temprana. Éstas aluden a un estímulo sensorial a una respuesta asociada y la integración neuronal de ambas; de forma tal, que se pueda aprovechar la plasticidad del sistema nervioso que se está desarrollando. El estímulo sensorial es una parte de toda la red asociativa que se efectúa en el complejo aparato neuronal: en el cerebro se produce una modificación en estructura y en el nivel químico-eléctrico de las células nerviosas, en las interconexiones y terminales.²¹¹

Montenegro (1978)²¹² la define como:

El conjunto de acciones tendientes a brindar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto y situaciones de diversa dificultad, que propicien en el niño cierto nivel de interés y actividad, situación necesaria para obtener una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo. (p. 43)

La Intervención Temprana es el conjunto de actividades dirigidas hacia los infantes que presentan trastornos en el desarrollo psicomotor de cualquier etiología, de manera que

²¹⁰Harsch, op. cit.

²¹¹Tjossem, 1981; cit. pos. Reyes, M. & Romero, G. (1997). Una alternativa dentro de la estimulación temprana: Programa dirigido a padres.

²¹²Cit. pos. Reyes & Romero, op. cit.

reciban de forma efectiva y continuada todos aquellos estímulos y actividades que pueda facilitar la capacidad de desarrollo que cada niño tiene.

El pequeño recibe la intervención o estimulación temprana para desarrollar las capacidades mentales, motoras, sensoriales o neurológicas lo antes posible para tratar de rehabilitar o sustituir las funciones dañadas o perdidas que se logran por medio de la plasticidad cerebral.

La plasticidad cerebral es la habilidad que tiene el organismo a nivel neurológico de recuperar o sustituir las funciones perdidas, a través de otras conexiones neuronales que dan como resultado habilidades nuevas o sustitutas.

La plasticidad cerebral se obtiene por medio de la estimulación, es decir, una serie de actividades repetitivas dirigidas a la construcción de habilidades nuevas o similares a nivel motor, sensorial, mental y neurológico; lo ideal, es realizarlo en edades tempranas (de 0 a 3 años), dado que la maduración y la mielinización del Sistema Nervioso está en proceso, y al estimular lo antes posible habrá una mayor posibilidad de plasticidad cerebral.

La Estimulación e Intervención Temprana va dirigido a los niños de alto riesgo pre, peri y postnatal, de retardo psicomotor y de retardo mental, con el objeto de evitar el menor daño posible en su desarrollo; por ello se puede considerar como un agente preventivo.²¹³

Béjar y Mora (1991)²¹⁴ clasifican la prevención en tres niveles:

1 Prevención primaria. Se refiere a las actividades comprometidas a impedir la presencia de factores que alteren la salud física y psicológica de los individuos; tiene como objeto evitar la incidencia de estos factores en la población potencialmente vulnerable.

2 Prevención secundaria. En esta instancia se interviene en el problema de los individuos propensos a manifestarlos, decrementando su evolución y tiempo de duración al mínimo posible.

3 Prevención terciaria. En esta se construyen y desarrollan programas de rehabilitación que intentan reducir la incidencia del problema una vez que éste se ha presentado.

La Estimulación o Intervención Temprana se puede practicar en dos niveles: en un centro especializado y en el propio hogar. En este proceso están involucrados una serie de

²¹³Reyes & Romero, op. cit.

²¹⁴Béjar, C. & Mora, C. (1991). Una alternativa para el tratamiento del niño con retardo: Entrenamiento a padres.

principios y recursos que hace posible su empleo como agente preventivo, tal es el caso del trabajo integrado de los especialistas de manera *multidisciplinaria* y sobre todo la desprofesionalización junto con la participación de los padres. Con ésta última se pretende que los padres sean los terapeutas de sus hijos.

1.3.4.2 Clínica

La Psicología es la ciencia que estudia el comportamiento humano, sin embargo para varios autores no puede ser considerada como tal, ya que su objeto de estudio no es susceptible de ser investigado por medio de un método experimental y por ello no cumple con una de las principales condiciones de cualquier ciencia; no obstante, al estudiar la historia de la Psicología encontramos las diversas formas en las cuales se ha intentado describir, analizar, y explicar el comportamiento humano y por ende, la manifestación y estudio de los diferentes padecimientos una y otra vez a lo largo del tiempo.

La Psicología Clínica es el campo que dirige el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas, trastornos psicológicos o conducta anormal con la finalidad de obtener un estado de bienestar humano.²¹⁵

En este sentido, los primeros intentos por explicar el comportamiento humano se ubican en los filósofos de la antigua Grecia, quienes enfatizaron sobre el análisis racional del mundo natural. A pesar de la falta de conocimientos anatómicos, el médico griego Hipócrates (460-377 a. C.) daba suma importancia al cerebro, en un esfuerzo por entender por qué las personas se comportaban como lo hacían, describiéndolo así: como el intérprete de la conciencia y el órgano más importante del cuerpo; para los griegos el cerebro era el lugar donde estaba la mente. Hipócrates describió los ataques epilépticos y escribió sobre la depresión, los estados de delirio, la psicosis, los temores irracionales (conocidos actualmente como fobias) y la histeria (síntomas orgánicos en ausencia de desequilibrio orgánico), las técnicas terapéuticas consistían en descanso, baño y dieta.²¹⁶ De igual forma realizaron estudios sobre psicología: Sócrates (470-399 a. C.), quién se interesó por la autoexploración y consideró el razonamiento como la piedra angular de la buena vida y la

²¹⁵Cala, P. (2000). Monografías. Trabajos. Psicología clínica.

²¹⁶Sarason, I. & Sarason, B. (1996). Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada. Antecedentes históricos de la psicología anormal.

felicidad personal; Platón (427-347 a. C.), desarrolló el punto de vista orgánico y consideró la conducta como un producto de la totalidad de los procesos psicológicos, creía que la conducta desequilibrada surgía de los conflictos entre la emoción y la razón, enfatizó que la mente es la única realidad de la existencia humana pues el individuo ideal se guiaba sobre todo por la razón; Aristóteles (384-322 a. C.), quien fuera alumno de Platón, escribió de manera extensa sobre la naturaleza del razonamiento y la conciencia buscando analizar las emociones humanas, describió y especuló sobre varios estados emocionales como: enojo, temor, envidia, valor, odio y lástima. Daba el valor más alto a la razón y a la dedicación y además consideraba que las distintas fuerzas en el cuerpo necesitaban estar en equilibrio para que prevaleciera la razón; Galeno (130-200 a. C.), médico romano, consolidó y amplió las teorías griegas de la mente y el cuerpo, así como las teorías sobre el papel de cuatro humores en el carácter y temperamento personales. Se creía que cada una de éstos se relacionaba con determinada cualidad del temperamento y se pensaba que al haber un desequilibrio entre estos humores se provocaban distintos trastornos.²¹⁷ En los principios de la época Cristiana (Medievo) el teólogo y filósofo San Agustín (años 354-430), sentó las bases para las teorías psicodinámicas modernas de la "conducta anormal", escribió sobre los sentimientos, la aflicción mental y el conflicto humano (posiblemente precursor de psicoanalistas actuales); empleó la introspección de sus propios pensamientos, sentimientos y motivaciones para estudiar los procesos mentales como el conflicto entre el placer y la disciplina. En el periodo del Renacimiento se incrementó la preocupación por el humanismo, la curiosidad por la naturaleza y el interés por el saber. Weyer (1515-1576) médico del siglo XVI, fue uno de los principales contribuyentes en este desarrollo, con base en el análisis psicológico y minucioso de los pacientes mentales describió una amplia gama de conductas anormales, incluyendo los trastornos que en la actualidad se conocen como paranoia, epilepsia, psicosis, depresión y pesadillas recurrentes. En su libro *The Deception of Demons* argumentó, que el tratamiento clínico debe estar orientado a la satisfacción de las necesidades de las personas enfermas en lugar de limitarse a seguir las reglas de las instituciones clericales.²¹⁸

²¹⁷ Ibid.

²¹⁸ Ibidem.

En la edad de la Razón y la Ilustración (siglo XVII) Espinoza (1632-1677) anticipó planteamientos de la psicología y la fisiología, argumentando que la mente y el cuerpo son inseparables, incluso se refirió a los mecanismos inconscientes que ejercen una influencia sobre la conducta; su mayor aportación fue que a pesar de no ser observables los procesos psicológicos, resultaban igual de importantes que los procesos materiales del mundo natural. A finales del siglo XVII surgió el interés por la fisonomía, el arte de juzgar el carácter, la personalidad y los sentimientos a partir de la forma del cuerpo, sobre todo del rostro. Durante los primeros años del siglo XIX surgió otro planteamiento respecto a la psicología anormal, el médico Gall (1758-1828), recopiló información que sugería que el tamaño del cerebro y el desarrollo mental estaban relacionados; con base en ello, formuló la teoría de la frenología, de acuerdo con la cual distintas "facultades" psicológicas se localizaban en áreas específicas del cerebro.²¹⁹ El médico escocés Cullen (1712-1790), creía que la conducta neurótica era provocada por los defectos físicos del sistema nervioso, trataba a sus pacientes con baños de agua fría, sangrías, inducción de vómito, dietas especiales, programas de ejercicio y fisioterapia, consideraba que todas estas enfermedades tenían su origen en el tubo digestivo y que las histerias eran producto de un "desarreglo" de las funciones genitales; así mismo, éstas se deberían de tratar sobre el espíritu de los pacientes a través del temor, los castigos y recompensas.²²⁰ Por otro lado el médico vienés Mesmer (1734-1815), sostenía que todos los seres humanos tenían un líquido magnético especial (como si fuese un sexto sentido) que al liberarse podía curar y prevenir todas las enfermedades. Muchos testimonios aseguraban que el tratamiento de Mesmer era benéfico; sin embargo, el mecanismo de su terapia tenía que ver más con el poder de la sugestión que con los líquidos magnéticos humanos. Su magnetismo animal era precursor no de una curación orgánica, sino de un medio psicológico complejo para influir en las actitudes y la conducta;²²¹ por lo tanto, Mesmer fue un personaje importante en la historia de la hipnosis, una técnica clínica que todavía se basa en la sugestión como medio.²²²

En el movimiento de Reforma prevaleció la simpatía y la compasión por los enfermos mentales, destaca Pinel (1745-1826) quien afirmaba que las instituciones para los dementes

²¹⁹Ibidem.

²²⁰Foucault, M. (1976). Historia de la locura en la época clásica. Enfermos mentales, cuidados y tratamiento. La ruptura con el pasado.

²²¹Ibid.

²²²Sarason & Sarason, op. cit.

eran más necesarias para proteger a la sociedad, que para ayudar a los enfermos. Las ideas humanitarias de la época proponían reformar las instituciones sociales y aplicar los conocimientos científicos en el tratamiento de la conducta trastornada.²²³ La principal aportación de Pinel fue que al considerar a la enfermedad como un trastorno provocado por pasiones diversas, el tratamiento debería ser moral más que físico; es por ello que se dice que colocó uno de los primeros eslabones de la psicoterapia.²²⁴

Hasta aquí los tratamientos propuestos se dividían en dos grandes grupos: los físicos y los morales con relación a las dos grandes posturas existentes sobre la enfermedad mental.²²⁵ Los primeros consistían en electroterapias, hidroterapias y algunas sustancias farmacológicas; en los segundos, Sauri (1969)²²⁶ distinguió tres etapas en las que se influyó en el espacio moral. En la primera se tomaba una actitud paternalista, se aconsejaba, reprochaba, regañaba y castigaba al paciente con la finalidad de gestar en él, pasiones nuevas que anularan los efectos negativos; en la segunda (a mediados del S. XIX) se trató de reflexionar en forma conjunta con el paciente buscando crear "sentimientos adecuados"; por último, en la etapa denominada "pedagogía psíquica" se orientaba al paciente a partir de técnicas de persuasión y se le imponía desde el papel de guía y consejero en un marco de respeto y un imprescindible humanismo.

Otro acontecimiento de suma importancia en el desarrollo de la Psicología Clínica en el marco de la tradición de la psicología experimental, fue el establecimiento formal del laboratorio de Wundt en la Universidad de *Leipzig*.²²⁷ En este sentido, la tradición de la psicología experimental ha dejado en la Psicología Clínica una orientación a la investigación que todavía perdura, por no decir que le es propia, ya que ésta es una de las aportaciones bien reconocidas del psicólogo clínico. Es oportuno aquí destacar (en cuanto a antecedentes se refiere) la tradición que (igualmente en un amplio desarrollo) se ha interesado en el estudio de las diferencias individuales: Juan Huarte (1529-1579), Francis Galton (1822-1911) y Alfred Binet (1857-1911).

²²³Davison, G. & Neale, J. (1980). *Psicología de la conducta normal. Enfoque clínico experimental. Historia de la psicopatología.*

²²⁴Foucault, op. cit.

²²⁵Perrés, J. (1995). *Proceso de constitución del método psicoanalítico. II. Primer período: métodos tradicionales. Tratamientos físicos y tratamiento moral.*

²²⁶Cit. pos Perrés, op. cit.

²²⁷Santaolaya, op. cit.

El establecimiento en forma de la primera clínica psicológica fue en marzo de 1896 en la Universidad de Pennsylvania por Lighner Witmer. Aquí trabajan un equipo de profesionales que atendían niños. Básicamente se trataba de prevenir padecimientos a través de diagnósticos y remedios tempranos sustentados en la psicología científica.²²⁸ En 1905 en la misma Universidad se impartieron cursos oficiales de psicología clínica y en 1907 el propio Witmer fundaría la primera revista especializada *The Psychological Clinical*. El crecimiento de psicólogos clínicos provocó en 1917 la escisión de la *American Psychological Association* (APA), originándose la *American Association of Clinical Psychologists*; sin embargo, en 1919 esta asociación se reincorpora a la APA como sección clínica. Así pues, la Psicología Clínica crea sus propias instituciones (revistas asociaciones dentro del marco de la Psicología académica y científica representada por la Universidad y la APA.²²⁹

Posterior a la Primera Guerra Mundial la construcción y aplicación de pruebas psicológicas, así como el papel del psicólogo clínico tuvieron un gran auge: las investigaciones se centraron en la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia, las causas de los trastornos de conducta, el empleo de la hipnosis y la aplicación de los principios del aprendizaje. Se ubicaron en los problemas relacionados con los problemas educativos (más que psiquiátricos) y en la clínica infantil relacionando así, el diagnóstico y el tratamiento. Esta conjunción del tratamiento contribuyó también al prestigio alcanzado en el empleo de las pruebas proyectivas, tal es el caso del Roschach y el TAT (*Tematic Apperception Test*) que posibilitaron el establecimiento de un lenguaje en común entre el psicólogo (diagnosticador) y el psiquiatra (terapeuta).²³⁰

En la Segunda Guerra Mundial se enviaron a Estados Unidos aproximadamente 40 000 personas a hospitales neuropsiquiátricos de la *Veteran Administration* (VA), lo que provocó un nuevo impulso a la consolidación de la Psicología Clínica, por ello en 1946 por conducto de la VA se solicita a la APA que esta rama sea considerada como una profesión

²²⁸ Cabe destacar que Freud mantenía una consulta abierta en Viena desde 1886 y en 1896 empleó por primera vez el término psicoanálisis.

²²⁹ Santaolaya, op. cit.

²³⁰ Sarason & Sarason, op. cit.

que implicaba el diagnóstico, tratamiento y la investigación relativos a los trastornos de los adultos, para la cual era necesario que el psicólogo clínico obtuviera el grado de Doctor.²³¹

A la Psicología Clínica interesada en el ámbito médico se le denomina Psicología de la Salud y sus antecedentes se encuentran también en la Psicología Clínica, en la Medicina Psicosomática,²³² en la Medicina Conductual y en la Psicología Médica.²³³ Esta Psicología se constituyó como un área dentro del APA en 1978 y en 1982 cuenta con su propia revista la *Health Psychology*.²³⁴

El objetivo de esta revisión, que en comparación con la historia general de los orígenes, desarrollo y evolución la psicología resulta corta, es esquematizar que la formación de la Psicología Clínica es relativamente joven; sin embargo, el crecimiento de esta disciplina ha experimentado en las últimas décadas una serie de modificaciones en función del concepto de salud. La tradicional dicotomía salud física-salud mental, se ha superado con el reconocimiento y aplicación del componente biológico, psicológico y social del enfermar. Por ejemplo, una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad de equipos inter y multidisciplinarios en el terreno de la salud; así como la importancia de la intervención psicológica en la prevención de trastornos en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental, tal es el caso del cáncer, los trastornos cardiovasculares y el SIDA en donde la prevención psicológica, es una herramienta vital para la reducción de su incidencia.

Finalmente resta definir qué es la Psicología Clínica y de la Salud y en qué ámbitos se desarrolla. Para Santaolaya (1997)²³⁵ la Psicología Clínica y de la Salud es:

²³¹Denominado "Modelo Boulder" (1949) en razón del lugar en el que se realizó la Conferencia. Aquí se estableció que el psicólogo clínico debía necesariamente tener una formación de psicólogo; luego presentar un examen de acuerdo a ciertos de postgraduación. Por último la preparación clínica se concentraría en la evaluación, tratamiento e investigación.

²³²Término empleado (en el contexto de la extensión del psicoanálisis) para entender los trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos. La medicina psicosomática es el estudio y tratamiento de las enfermedades del cuerpo cuya causa principal es de carácter psicológico.

²³³La Psicología médica se refiere a los aspectos curativos que se dan en la interacción entre el médico y el paciente, en concreto en la enseñanza de la psicología que se imparte en la carrera de Medicina incluyendo una variedad de conocimientos psicológicos de interés en la formación médica.

²³⁴Santaolaya, op. cit.

²³⁵Op. cit.

La disciplina o campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por ésta, para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar y prevenir las anomalías o trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar. (p. 18)

Con relación a los fenómenos a los que se aplica o que constituyen el centro de atención de esta disciplina son en primer lugar, las denominadas anomalías o trastornos mentales o del comportamiento (entendidos estos en un sentido amplio del término y no sólo en el estrictamente psicopatológico) concedido en los manuales estandarizados. Así mismo se estudian y tratan cualquier comportamiento que sea importante en el proceso salud-enfermedad, sea normal o patológica y referido tanto a un individuo como a un grupo.²³⁶

El papel del psicólogo clínico está enfocado a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que padecen problemas emocionales y de adaptación, aunque su principal interés se concentra en la problemática individual del paciente. Así mismo, identificará, clasificará y analizará problemas en el área de salud mental, evaluará programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas, para posteriormente presentar alternativas que se adecuen a solventarlas. También deberá contar con las herramientas necesarias para diseñar y aplicar programas que brinden soluciones, así como dinámicas grupales; si así lo requiriera el caso.²³⁷ Las funciones del psicólogo clínico son variadas, entre ellas se tiene:

1. Evaluación. Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. Para poder realizar una evaluación el psicólogo deberá recabar de sus pacientes la información que abarca varios aspectos como: problemas, capacidad, conducta, actividad intelectual, etc., y la forma en que serán empleados estos datos variará conforme a la postura teórica del psicólogo, el objetivo que se persiga, el síntoma del paciente, etc. Los métodos que se emplean para recopilar la información son tan variados que se imposibilitaría realizar una lista en donde se especificara cada uno de ellos; sin embargo, se pueden catalogar de

²³⁶Santaolaya, op. cit..

²³⁷Harrsch, op. cit.

manera general en tres rubros: a) entrevistas clínicas b) pruebas psicológicas (test) o inventarios de personalidad, y c) observaciones.²³⁸

2. Entrevista clínica. La palabra entrevista sugiere una conversación formal, con cierto orden y coherencia, aunque también pueden variar de acuerdo a su contenido: semiestructurada (semidirigida) o informal. Cualquiera de estos modelos que se emplee le permitirá al entrevistador determinar el tipo de información buscada y que habrá de obtener según los objetivos que se persigan. Es también probable que al realizar la entrevista exista cierto escepticismo por parte del psicólogo pues la información que obtenga de su paciente denotará aspectos que se encuentran reprimidos en el inconsciente. Se necesita una gran experiencia y habilidad para realizar buenas entrevistas, ya que después de todo, se realizan con personas que se encuentran bajo una considerable tensión.²³⁹

3. Pruebas psicológicas. Se emplean como auxiliares en el proceso de evaluación estructurándolo aún más. Existen varios tipos de pruebas: proyectivas de la personalidad, inventarios de personalidad, pruebas para detectar disfunciones orgánico-cerebrales y pruebas de inteligencia.²⁴⁰

4. Observación. Bajo este rubro existen dos tipos de métodos, el directo y el indirecto. En el primero, el observador (psicólogo) entra en contacto directo con las actividades que lleva a cabo el sujeto (paciente). El observador llevará un registro (conducta-muestra) de las actividades que se realicen; puede ser medido a través de intervalos de tiempo o por sesión(es) según lo requiera el caso. En el segundo, el observador se encuentra registrando a una distancia pertinente (de preferencia fuera del alcance visual del sujeto), en su escenario normal, sin ningún intento por manipular su conducta.²⁴¹

5. Tratamiento. Este supone la intervención clínica sobre el paciente con el objeto de entender, "aliviar" y resolver trastornos psicológicos, emocionales, problemas de conducta, preocupaciones, etc.²⁴²

La actividad del psicólogo consistirá en "ayudar" a sus pacientes a solucionar los padecimientos que lo aquejan; puede tener como objetivo desde disminuir el estrés, la angustia, y el problema de conducta de una persona, hasta la prevención de los problemas

²³⁸Bernstein, N. (1982). Psicología clínica.

²³⁹Sarason & Sarason, op. cit.

²⁴⁰Ibid.

²⁴¹Papalia, D. & Wendkos, O. (1992). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia.

²⁴²Santaolaya, op. cit.

antes que aparezcan, realizando los cambios pertinentes. La intervención del psicólogo dependerá de la orientación, principios teóricos y epistemológicos que expliquen la aparición, desaparición o cura de estas instancias psicológicas. El nivel de intervención puede ser individual o grupal, y la duración de una sola sesión a un periodo de varios años. Finalmente es importante destacar que para una pronta recuperación deben tomarse en cuenta las metas que existen entre la relación psicólogo-paciente. La consejería, asesoría, consulta, enlace, prevención, promoción de la salud, investigación, enseñanza, supervisión, dirección, administración y la gestión, son funciones que puede realizar el psicólogo clínico. En su faceta de clínico se centra en el área de la salud mental, y en su faceta de psicólogo de la salud, en la problemática psicológica asociada a la enfermedad y salud física; e.g., los problemas relacionados con la adherencia al tratamiento, con la asunción del papel de enfermo, los trastornos emocionales derivados de la enfermedad, problemas vinculados con el apoyo familiar, etc.²⁴³

Finalmente, considerar a la Psicología Clínica de la Salud desde "otra" perspectiva, permite desterrar prejuicios sociales que encasillan al psicólogo en el mundo de lo "mental" y que en sí, perjudican al paciente porque ofrecen un modelo de salud dividido y dicotómico, que no relaciona lo mental con lo físico, separando para estudio e intervención lo que en realidad es indivisible.

1.3.4.3. Educación para la Salud

En los últimos años el campo de la educación para la salud ha presentado distintos momentos de desarrollo, impulsados tanto por las necesidades de la sociedad, así como por los adelantos de las distintas disciplinas que se inscriben en este proceso.

La educación es un proceso cuyo objetivo es coadyuvar al desarrollo integral del individuo, se habla de educación sólo cuando se ha conseguido un cambio. Esto se lleva a través de tres sistemas: formal, no formal e informal,²⁴⁴ la educación para la salud como

²⁴³ Ibidem.

²⁴⁴ El sistema formal se refiere al realizado por las instituciones educativas normadas por horarios, programas, comprobación sistemática del aprendizaje; el no formal es intencionado y sistemático, no regido por normas de tipo escolar, orientado a satisfacer un problema en un lugar y tiempo definido; y el informal que se sustenta en actividades a-sistemáticas y desorganizadas.

acción institucional se ubica en el sistema no formal, vinculado con los otros dos sistemas.²⁴⁵

En la Declaración de la Asociación Americana de Salud (1943), se definió a la educación para la salud (EPS) como un proceso de facilitación de experiencias y de aprendizaje deseables, por medio de las cuales la población se percata más de los problemas de salud y se interesa activamente en obtener soluciones.²⁴⁶

Para Álvarez (1995)²⁴⁷ la educación para la salud es una estrategia educativa orientada a favorecer estilos de vida saludables, por medio de la promoción de actitudes y hábitos de responsabilización con la salud propia y de la comunidad en la que se vive; más que la información de conocimientos en torno a la salud, es la enseñanza que pretende conducir al individuo y la comunidad a un proceso de cambio de actitud y de conducta para el ejercicio de los medios (herramientas) que le posibiliten la conservación y mejora de su salud.

Para Soberón, Kumate y Laguna (1988),²⁴⁸ la EPS es un proceso intencionado y dinámico que tiene por objeto procurar la participación activa y consciente de los individuos en beneficio de la salud, familia y comunidad, ayudando a propiciar un estilo de vida que disminuya los riesgos y refuerce la salud y productividad.

Es un proceso de enseñanza-aprendizaje que involucra tanto a quienes lo imparten (los educadores para la salud) motivando, informando y supervisando, como a los que la reciben realizando un cambio que se pretenda conseguir. Sin embargo, el cambio de actitud sólo se puede lograr a través de la aceptación y adopción consciente de las medidas de salud propuestas; es decir, es una acción que debe de llevar a cabo el individuo que se "educa", ya que opera una sustitución y modificación de los hábitos o costumbres establecidos por lo que se habla de un cambio lento y paulatino.

En la II Conferencia Internacional de Psicología de la Salud (PSICOSALUD'96) efectuada en Cuba, se definió a la educación para la salud como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas que tiene por objeto proporcionar sistemáticamente conocimientos teórico-prácticos, para el desarrollo consecuente de

²⁴⁵Soberón, G., Kumate, J. & Laguna, J. (1988). La salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural.

²⁴⁶Greene, W. & Simons-Morton, B. (1984). Educación para la salud.

²⁴⁷Álvarez, R. (1995). Educación para la salud.

²⁴⁸Op. cit.

actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y por último incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito básico para preservar en óptimas condiciones su estado de salud.²⁴⁹

Por lo que hasta aquí se revisó, es posible identificar que tantas posibles definiciones de educación para la salud existen, como visiones y enfoques de los diferentes profesionales de la salud hay; así pues, encontrar una definición que comprenda satisfactoriamente todos los aspectos implicaría tanto como tener una definición absoluta de salud; sin embargo para los objetivos del presente trabajo, sólo resulta necesario tener una visión general del concepto; y destacar en sí, la labor del educador para la salud, como uno de los primeros ámbitos profesionales en el que el psicólogo de la salud comenzó a desempeñarse.

La EPS es un proceso en el que todos los participantes interactúan e intercambian conocimientos, con la finalidad de favorecer, apoyar y asistir a los denominados "estilos de vida saludables"; se trastocan las formas de vida, pensar y ver de los sujetos, cambio que requiere de los conocimientos de las ciencias de la conducta así como de los profesionales en la salud. Por ello para Greene y Simons-Morton (1984)²⁵⁰ "el educador para la salud es un preparador de la escena psicológica, que estimula a la gente en la comunidad para reconocer los problemas de la salud de los que pueden estar ignorantes y trabajar para encontrar solución". p. 31.

En términos concretos -ya que en la primera parte del capítulo se explicó detalladamente- la ciencia de la conducta se ocupa de cómo y por qué las personas se comportan como lo hacen. De la psicología, sociología y la antropología se obtienen las posibles explicaciones de la conducta humana que resulta ser tan compleja para ser, clasificarla o diagnosticarla y realizar un cambio en ella.

Una de las principales aportaciones de las denominadas ciencias de la conducta son la identificación de los "determinantes primarios de la conducta",²⁵¹ mismos que son partícipes en cualquier estudio y aplicación de los programas enfocados a la promoción de la salud. Las predisposiciones psicológicas, los refuerzos ambientales y el contexto

²⁴⁹Dueñas, J. (1999). Educación para la salud.

²⁵⁰Op. cit.

²⁵¹Lejos de hablar de "determinantes", estamos de acuerdo que existen ciertos factores que posibilitan en mayor o menor grado que suceda un evento.

sociocultural, son aquellos aspectos básicos que se deben de tomar en cuenta para realizar una modificación o cambio en la persona.²⁵²

En este terreno cuatro orientaciones teóricas-psicológicas han realizado distintas aportaciones: el conductismo, la psicología cognitiva, la teoría del aprendizaje social y la teoría del cambio social. Los primeros se interesan en los efectos ambientales sobre la conducta, los segundos toman en cuenta lo anterior pero también les interesa qué sucede con el individuo de forma interna (es decir, con su sistema de valores, creencias, actitudes, etcétera), buscando lograr un cambio mediante las disposiciones internas cognoscitivas y afectivas de la persona. La teoría del aprendizaje social destaca que existe una acción recíproca entre las disposiciones psicológicas individuales y el ambiente social; por último, los métodos de cambio social se enfocan en las condiciones de vida de las personas en lugar de variar los hábitos de salud personal.²⁵³

Así pues, para Álvarez (1995)²⁵⁴ la EPS puede considerarse desde dos perspectivas: la de promoción de la salud y la preventiva; desde la primera capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludables, y desde la segunda, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias.

Para Byrne y Rozental (1994),²⁵⁵ la promoción de la salud "son las acciones sociales planificadas, encaminadas a mejorar y coordinar políticas de salud pública, reglamentaciones y leyes con la salud de la comunidad y de la población" (p. 77). En tanto actividad social busca crear estilos de vida que permitan mantener y realizar un estado de bienestar. Las conductas objetivo de la promoción de la salud que resultan ser campos de acción del educador para la salud son: el fumar, la nutrición, el uso del alcohol, uso de drogas, conducir, el hacer ejercicio, las prácticas sexuales y anticoncepción, el desarrollo familiar, el manejo de riesgos, tensiones, la adaptación, confrontación, y autoestima.²⁵⁶

Por otro lado, la prevención opera bajo tres niveles: primario, secundario y terciario. En la Estrategia Europea de "Salud para Todos" se definió a la atención primaria "como la participación de las personas de la comunidad que trabajaban en colaboración con personal

²⁵²Greene & Simons-Morton, op. cit.

²⁵³Ibidem.

²⁵⁴Op. cit.

²⁵⁵Op. cit.

²⁵⁶Greene & Simons-Morton, op. cit.

sanitario para planificar y entregar el cuidado médico".²⁵⁷ Se entiende por prevención primaria de salud el trabajo que efectúan los profesionales del primer nivel de atención de la salud; e.g., en el caso del especialista en salud mental su labor se centra en la orientación y en brindar información clara, precisa y operativa que les permita atender en forma eficiente algunos trastornos mentales que ven cotidianamente.²⁵⁸

Sin embargo, resulta difícil la prevención de "enfermedades mentales" por lo que una propuesta de prevención de la salud, se realizaría actuando sobre las circunstancias que tienen mayor problemática en el desarrollo del individuo; tal es el caso de la primera infancia, la pubertad y la menopausia. La prevención tendría que cubrir cinco aspectos: fomento de la salud en general, mejoramiento del ambiente general de vida en sus tres esferas (físico, psicológico y social), fomento del desarrollo de la personalidad, diagnóstico y tratamiento temprano de trastornos psicológicos, tanto en el niño como en el adulto.²⁵⁹

La realización de un diagnóstico temprano que corresponda al *malestar* del paciente brinda ciertas ventajas: las posibilidades de solución son más altas que cuando los padecimientos están ya muy avanzados; se minimiza el sufrimiento del afectado; y el costo de atención se reduce ampliamente en comparación a la intervención y hospitalización del paciente.

En este sentido el profesional de la salud posee el repertorio de habilidades para disminuir la posibilidad de que se presente algún padecimiento físico o "mental", aplicando medidas preventivas específicas tales como: la prevención de parálisis cerebral, prevención y tratamiento de aquellas infecciones que puedan afectar el tejido cerebral, evitar la procreación entre las personas portadoras de enfermedades hereditarias, control pre, peri y postnatal, evitar las deficiencias nutritivas, la oligofrenia por medio de la eugenesia, control prenatal, del parto y del puerperio, y en la educación de los padres, para el desarrollo familiar.²⁶⁰

La detección precoz se realiza a través de distintos mecanismos: en la formación del profesional de los equipos de atención primaria de la salud, en el diseño de programas comunitarios y en el autocuidado de la salud mental. La detección es un recurso para evitar

²⁵⁷Byrne & Rozental, op. cit. p. 80.

²⁵⁸Matralt, M. (1996). La dimensión sanitaria.

²⁵⁹San Martín, op. cit. Salud mental.

²⁶⁰Ibid. p. 257.

la cronicidad de las psicosis y las caracteropatías,²⁶¹ para prevenir que las adicciones se propaguen, evitar que las situaciones de estrés se conviertan en enfermedades psicosomáticas, o que las neurointoxicaciones laborales den pauta a daños cerebrales irreversibles.²⁶²

La prevención secundaria tiene como finalidad detectar de forma temprana algún padecimiento y hacer un cambio o anular la gravedad de los alcances de la enfermedad a través del diagnóstico, curación y educación en los pacientes,²⁶³ tal es el caso de los pacientes con enfermedades crónicas en los que se tiene que hacer una modificación en su estilo de vida (nutrición, actividades, control y supervisión de la enfermedad, empleo de medicamentos, etc.).

La prevención terciaria implica la rehabilitación o limitación de una incapacidad por medio de métodos médicos o educativos para reducir la sintomatología de algún padecimiento cuando ya está avanzado; e.g., en los pacientes hemipléjicos el tipo de ejercicio para su recuperación es un caso de esta prevención.²⁶⁴

La rehabilitación psicosocial como forma de atención y sustitución del hospital psiquiátrico propuesta por Ruiz (1996),²⁶⁵ es otro caso de prevención terciaria. En ésta se proponen dispositivos en la comunidad para atender, acompañar y sostener a los pacientes en crisis; de forma tal, que la inserción a hospitales para rehabilitación del paciente por tiempo prolongado sea la última alternativa. Para la autora, en la medida que crezcan las estructuras de soporte comunitario se actuará en la reinserción social y en la protección del paciente. La rehabilitación psicosocial pretende dar otra formación a los profesionales de la salud para obtener los siguiente objetivos: a) reducir la sintomatología por medio del empleo de fármacos, tratamiento psicológico e intervención social; b) suprimir las consecuencias de la reclusión en hospitales, acrecentar y reformar las habilidades sociales y capacidad psicológica para desarrollar su vida e insertarse a un medio social con alguna actividad ocupacional; c) evitar la estigmatización o etiquetación del paciente; y d) el empleo de programas de atención y defensa de los derechos del paciente.

²⁶¹Se refiere al conjunto de disposiciones congénitas patológicas (enfermizas, irregulares, mórbidas, etc.) que conforman al individuo.

²⁶²Matrajt, op. cit.

²⁶³Greene & Simons-Morton, op. cit.

²⁶⁴Ibidem.

²⁶⁵Ruiz, op. cit.

Sin embargo en el caso de México existen pacientes crónicos, aislados por la institucionalización prolongada, por la ausencia de proyectos de atención y reinserción social fuera de los hospitales, mismos que son atendidos solo con tratamiento farmacológico, debido a la carencia de formas de trabajo de corte inter y multidisciplinario de forma interna.

La educación para la salud como muchas otras profesiones en formación, en su esfuerzo por legitimar y mejorar su labor, se ha integrado y legislado al sistema curricular de los programas educativos desarrollados a partir del contexto social;²⁶⁶ a pesar de ello, se considera que gran parte de los profesionales en este ramo se forman en el desempeño de su trabajo, es decir a través de la práctica y contacto con el paciente y su padecimiento, ya que como hemos mencionado anteriormente, es éste, producto de la forma en cómo vive el "enfermo" su malestar.

En este sentido, el conductismo, la gestalt, el humanismo y las teorías psicodinámicas han hecho aportaciones en la construcción de la educación para la salud. En el caso del conductismo, la aportación más sobresaliente es el concepto de la conducta operante²⁶⁷ como herramienta para la modificación del comportamiento voluntario gracias a los procedimientos instrumentados de recompensas y estímulos de aversión; de igual forma, el condicionamiento respondiente enfocado hacia la manipulación de estímulos para ocasionar un comportamiento reflejo, involuntario; mismo que se aplica en el caso de las terapias de aversión para el tratamiento del alcoholismo.

Por el contrario, los psicólogos gestálticos lejos de interesarse por la respuesta del individuo, analizan cómo los distintos estímulos o mensajes pueden influir en el comportamiento en un medio particular, en la comprensión de los conceptos y la adquisición de habilidades, para lo cual "los fenómenos de intuición"²⁶⁸ son partícipes del

²⁶⁶Soberón, et al., op. cit.

²⁶⁷Conducta cuyas propiedades pueden ser modificadas por su efecto en el ambiente; denominado instrumental, es emitida porque está controlada por las consecuencias.

²⁶⁸La característica del aprendizaje intuitivo es la interrupción en la actividad de quien aprende durante la cual las alternativas posibles de respuesta se "suponen" ya estudiadas y la solución se "ve" repentinamente (experiencia Eureka); i.e., el estudiante experimenta una clarificación repentina que puede aplicar en situaciones posteriores cuando esta solución le parezca útil.

proceso de aprendizaje significativo y no memorizado, mismo que puede repetirse y aplicarse en diversas situaciones.²⁶⁹

De igual forma es fundamental el valor que adquieren ciertas situaciones o conceptos esto es, el grado de importancia de las representaciones o ideas internas en la persona. Cada uno tiene un aspecto cognoscitivo que se relaciona con lo intelectual y un aspecto emocional con relación a qué tan valioso es para la persona. En este sentido, la psicología humanista está dirigida a uno o varios conceptos relevantes que se forman en el individuo, esto es al concepto del yo y al concepto de sí mismo que incide en la forma de comportarse.²⁷⁰

Por otro lado, las teorías psicodinámicas no han sido tan útiles en el campo de la educación para la salud, ya que la terapéutica requiere de la capacitación especializada y de mayores recursos, por lo que resulta no ser tan práctico como la aplicación de los fundamentos conductuales en el comportamiento diario. Su aplicación en este campo se basa en el principio del determinismo psíquico y el principio de motivación inconsciente de Freud.²⁷¹

En este apartado se han tratado fundamentos que son de suma importancia para el desempeño de trabajo del educador para la salud. A pesar de la información existente sustentada teórica y metodológicamente, la mayoría de los profesionales en este ramo aprenden a enseñar en una base pragmática de aprendizaje sin recurrir a la teoría. Sin embargo, resulta evidente el empleo de esta base para incidir en el comportamiento del paciente. La finalidad es sólo destacar las aportaciones que se han realizado desde el conocimiento psicológico, mismas que son bases fundamentales para la construcción y aplicación de la educación para la salud; el psicólogo de la salud tiene sus bases en este campo como forma de trabajo hospitalario, ya que la labor propiamente clínica está a cargo de los médicos y psiquiatras.

De igual manera, se ubicó en las principales labores o ámbitos de actuación del psicólogo en las instituciones hospitalarias, y con ello referimos a lo que hace y puede hacer este profesional, así como las herramientas teórico-metodológicas que orientan su

²⁶⁹Greene & Simons-Morton, op. cit.

²⁷⁰Ibid.

²⁷¹Ibidem.

labor como tal, ejemplo de ellas son el conductismo, el psicoanálisis, el humanismo, la escuela cognitivo conductual y el enfoque sistémico.

Ahora bien, en términos referidos al proceso salud-enfermedad, las formas de conducirse del hombre sano y del enfermo no pueden estudiarse si se separan de su circunstancia social-cultural. Definimos nuestra realidad social a partir de organizaciones que determinan y son determinadas por un conglomerado de procesos sociales.

Comprender todos estos aspectos brindan herramientas para promover la salud, prevenir la enfermedad, facilitar la experiencia de la misma mejorando los tratamientos e intervenciones, así como la interacción del enfermo con la organización sanitaria. En esto último, es necesario resaltar la importancia que tiene la estructura de los Servicios de Salud, los niveles de atención que se manejan en el Sistema Nacional de Salud y cómo estos determinan el tipo de atención que se dará al paciente. Por ello, en el siguiente capítulo se abordará de manera general, con la finalidad de ubicar los servicios de salud en México y contextualizar la labor del psicólogo en esta estructura.

CAPÍTULO II

LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

2.1. Los Servicios de Salud Pública en México

La salud humana se obtiene a través de la interacción múltiple y compleja de distintos factores y procesos que posibilitan un estado de "bienestar" físico, mental y social. A pesar de lo difícil que resulta tener un concepto universal de la salud, se tienen ciertos factores subyacentes que se encuentran relacionados con la obtención de ésta. Tal es el caso de las características genéticas y biológicas de la persona, los efectos del medio ambiente, los factores comportamentales (individuales y colectivos), así como la respuesta que la sociedad ofrece para resolver y solventar los conflictos de salud, por medio de la organización y operación de los servicios.

Con el objeto de asistir y cuidar la salud individual y colectiva, el Estado Mexicano ha participado en el campo de la salud.¹ A partir de la promulgación de la Constitución de 1917, ha ocurrido una serie de sucesos que evidencian dicha participación: 1) la creación de dos grandes instituciones: el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia Pública, mismas que posteriormente se fusionaron para ser las principales instituciones de seguridad social; 2) el desarrollo de programas de extensión de cobertura; 3) los servicios rurales y cooperativos, el Plan Nacional de Hospitales, la construcción y operación de Centros de Salud, la creación del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (que posteriormente se transformó en el Instituto Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia); 4) los primeros esfuerzos de coordinación entre los Estados y la Federación, quienes crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados; y finalmente, 5) la modernización de la legislación de salud, por medio del Código Sanitario de 1934 hasta su actualización en 1973. El Plan Nacional de Salud de ese año, destacó que la salud individual resultaba indispensable para obtener la salud colectiva y que ésta a su vez, condiciona los factores más eficientes para lograr la primera, a través de programas dirigidos a la salud comunitaria, a la atención personal y a las distintas áreas de apoyo,

²⁷²Vid. Obras de Álvarez, Amézquita y Bustamante en Soberón, et al., op. cit.

producción de biológicos y control de medicamentos, investigación, formación y desarrollo de recursos humanos y servicio social de estudiantes y profesionistas.²⁷³

Gracias a los recursos internacionales y al apoyo proveniente de la industria petrolera se realizó una considerable ampliación a la cobertura de servicios de salud, principalmente los de primer nivel para poblaciones marginadas rurales y urbanas. En 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR y el de Extensión de Cobertura en Áreas Urbanas Marginadas.²⁷⁴

En 1981 se creó la Coordinación de los Servicios de Salud, con la finalidad de determinar los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos indispensables para la integración de los servicios públicos de salud, en un Sistema Nacional que brindara cobertura a toda la población. En 1982 por medio de una consulta popular sobre salud y seguridad social se recogieron elementos que aunados a la Coordinación de los Servicios de Salud, se formularon en iniciativas de ley mismas que definieron las estrategias para conformar el Sistema Nacional de Salud.²⁷⁵

En 1982 el gobierno determinó que el Plan Nacional de Desarrollo diera prioridad a la salud y se instruyó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la descentralización de la vida nacional y la planeación democrática, entre otros. Los objetivos básicos fueron: conservar y fortalecer las instituciones democráticas, vencer la crisis, recuperar la capacidad de crecimiento e iniciar los cambios cualitativos; en el campo de la salud se debería tener una cobertura nacional, mejorar el nivel de salud de la población, contribuir con respeto íntegro a la voluntad de la pareja, al crecimiento demográfico de acuerdo al desarrollo económico y social del país y promover la protección social especialmente en niños, ancianos y minusválidos.²⁷⁶

El 30 de diciembre de 1982 en el decreto del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley del IMSS y la Ley del ISSTE, se modificaron para incluir a la SSA dentro de sus órganos de gobierno.²⁷⁷

²⁷³ Soberón et al., op. cit.

²⁷⁴ Ibid. p. 14.

²⁷⁵ Las tesis y acciones esenciales se recopilan e integran en el libro "Hacia un sistema nacional de salud" de Soberón, G., & Lombardo, P., et al. (1983) publicado por la Universidad Nacional Autónoma de México.

²⁷⁶ Soberón et al., op. cit.

²⁷⁷ Ibid. p. 45.

Los objetivos básicos del Sector de Salud fueron: 1) integrar un sector de Administración Pública Federal tradicionalmente disperso, 2) consolidar un sector administrativo fundamental para la concertación e inducción de acciones con los sectores social y privado, 3) posibilitar la programación integral y el desarrollo del programa presupuesto en el Sector, 4) preservar y fortalecer la autonomía orgánica y técnica de las entidades sectorizadas, 5) crear la infraestructura requerida para coordinar el Sector Salud y el programa sectorial de salud, 6) conformar un mecanismo que permita interrelacionar los programas, sistemas, recursos, estructuras y funciones del Sector Salud, 7) organizar el Sector Salud como un subsistema del Sistema Nacional de Planeación Democrática, 8) armonizar e impulsar los sistemas de asistencia social, médica, vigilancia epidemiológica y control sanitario, 9) uniformar y desarrollar integralmente la organización y el funcionamiento de las entidades del Sector y por último, 10) desarrollar la infraestructura que permita la programación intersecretarial y regional para la salud.²⁷⁸

A partir de la creación de la Secretaría de Asistencia en 1937 (misma que en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia), se definieron las facultades para organizar, administrar y controlar la prestación de los servicios de salud. En 1985 se modificó la denominación de la dependencia en "Secretaría de Salud" y en esta etapa la dependencia se caracterizó por el propósito de establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud.²⁷⁹

Ahora bien, existe una población que no tiene la posibilidad de contratar servicios privados de salud y que tampoco tiene relaciones formales de trabajo que le brinden la seguridad social. A este tipo de población se le denomina población abierta. En 1984-1988, se estableció un Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta, mismo que constituye la estructura operativa fundamental del Programa Nacional de Salud. Las características del modelo son: ser mixto (con la colaboración de profesionales y técnicos, no profesionales); integral accesible, flexible, gratuito, eficiente y universal. En la red hospitalaria para la población abierta se encuentran: el Hospital General de México, el Hospital Juárez, el Hospital General Doctor Manuel Gea González, Los Hospitales Generales de los Estados, Los Hospitales Psiquiátricos, El Instituto Nacional de

²⁷⁸Ibidem. pp. 47-48.

²⁷⁹Ibidem. El cambio estructural.

Comunicación Humana. El Instituto Nacional de Ortopedia y El Instituto Mexicano de Rehabilitación entre otros.²⁸⁰

El avance de las ciencias biomédicas, la transformación de la medicina, de la salud-enfermedad, la incorporación de nuevas tecnologías, así como el incremento de distintas patologías hicieron necesario que el sistema Nacional de Salud contara con apoyo científico y de vanguardia. Esto originó la integración de los Institutos Nacionales de Salud como un subsector del Sector Salud, aquí se reúnen institutos que prestan servicios asistenciales de alto nivel a la población no derechohabiente. Existen 10 institutos que constituyen este subsector y son: El Hospital Infantil de México HIM "Federico Gómez" (1943), El Instituto Nacional de Cardiología INC "Ignacio Chávez" (1944), El Instituto Nacional de Nutrición INN "Salvador Zubirán" (1946), El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía INNN (1952), el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias INER (1959), el Instituto Nacional de Pediatría INP (1970), el Instituto Nacional de Perinatología INP (1977), el Instituto Mexicano de Psiquiatría IMP (1979) y el Instituto Nacional de Salud Pública INSP, del Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas y de la Escuela de Salud Pública de México (1987).²⁸¹

Este subsector trabaja bajo la política de operación de acuerdo con el Programa Nacional de Salud, con estrategias definidas para ofrecer servicios a la población de todo el país, en casos graves que requieran de tecnología específica para el diagnóstico de terapéutica compleja. Los institutos cuentan con una tradición en investigación biomédica, clínica y sociométrica que ha sido la cuna de grandes investigadores en el ámbito nacional e internacional, así mismo la docencia se efectúa dentro de los institutos como actividad inherente a su función central, cuenta además con programas de formación especializada, atención médica de tercer nivel y proyectos prioritarios multi e interdisciplinarios.²⁸²

El Sistema Nacional de Salud proporciona atención médica (medicina preventiva, curativa y rehabilitación), salud pública (educación para la salud, orientación nutricional, salud ambiental, salud en el trabajo, prevención de accidentes y otras enfermedades) y

²⁸⁰Soberón, G., Kumate, J. & Laguna, J. (1988). La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo II. Problemas y programas de salud.

²⁸¹Méndez, R. (1988). La Comisión coordinadora de los institutos nacionales de salud.

²⁸²Para la documentación y revisión de cada una de las instituciones nacionales de salud, ver Soberón, Kumate, & Laguna. (1988). La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo III. Desarrollo institucional. Secretaría de Salud.

asistencia social (asistencia a menores abandonados, cuidado de ancianos desamparados y atención a minusválidos). El coordinador de todo el sistema es la Secretaría de Salud, integrada por los siguientes subsectores: la Secretaría de Salud (coordinador), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios Médicos de Defensa Nacional, Marina Nacional, PEMEX, Institutos Nacionales de Salud, y el Subsector de Asistencia Social integrado por el Desarrollo integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ).²⁸³

Ahora bien, existe una clasificación que se le otorga a los servicios de salud de acuerdo a las características que presenten; es decir, conforme a los servicios que ofrezcan actividades que en ellos se realicen, así como a la demanda poblacional que esperen abarcar; nos referimos a la estructura de los servicios de salud y con ello a los niveles de atención.

2.2 Estructura de los Servicios de Salud

Para poder precisar los niveles de atención, se realizaron estudios y/o encuestas que permitirían conocer la demanda de la población que acudía a las Instituciones de Salud. El resultado de estos estudios demostró que el 80% de las enfermedades son atendidas por profesionales generales, en un 15% se requiere de profesionistas con alguna especialidad para atender la particularidad de la patología y que al mismo tiempo permita al paciente una rehabilitación satisfactoria. Finalmente un 5% de éstas tendrían que ser tratadas por subespecialidades clínicas o quirúrgicas para atender esa demanda como se requiere.²⁸⁴

Este planteamiento pretendió entonces asignar a cada porcentaje un nivel de atención obteniendo un esquema de forma piramidal: 1° nivel de atención con el volumen más denso de la población 80%; 2° nivel de atención con 15% y 3° nivel de atención con un 5%. Sin embargo, a partir de la experiencia de los casos atendidos y la complejidad que éstos presentaban, se requirió de la creación de un 4° nivel de atención.²⁸⁵

²⁸³Vargas, A & Palacios, V. (1993). Educación para la salud. Atención de la salud en México.

²⁸⁴Gómez, H. & Galán, R. (1996). Niveles de atención en salud y grados de complejidad.

²⁸⁵Ibid.

Finalmente, Gómez y Galán (1993)²⁸⁶ definen los niveles de atención como "agrupaciones de Instituciones de Salud que permiten clasificar las actividades finales, intermedias y administrativas que pueden realizar, para satisfacer las necesidades de las personas que demandan atención". p.123

Según Galán (1993)²⁸⁷, Gómez (1996)²⁸⁸ y Gómez y Galán (1993)²⁸⁹ los niveles de atención se dividen en cuatro, y en cada uno de ellos se proporcionan ciertos servicios.

2.2.1 Primer Nivel de Atención

Se encuentran los Centros de Salud, Clínicas Generales o Familiares, Casas de Salud, consultas a domicilio, etc. Aquí se establece el primer contacto de la comunidad "enferma" y el personal de salud. En este sector se promueve la salud, se previenen, tratan y curan padecimientos "sencillos" y se controlan enfermedades crónicas. El enfoque que se maneja es integrador. En este nivel se atiende a la población sana promoviendo la salud (tal es el caso cuando se efectúan campañas de vacunación o esterilización), se atiende a los habitantes que viven alrededor del Centro, en algunas ocasiones los prestadores del servicio acuden a los domicilios aledaños para vacunar, o se brinda el servicio en consultorios o en la misma comunidad. Laboran profesionales (principalmente médicos generales), parteras y estudiantes que trabajan en equipo atendiendo a las comunidades.

2.2.2 Segundo Nivel de Atención

Se encuentran los Hospitales Generales, Consultas Externas Generales, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, etcétera. Se prestan servicios de consulta externa y hospitalización en general. Acuden pacientes que requieren de atención especializada y que ya han tenido contacto con el primer nivel de atención. Se ocupa de población que requiere de atención específica y especializada, se atienden a grandes grupos de pacientes, los servicios se otorgan en consulta externa y salas de hospitalización; se le da a los pacientes

²⁸⁶Op. cit.

²⁸⁷Galán, R. (1993). Niveles de atención médica.

²⁸⁸Gómez, H. (1996). Organización estructural y funcional.

²⁸⁹Op. cit.

un diagnóstico y tratamiento temprano, laboran médicos generales o familiares, especialistas (pediatras, ginecólogos, neurólogos), y algunos técnicos especializados. El psicólogo colabora en algunos departamentos hospitalarios como en Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, asistiendo de forma individual al paciente.

2.2.3 Tercer Nivel de Atención

Se encuentran aquí los Hospitales Especializados, Centros Médicos, Centros Hospitalarios, Hospitales Universitarios. La atención es especializada, las enfermedades que requieren de intervenciones quirúrgicas, con el apoyo de equipos altamente tecnificados, son atendidas por personal científico, médico, paramédico y técnico altamente especializado. Se atiende a la población enferma con problemas de salud poco frecuentes (tumores, infartos, fracturas de columna, etc.), sirve a grandes sectores de la población, la atención es episódica y discontinua, centrados en la curación y la rehabilitación, y laboran personal científico y calificado; técnico altamente especializado y paramédicos. En México la participación del psicólogo solo está establecida de manera estructurada y organizada en hospitales de este nivel.

2.2.4 Cuarto Nivel de Atención

En este nivel se encuentran los hospitales que brindan servicios compuestos por equipos de profesionales multidisciplinarios, para resolver una o varias patologías que se presenten simultáneamente; asimismo estarán determinados por el grado de complejidad constituido por técnicas y aparatos de óptimo desarrollo (tecnología de punta) en el campo quirúrgico como: trasplantes y microcirugía, en lo que concierne al campo de las imágenes diagnósticas; escáner, resonancia magnética nuclear y radiología digital; de igual forma en los laboratorios clínicos; técnicas de radio inmunoensayo.

Con lo anterior, las diferentes Instituciones de Salud pueden clasificarse de acuerdo al grado de atención médica que brinden, por lo que el eje fundamental que los compone

estará dividido en atención médica y saneamiento básico,²⁹⁰ medidas básicas que deben tomarse en cuenta para la estructura de un Hospital.

Respecto a la atención médica las instituciones pueden ser clasificadas en:

a) Áreas básicas de atención: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia, Psiquiatría, Trauma y Rehabilitación.

b) Servicios de apoyo en el campo diagnóstico y terapéutico: Electromedicina, Endoscopia, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnósticas, Anatomía Patología y Atención Ambulatoria, tanto en Consulta Externa como en el servicio de Urgencias.

En cuanto al saneamiento básico incluye 4 niveles de complejidad:

Nivel 1. Se caracteriza por el suministro de agua potable, sistemas adecuados de eliminación de excretas y control de basura.

Nivel 2. Además de incorporar los elementos anteriores, también comprende el control de los establecimientos públicos, alimentos, vectores y roedores.

Nivel 3 y 4. Control de Tierra, Agua y Aire.

De manera general, se explicó la conformación de los Sistemas de Salud en México; evidentemente cada institución tiene una estructura y legislación en particular, que condicionan el tipo de Servicio en Salud que se brinda a la población. Sin embargo, a pesar de existir una normatividad institucional, esto no garantiza que los servicios sean de competencia y calidad en favor del paciente; aunado a lo anterior la demanda de población abierta, así como la que vive en zonas conurbanas, resulta mayor en comparación de los que cuentan con servicios de salud públicos o privados. Estas dos situaciones llegan a obstaculizar la rápida atención del paciente quien es el actor principal en el proceso salud-enfermedad.

En los servicios de salud se encuentran varios profesionales y no profesionales, quienes laboran de acuerdo a funciones específicas. En el siguiente capítulo se explicará y resaltaré la importancia del trabajo en grupo, y en particular del Equipo Multidisciplinario.

²⁹⁰Galán, op. cit.

CAPÍTULO III

CONSIDERACIONES TEÓRICAS PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

3.1 El Trabajo Multidisciplinario

En el transcurso de las últimas décadas se ha incrementado a la par de los avances tecnológicos y científicos, la especialización del trabajo en los servicios sociales y de salud y por ende, la complejidad de las organizaciones y estructuras para el manejo de casos individuales ha sufrido cambios radicales, ya que resulta evidente la importancia que tiene el tratamiento de enfermedades y padecimientos complejos. Para ello se requiere de distintos profesionales que desempeñen funciones específicas, por lo que es menester el trabajo multidisciplinario.

Actualmente en la labor comunitaria resulta necesario la inter y multidisciplinariedad como forma de trabajo en grupo; esto es, de un trabajo en equipo territorializado, coordinado y entendido desde una visión biológica, psicológica y social para comprender y proyectar la asistencia.¹

Mares (1989)² define a la multidiscipliplina como la actividad en la que varias disciplinas interactúan en el ámbito práctico y en diferentes niveles tomando en cuenta las características del objeto de estudio.

Para abordar cualquier campo determinado o situación concreta caben múltiples disciplinas que concurren en su resolución. La multidisciplinariedad da cuenta de las disciplinas, ciencias o ramas del conocimiento que tienen que ver y dan razón del saber sobre lo concreto de un problema. En el ámbito de la Salud Mental convergen la Psiquiatría, la Psicología, los Servicios Sociales, Terapias, etc., que manifiestan los diferentes aspectos que operan en la realidad que se aborda.

²⁹¹Menéndez, op. cit.

²⁹²Cit. pos. Escobar, S. & Farfán, L.(1997). El Equipo multidisciplinario que labora en la atención del niño maltratado. p.65.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La interdisciplinariedad alude al método, al modelo a la aplicación de los conocimientos, de la técnica del trabajo y a la visión que se construye en el desarrollo de un conocimiento o conjunto de conocimientos y disciplinas.²⁹³

La interdisciplina es una labor en la que participan especialistas de diversas ramas que a través de la práctica en común, manifiestan las diferencias para confluir en un saber colectivo que se reconstruye día a día. Esto es, la interdisciplina no es una suma de saberes, o un conglomerado de conocimientos, trabajos y prácticas grupales que se "unen" para dar tratamiento, sino una forma de conocimiento aplicado que se origina en la intersección de saberes; por ende, es una forma de entender y abordar una problemática en común.²⁹⁴

Para Menéndez (1998)²⁹⁵ la multidisciplinariedad hace referencia a las distintas disciplinas, a la división de los campos científicos, al desarrollo y necesidades de las ramas del saber, a lo específico y propio del desarrollo científico-técnico y a la profundización de los conocimientos.

En el campo de la Salud Mental, se refleja la necesidad de una asistencia que tome en cuenta a los profesionales que atienden las diversas problemáticas que existen en dicho campo. Para ello se necesita saber cómo se articularán y actuarán dichos conocimientos y el marco o modelo de intervención con el que se trabajará. Por lo tanto, si multidisciplinariedad se refiere a las disciplinas y ramas del conocimiento, interdisciplinariedad se refiere al método y modelo de aplicación, a la forma en cómo estas disciplinas se aplican o se realizan.

Lo que actualmente se considera como trabajo inter y multidisciplinario es resultado de diversos trabajos ubicados en distintos ámbitos. Los orígenes de lo que hoy se denomina *Equipo Multidisciplinario* (EM) se ubican a partir de 1920 en los Estados Unidos, donde se constituyen las clínicas de asesoramiento infantil. El auge del movimiento de higiene mental, motivó que tales dispositivos fueran considerados el medio más adecuado para la prevención de trastornos mentales de la población. Aquí, por primera vez se integraron el psiquiatra, el psicólogo y el trabajador social para formar un equipo terapéutico que

²⁹³ Menéndez, op. cit.

²⁹⁴ Gomezjara, F. & Ávila, R. (1989). Salud comunitaria. Teoría y técnicas. XV. El Trabajo en equipo e interdisciplinario.

²⁹⁵ Op. cit.

atendiera a niños, pues se consideraba que se podían curar mas rápidamente de algún trastorno mental que los adultos.²⁹⁶

Las aportaciones conceptuales que dieron pauta a la formación de equipos, son producto de diversas áreas, entre ellas: en el campo de la industria: Elton Mayo (1880-1950), y en el trabajo con grupos: los psicólogos Kurt Lewin (1890-1946), J. L. Moreno (1989-1974) y el médico psiquiatra Wilfred Bion (1897-1979).

Las aportaciones de Elton Mayo se centran en el trabajo en grupo, según él esto determina la moral propia, definida como la existencia de un sentimiento de pertenencia al grupo por medio de la adhesión a los objetivos comunes. Para Mayo las modificaciones en las condiciones materiales representan un factor secundario en la mejoría de los rendimientos.²⁹⁷

Desde el campo de la psicología social experimental, se retoma el término de dinámica de grupo acuñado por Kurt Lewin a quien se le adjudica la "Teoría de Campo y el Espacio Vital".²⁹⁸ Los experimentos que realizó sobre autocracia y democracia le permitieron concluir que existían tres posibles climas sociales: autoritario, democrático, y *laisser-faire*.²⁹⁹ De estas investigaciones obtuvo que el tipo democrático resultaba ser el más eficaz, ya que proporcionaba mayores satisfacciones a cada uno de los miembros del grupo. Sin embargo, éste se encuentra sometido a presiones internas e institucionales de las que no puede sustraerse por completo.³⁰⁰

Otra aportación conceptual a la formación de los equipos multidisciplinares está basada en los trabajos de Moreno, quien creó una técnica sociométrica denominada sociograma, en la que se pone de manifiesto una "radiografía de lazos socio-afectivos del grupo" que se establece con base en la simpatía, antipatía o indiferencia entre los miembros del grupo; y deja a la luz otros líderes, jerarquías, roles, etc., que no necesariamente

²⁹⁶Mancheño, J. & Alonso, P. (1999). El Equipo multidisciplinario: Funciones y roles. Inconvenientes y ventajas.

²⁹⁷Ibidem.

²⁹⁸Para Lewin, cada individuo existe en un campo psicológico de fuerzas que determina y limita su conducta, este campo lo denominó "espacio vital" que es un espacio subjetivo, porque se refiere a como cada individuo percibe el mundo.

²⁹⁹Estos experimentos permitieron demostrar la influencia que tiene el tipo de liderazgo sobre la conducta de los miembros del grupo, e.g., en los liderazgos autocráticos, había más conductas hostiles y agresivas que en los grupos liderados democráticamente; en los liderazgos *laisser-faire* la agresividad era aún mayor, debido a que no estaba controlada por algún líder.

³⁰⁰Board, R. op. cit.

coinciden con el organigrama del grupo.³⁰¹ Sin embargo, se habla de la necesidad de un líder para la seguridad y operacionalidad del grupo. Su posición se efectúa con base en la funcionalidad, en el consenso, las aptitudes, habilidades y la colaboración responsable en las tareas de trabajo.

Por último, de las experiencias en grupo de W. Bion se sabe que todo grupo de trabajo opera bajo dos niveles: uno latente, que se refiere a la fantasía grupal que es la creencia emocional compartida por todo el grupo que los impulsa a tener fantasías y deseos; y otro manifiesto, que denota los elementos más racionales y científicos. Por lo tanto, el líder es el portavoz y surgirá en función de este clima emocional y no necesariamente coincidirá con el elegido por la institución.³⁰²

El trabajo en equipo de salud es una tarea grupal-social en el que se efectúan labores profesionales, culturales, políticas e interpersonales dirigidas a la toma de conciencia del papel que se desea desempeñar, dentro de la institución, para que con su práctica explícita e implícita se comprometa al desarrollo autogestionario de la comunidad con la finalidad de mejorar las condiciones y servicios de salud.³⁰³

El equipo de Salud según la OMS es el "grupo de personas con un objetivo en común, al que cada uno de los miembros contribuye conforme a su competencia y capacidad en coordinación con las funciones de los demás".³⁰⁴

Ahora bien, hablar de grupo resulta complejo ya que se deben de tomar en cuenta múltiples aspectos para tratar de entender qué es, cómo funciona y sobre todo saber qué y cómo se vive dentro éste.

El grupo es descrito como un "conjunto estructurado de personas definido por las interrelaciones que existen entre sus miembros y por la conciencia que estos tienen de pertenecer a este conjunto".³⁰⁵

Para Bales³⁰⁶ un grupo pequeño es:

³⁰¹Mancheño & Alonso, op. cit.

³⁰²Ibidem.

³⁰³Gomezjara & Ávila, op. cit.

³⁰⁴Mancheño & Alonso, op. cit. p. 3.

³⁰⁵Diccionario de Psicología Moderna. p. 198.

³⁰⁶Cit. pos. González, J., Monroy de Velazco, A. & Kupferman, E. (1978). Dinámica de grupos. Técnicas y tácticas.

Cualquier número de personas que interactúan entre sí cara a cara, en un encuentro o en una serie de encuentros, en donde cada miembro recibe una percepción de los demás participantes, lo bastante distintiva que lo capacita en ese momento o en un interrogatorio posterior, para dar una reacción a cada uno de los otros miembros como persona individual. (p. 14)

Según Newcomb (1970)³⁰⁷ un grupo se constituye cuando dos o más personas comparten normas con respecto a ciertas cosas y cuyos roles sociales están entrelazados entre sí. El trabajo en común en equipo, implica un sistema en el que cada miembro depende o se define en términos recíprocos; con ello lo que incide en un miembro repercute en el equipo. Los rasgos distintivos de grupo, normas compartidas y papeles (o roles) entrelazados, presuponen una relación de interacción y comunicación intelectual y afectiva.

Cabe destacar que el término grupo puede hacer referencia a un fenómeno, es decir, a una realidad tal y como se nos presenta (grupo como objeto empírico) o puede hacer referencia a una construcción conceptual (grupo como objeto teórico),³⁰⁸ desde este último un grupo puede definirse a partir de una serie de elementos constitutivos que, si se constatan en la realidad configuran una situación grupal. Entre estos elementos Pichón Riviere (1905-1979) menciona la cantidad de elementos, la organización espacio temporal, la mutua representación interna, la tarea, estructura, función, cohesión y finalidad.³⁰⁹

La cantidad restringida de personas deviene de la necesidad de que todos los integrantes del grupo se conozcan "cara a cara" e interactúen directamente entre sí, de igual forma deben reunirse en lugares y en momentos más o menos constantes. La representación interna se refiere a que cada miembro proyecta su grupo interno sobre los demás miembros, con lo que las diferentes representaciones internas del grupo y los miembros que la sustentan se articulan entre sí constituyendo la unidad grupal. La tarea alude al medio por el cual el grupo alcance su finalidad, es "la marcha del grupo hacia un

³⁰⁷Newcomb, T. (1970). Manual de Psicología Social.

³⁰⁸Los grupos como objetos empíricos son por ejemplo una familia, un equipo de trabajo, un grupo de estudio, etc. mientras que ejemplos de grupos como objetos teóricos son la conceptualización de grupo de Kurt Lewin, la de Wilfred Bion o la de Pichón Riviere.

³⁰⁹Pichón Riviere. op. cit.

objetivo, es un hacerse y un hacer dialéctico hacia una finalidad". La estructura, función de un grupo cualquiera, están dadas por el interjuego de mecanismos de asunción y adjudicación de roles. El rol, su nivel y el status, se ligan a los derechos, deberes e ideologías que contribuyen a la cohesión de esta unidad grupal.³¹⁰

En relación con este marco teórico, dos o más personas constituyen un grupo psicológico si han elegido el mismo objeto-modelo (líder) o los miembros ideales, o ambos en sus *superegos* y por lo tanto, se han identificado entre ellos. La formación de grupos también sucede cuando varios individuos han usado los mismos *objetos* como medios de liberación de conflictos internos similares; así mismo, el líder podría ser objeto de identificación con base en el amor o en el miedo que por él tienen los miembros del grupo, es un objetivo de las *pulsiones* de amor, agresión o ambas.³¹¹

Hasta aquí se tiene en términos generales que el grupo cuenta con antecedentes, un esquema o patrón de participación, un proceso de comunicación, cohesión y tensión; una atmósfera (disposición emocional), un patrón sociométrico, una estructura y organización, procedimientos, normas, metas y papeles o roles implícitos y explícitos, que son básicos para entender la conformación de un grupo y para con ello, poder evidenciar de cierta forma lo que sucede en él. Aunque se incluyen algunos marcos teóricos en la descripción de grupos, la utilidad que nos ofrece cada uno nos permite ubicar los orígenes de lo que actualmente se conoce como equipo multidisciplinario y finalmente hablar propiamente de los equipos de salud.

En los servicios de salud mental se interrelacionan psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales, terapeutas, enfermeras y auxiliares quienes tienen características y funciones específicas dispuestas desde la institución. Todos los profesionales forman el equipo de atención para la salud "mental y la función que desempeñen en el mismo dependerá de su categoría laboral y profesional, del objeto de trabajo, el nivel de intervención y las técnicas particulares de su profesión. Por lo tanto, el equipo de salud tiene algunas características que lo hacen tener una base sólida para una eficaz atención; entre ellas están: el trabajo multidisciplinario, coordinado e integrado, que permita el conocimiento integral de personas o situaciones, que conduzca a la emisión de un

³¹⁰Ibid. Tarea y finalidad.

³¹¹González, et al., op. cit.

diagnóstico oportuno y tratamiento completo; no obstante, esto se logra por medio de la colaboración, del compartir objetivos en común, de la igualdad de condiciones y responsabilidades en la estructura del plan de trabajo y en la ejecución del mismo.

En este sentido, la tarea de un EM es programar y desarrollar actividades que sean capaces de proveer, mejorar o restablecer la salud mental de la comunidad y para lograrlo dispone de las distintas disciplinas y paradigmas que se reúnen. Para ello se requiere que no domine alguna de las disciplinas, ya que en sí; no hay un predominio claro y sistemático de alguna de las tres áreas que envuelve el proceso salud-enfermedad, sino más bien, un sistema único donde se entrelazan lo social, lo somático y lo mental, que oscila entre uno y otro, afectándose mutuamente. Este sistema sólo puede ser atendido desde la unión de las distintas disciplinas, desde un Equipo Multidisciplinario cuyos conocimientos se compartan entre sus miembros, de forma tal que cada profesional del equipo vea en un paciente, no un problema social, mental, o corporal, sino una persona que en su malestar se encuentran afectadas todas sus dimensiones.

Es muy probable que una vez alcanzada la integración de conocimientos, el Equipo Multidisciplinario puede *aprehender* el proceso salud-enfermedad en todas sus dimensiones y a todos los niveles (promoción, prevención, asistencia, rehabilitación), ya sean por sí solos o en coordinación con otros equipos.

Por lo que hasta aquí hemos revisado, se puede resumir del trabajo inter y multidisciplinario lo siguiente:

- Es un producto derivado del desarrollo científico técnico y social.³¹²
- No es la suma de saberes, o un conglomerado de actuaciones, sino la interacción e intersección de los conocimientos en la producción de un nuevo saber.
- Consiste en trabajar sobre una problemática concreta, determinada, en un intercambio de disciplinas con disposición al saber, para con ello proyectar los distintos campos de afectación o repercusión de la problemática.
- Tener claros los límites del saber de cada uno y respetar los campos de conocimientos de los otros profesionales, lo que requiere conocer el propio. La aceptación, el respeto, la cooperación y la coordinación con los demás integrantes del EM.

³¹²Menéndez, op. cit.

- Así mismo, esta forma de trabajo favorece el aprendizaje, el contacto con sus componentes y hace que los conocimientos fluyan entre los miembros, posibilitando nuevas fuentes de conocimiento y reflexión.

- Delimitar tareas, funciones y sobre todo poseer un líder.
- Enfrenta el problema de salud en su multicausalidad pero en unidad.

Finalmente, una visión integradora de lo social, lo somático y lo mental; y un trabajo de equipo no significa ser parte de un mismo servicio. La visión global del proceso salud-enfermedad, parte del hecho de ser conscientes de la existencia y necesidad de la articulación e interrelación de los distintos factores biológicos, psicológicos, sociales, pedagógicos, etc., al enfocar nuestro trabajo. Es por ello que una visión inter y multidisciplinaria en el campo de la salud, requiere de la reflexión y reformulación no sólo de algunos principios y aplicaciones en el área clínica, sino además requiere de la revisión y supervisión de los recursos, dispositivos y medios, con los que se cuenta para el desempeño del trabajo asistencial. En efecto una labor así, permite que se utilicen eficazmente los recursos, sin que se dupliquen los servicios profesionales, sin que se repitan actividades, ni que existan casos "dispersos" carentes de coordinación; y por lo tanto, el paciente pueda recurrir a quien precisamente lo atiende.

Sin embargo, en la práctica es poco frecuente encontrar un Equipo Multidisciplinario que realmente funcione como tal, esto es, que efectúe una labor territorializada pero en función del paciente y de su enfermedad; que además se reúna a discutir y analizar los casos clínicos; y sobre todo que entre los integrantes del equipo, se realicen sesiones de trabajo para expresar o manifestar toda esa "subjetividad" que se encuentra en cualquier lugar en donde se entrelacen las emociones, percepciones y significados de los miembros del grupo; pues a pesar de contar ya con una amplia base teórica y literatura al respecto, todavía resulta complejo llevarlo a cabo.

Ahora bien, una vez conformado el Equipo Multidisciplinario resulta necesario que éste se lleve a cabo bajo un modelo de trabajo. En el siguiente apartado se explicará de manera general, las principales vertientes de investigación: el positivismo, y la fenomenología; así como el modelo de aplicación (intervención-acción) que orientó la reestructuración del servicio de atención psicológica.

3.2 Modelos de Aplicación en el Campo de la Salud

El término metodología nos refiere al modo en que enfocamos los problemas y buscamos las posibles soluciones. En las Ciencias Sociales se aplica a la forma de realizar la investigación, la cual ha estado permeada por dos perspectivas teóricas: el positivismo y la fenomenología.

La primera impulsada por August Comte (1896) y Emile Durkheim (1938), busca los hechos o causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos de los individuos; la segunda perspectiva teórica, posee una larga historia en filosofía y sociología, cabe destacar a Husserl (1913), Schutz (1962), Berger y Luckman (1967), Psathas (1973) y Deutscher (1973); aquí el fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor.³¹³

Desde la perspectiva del positivismo, la ciencia trata de explicar los hechos elaborando leyes para explicar los fenómenos no observables, así pues las teorías funcionan como explicaciones generales de las cuales las leyes son aspectos particulares. Los modelos surgen de la necesidad de explicar problemas complejos, así como para explicar datos inobservables que requerirán de una terminología teórica.³¹⁴

En este sentido para Yurén (1988)³¹⁵ el término modelo refiere tres significados: representación (escala que designa un valor); perfección o ideal (semejante a lo que debería ser) y muestra (igualdad entre valores). El término modelo desde el marco científico adopta los significados que a su vez tiene una configuración ideal; es decir, un modelo es la configuración ideal que representa la manera simplificada de una teoría. El modelo en la investigación científica es el medio o la representación por la cual la teoría se explica (enlaza lo abstracto con lo concreto). "Gracias al modelo las teorías pueden someterse a comprobaciones empíricas con mayor facilidad".(p. 57)

A través de la construcción de modelos se ejemplifica parte de la realidad que posteriormente es cotejada por medio de la observación y la experimentación, de esta

³¹³Taylor, J & Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de significados. Introducción. Ir hacia la gente.

³¹⁴Yurén, M. (1988). Leyes, teorías y modelos. Modelos.

³¹⁵Op. cit.

situación surge una hipótesis que representará la realidad; a esta hipótesis se le denomina modelo básico y para poder comparar esta hipótesis se construye un modelo material con el cual se puede experimentar (modelo operativo). Si los experimentos confirman la hipótesis formulada entonces se relacionan de forma sistemática los resultados de las hipótesis y es aquí cuando se forma una teoría; de donde se construirán nuevos modelos que permitirán comprender la teoría elaborada para finalmente, confirmarla o comprobarla con lo que empieza nuevamente el proceso.³¹⁶ Gracias a este modelo la ciencia mantiene cierto dinamismo, surgen nuevas preguntas que darán como resultado una tarea interminable al investigador.

La teoría es finalmente una representación de la abstracción que muestra "formalmente la realidad" por lo tanto, los modelos contenidos en la teoría forman un conjunto de relaciones y conceptos que generan modelos formales.³¹⁷

Por último, la función de un modelo es la de auxiliarnos para comprender las teorías y leyes para proporcionar una interpretación de las mismas, de forma tal que además de proporcionar una explicación también permita predecir.

Puesto que ambas visiones (positivista y fenomenológica) abordan distintos tipos de problemas y buscan diferentes clases de respuestas; las investigaciones exigen distintas metodologías. Adoptando el modelo de investigación de las ciencias naturales, el positivista busca las causas a través de métodos tales como cuestionarios, inventarios, pruebas; mismos que arrojan datos que se analizan estadísticamente. El pospositivista o fenomenólogo busca la comprensión por medio de métodos cualitativos tales como la observación participante, la entrevista profunda, entre otros que producen datos descriptivos esto es, las palabras y comportamientos sometidos a investigación.

En la década de los setenta la investigación cualitativa presenta una naturaleza fenomenológica que surge como reacción al enfoque positivista que se empleaba en el campo de las ciencias sociales. Los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo está construido por significados y símbolos; por lo tanto, la subjetividad es una pieza clave en la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales.³¹⁸

³¹⁶Yurén, op. cit.

³¹⁷Ibidem.

³¹⁸Jiménez-Domínguez, op. cit.

Patton (1986)³¹⁹ reconoce la variedad de modelos para desarrollar una investigación cualitativa; sin embargo, ésta dependerá de la búsqueda en función, de las creencias, percepciones, sentimientos y valores; además destaca al investigador como instrumento principal para determinar las necesidades investigativas y de grupo, a partir de un contacto directo y prolongado en el campo de la investigación.

Para Grbich (1999)³²⁰ el término investigación cualitativa se utiliza para destacar tres aspectos: 1) los métodos y técnicas de observación, documentación, análisis e interpretación de atributos, patrones, características y significados de elementos específicos, contextuales o gestálticos del fenómeno estudiado, 2) las formas que intentan conocer los pensamientos, percepciones y sentimientos experimentados por los informantes y 3) la impresión de que los investigadores no "descubren" el conocimiento, sino que éste es creado por la acción de ellos con el "objeto" (constructo) investigado.

Para Pardo de Vélez (1997)³²¹ la investigación cualitativa se puede dividir en participativa, de acción y evaluativa. La investigación participativa y de acción surgió por la necesidad de encontrar nuevas formas de investigación social, que fueran diferentes a la investigación cuantitativa (tradicional o clásica). Se fundamenta en las Ciencias Sociales (básicamente en la antropología y la sociología) inclinadas a buscar un conocimiento más realista y profundo de las comunidades, en particular las de escasos recursos.

En la esfera de la salud se considera fundamental para la aceptación de los servicios de conservación y control de enfermedades, la atención primaria en este sentido, la *participación* de la persona y los grupos en la integración de programas de atención a la comunidad, constituyen la piedra angular para el funcionamiento y el éxito de la misma.

Los modelos parcitipativos representan un proceso flexible, tanto por su método como por la forma de ejecución. En esencia existen dos formas de participación: la primera enfatiza el diálogo democrático, en el que le investigador cumple una función cultural, analiza las palabras y experiencias comunes de la realidad de los participantes para que todos obtengan un entendimiento crítico de la situación en cuestión. La segunda encierra en síntesis, la participación y las acciones para alcanzar el proceso de cambio social en las que

³¹⁹Cit. pos. Pardo de Vélez, op. cit. p. 184.

³²⁰Cit. pos. Mercado, F., Villaseñor, M. & Lizardi, A. (1999-2000). Situación actual de la investigación cualitativa en salud.

³²¹Op. cit.

el investigador adopta la función de organizador. Sin embargo, no existe un proceso metodológico único y cada modelo representa sólo la guía flexible para su aplicación.³²²

Es distintivo de la investigación participativa escuchar a las personas que conforman los grupos comunitarios para conocer sus valores, creencias, sentimientos y necesidades; de igual forma lograr su participación durante las distintas etapas de la investigación en las que siempre se involucre a la comunidad para la formulación del problema y objetivos de ésta, en una permanente participación en el proceso investigativo. La investigación participativa y de acción adopta la entrevista abierta, los cuestionarios no estructurados y la observación participativa.

La investigación participativa demanda un experto social que participe en las diferentes etapas del desarrollo del proyecto, así mismo éste tiene mayor éxito cuando los expertos forman parte de la población. Aquí las necesidades son identificadas por el grupo, y las acciones o proyectos de cambio son formulados por ellos mismos, además se cuenta con la intervención de las entidades gubernamentales o institucionales; por último la recolección de información se lleva a cabo contando con la periódica discusión en el grupo.³²³

Finalmente, la investigación evaluativa se inició con los movimientos de medición de la capacidad intelectual y las diferencias individuales. La evaluación se emplea tanto en la investigación cuantitativa como en la cualitativa. Para cada enfoque existen distintos modelos de evaluación, de acuerdo con la filosofía y marco teórico sustentador; sin embargo, un enfoque no excluye totalmente al otro y en general casi siempre se complementan. Usualmente los modelos de evaluación cuantitativa implican la comparación de dos o más modalidades, programas, objetivos, etc., y los modelos de evaluación cualitativa se centran en la descripción de todos los componentes del programa, en particular los sociales como los valores, creencias y actitudes.³²⁴

Patton (1986) destaca tres características fundamentales de la investigación cualitativa: *la visión hilozoista* parte del principio de comprensión de un comportamiento o evento, que requiere interrelación con respecto a determinado contexto; el *abordaje inductivo* se entiende por la libre observación por parte del investigador en la que las

³²²Pardo de Vélez, op. cit.

³²³Ibidem.

³²⁴Ibidem.

dimensiones y categorías de interés emergen progresivamente durante el proceso de recolección de datos y la *dimensión naturalista* que necesita del constante intercambio entre el investigador y los grupos donde el contexto observado se reduce al mínimo para su análisis y ampliación mediante observaciones adicionales.³²⁵

Borg y Gall (1989)³²⁶ realizaron un análisis comparativo entre la investigación cualitativa vs. cuantitativa y describieron cuatro ejes antagónicos: 1) la investigación cualitativa aplica modelos naturistas en las que las peculiaridades de los sujetos no se pueden extrapolar, se estudia de forma particular y como un todo para su comprensión, sin predecir ni controlar; 2) la interacción entre el investigador y el grupo de estudio se relacionan mutuamente, manteniendo una conexión permanente donde todos los elementos interactúan de forma simultánea ya que es imposible distinguir entre causa y efecto; 3) la investigación se concentra en desarrollar conocimientos con respecto al grupo participante durante el proceso investigativo y permite formular posteriores hipótesis de trabajo y por último; 4) el trabajo de investigación recibe influencia de los valores, la teoría y el método que aplica. Las teorías se plantean o desarrollan con base en los datos que se revisan y analizan de acuerdo con la realidad estudiada, no se derivan de teorías existentes; esto es similar a desarrollar un estudio piloto para determinar indicadores que se pueden probar en forma cuantitativa.

Toda investigación cualitativa está sustentada por bases teórico-metodológicas que parten de la actualización del conocimiento existente, posibilitan la formulación clara del problema y destacan la relevancia de la estrategia propuesta. En este tipo se permite limitar el problema y orientarlo para recolectar la información relevante. Aquí no se describen los procedimientos metodológicos ya que éstos se ajustan de acuerdo con la realidad estudiada. El diseño se conforma del proceso investigativo: comienza con uno tentativo y durante el avance de la investigación se determina el más adecuado; además se pueden incluir variables que no han sido enunciadas antes de la observación. La investigación cualitativa representa un dispositivo flexible en el cual se pueden formular hipótesis que se fundamentan en lo observado y no se plantean antes de iniciar el estudio.³²⁷

³²⁵Cit. pos. Pardo de Vélez, op. cit.

³²⁶Cit. pos. Pardo de Vélez, op. cit.

³²⁷Borg & Gall, 1989; cit. pos. Pardo de Vélez, op. cit.

La ejecución del proyecto es mejor cuando las decisiones se comparten entre el comité ejecutor y la asamblea general de todos los miembros. Un mayor número de grupos organizados con comunicaciones verticales y horizontales representa un sistema de más capacidad y estabilidad de los proyectos. Las iniciativas por parte de los líderes comunitarios constituyen mayores posibilidades de éxito que las impuestas por agencias externas.³²⁸

Entre las técnicas para recolectar información se emplea el modelo etnográfico, la observación participativa, la entrevista y la técnica de triángulo (se centra en las percepciones de las personas por medio de formas verbales con que se expresan en las entrevistas, cuestionarios u observaciones).

Según Taylor y Bogdan (1986),³²⁹ en la metodología cualitativa se construye una forma de encarar el mundo empírico, ambos consideran cinco aspectos:

1) La investigación cualitativa es inductiva, en donde el investigador ve al escenario y a las personas en un perspectiva holística; 2) las personas y los escenarios no son reducidos a variables sino considerados como un todo; 3) los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio; 4) los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro de un marco de referencia de ellas mismas y 5) para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas.

Para Minayo (1995)³³⁰ y Orozco (1997)³³¹ la *investigación cualitativa en salud* (ICS) es un campo de conocimientos y prácticas en el que concurren una serie de tradiciones, disciplinas, temáticas y por ende metodologías diferentes, bajo la lógica de la interpretación, comprensión y significación, desde la perspectiva de los actores sociales; la inserción del investigador, la especificidad, el empleo de hipótesis como premisas o principios ordenadores o explicativos más que como supuestos sujetos a comprobación, la aproximación centrada en la descripción minuciosa, el interés por el proceso y los resultados, así como la flexibilidad y creatividad metodológica.

³²⁸ Uphoff, 1991; cit. pos. Pardo de Vélez, op. cit.

³²⁹ Op. cit.

³³⁰ Cit. pos. Mercado, et. al. op. cit.

³³¹ Cit. pos. Mercado, et. al. op. cit.

No se puede hablar de una sola forma o proceso en la investigación cualitativa puesto que existen diferencias en cada enfoque.

Yogo (1984)³³² habla del *Modelo de Concientización y Capacitación* en el que se enfatiza el proceso de capacitación-concientización de los grupos, para llegar a las acciones que puedan producir un cambio social. Previamente se requiere de la formación de un equipo interdisciplinario, ya que es necesaria la acción de grupos no de individuos aislados, en el que se permite a los sujetos alcanzar una formación coherente y sistemática de la realidad que se pretende transformar. Este modelo se subdivide en tres etapas o momentos:

1 Momento de la investigación

a) Área de investigación: Área física, económica y socioculturalmente estratégica, reconocimiento perceptivo del área, reconocimiento bibliográfico y cartográfico de la misma, entrevistas estructuradas con las personas y selección de comunidades estratégicas. En esta fase se emplean entrevistas, reuniones de integración y estudios bibliográficos.

b) Acercamiento al lugar de estudio: Reconocimiento sensorial y personal de los grupos, identificación y contacto con los grupos naturales, observación de la vida en comunidad, del grupo interdisciplinario en su trabajo productivo con la comunidad, selección de grupos estratégicos para desarrollar la investigación-acción. Los instrumentos investigativos para esta fase son la observación participante, inventario de observaciones y fichas de descubrimiento.

c) Identificación de la problemática comunitaria: Acercamiento sensorial a la problemática de los grupos seleccionados. Se realizan graficaciones y codificaciones por parte del grupo, así mismo se discute, interpreta y sistematiza lo registrado.

2 Momento de Tematización

a) Primera Fase: En esta fase se analizan los contenidos, se clasifican y se conforman documentos descriptivos y analíticos.

b) Segunda Fase: Aquí se configuran la reducción temática para elaborar el material escrito a partir de la formación de unidades pedagógicas, de los temas tratados, la capacitación de coordinadores o equipos de trabajo, etc. Los instrumentos investigativos son el análisis de contenidos, la sistematización, codificación y elaboración de material escrito.

³³²Yogo, B. (1984). Metodología de la investigación participativa. Modelo de concientización-capacitación.

3) Momento de programación acción. Finalmente se desarrolla el momento de programación de la acción, en el que se generan las acciones de proyectos relevantes junto con la comunidad. Este consta de cinco fases:

Primera fase: Decodificación y análisis de los programas educativos mediante la siguiente secuencia: organización y trabajos de grupos de estudio, discusión y análisis crítico de contenido de los programas pedagógicos. El instrumento para el desarrollo de la fase enunciada es el círculo de estudio.

Segunda Fase: Adopción de la acción educativa según las decisiones de la comunidad para lo cual se presenta el programa; por medio del debate se acepta o se rechaza y se organizan grupos y círculos de estudio. Como instrumentos se emplean los diferentes medios de comunicación colectiva y las técnicas de grupos.

Tercera Fase: Selección de proyectos con base en los siguientes pasos: evaluación de alternativas de acción, planificación de proyectos, movilización de los recursos o potenciales humanos, económicos o de infraestructura. Como instrumentos se emplean técnicas de grupo, técnicas de planificación, proceso y evaluación de proyectos.

Cuarta Fase: Elaboración de los requerimientos educativos para el desarrollo de proyectos de acuerdo con la determinación de las exigencias de capacitación, así como el ejercicio de ésta en el personal para realizar proyectos y plan del programa.

Quinta Fase: Análisis de la organización socioeconómica de la comunidad, mecanismos de control y evaluación de los procesos del proyecto, ejecución del plan de capacitación del personal, ejecución del proyecto y evaluación final de éste que incluye el análisis de los resultados o efectos. En esta parte se emplean las técnicas de gestión, de control de la ejecución, de grupo, las discusiones y cursos.

Sin embargo, como ya se mencionó no existe un método, o forma única de hacer investigación cualitativa en el campo de la salud. En primera instancia porque se reconoce la existencia de paradigmas que orientan o dirigen las diferentes formas de cómo los investigadores se acercan a la "realidad"; segundo, porque en las ciencias de la salud o en las ciencias sociales resulta difícil encontrar alguna obra que no haga referencia a los diversos paradigmas, aproximaciones, o enfoques existentes en la investigación cualitativa,

mismo que puede prestarse a la confusión de términos, aunado a la confusión conceptual,³³³ tercero, de acuerdo con Mercado, et al., (1999-2000)³³⁴ se acepta la existencia de múltiples posturas, enfoques, orientaciones, etc., que no son exclusivas de determinada ciencia o disciplina; es decir, diferentes disciplinas se pueden acoger a un mismo paradigma con la posibilidad de adquirir posturas o teorías distintas, por ejemplo en el caso del paradigma positivista y pospositivista; las orientaciones que pueden existir en el interior de cada una.

Cabe señalar que es difícil determinar las características de la investigación cualitativa por la gran cantidad de denominaciones y variaciones que presenta: naturalista, pospositivista, fenomenológica, etnográfica, estudio de casos, ideográfica, de campo; etc.,³³⁵ la concepción dependerá del énfasis teórico u origen de la investigación que se realice. Por ello es que la reconstrucción de la realidad del sujeto es importante para interpretar los resultados; en consecuencia de todo lo anterior, no debe parecer raro que cada individuo y también cada cultura manifieste la salud y la enfermedad según sus propias representaciones y estados afectivos, mismos que a su vez adquieren la forma de actuar, por lo que para concluir, el que realice la investigación cualitativa en salud, deberá situarse desde el punto de vista del objeto; es decir, del enfermo, del sano, para tratar de entender cómo vive su realidad y cómo afrontarla.³³⁶

A continuación se describirá, la forma en cómo se realizó la reestructuración del servicio psicológico, sustentada desde una visión cualitativa; bajo un modelo de participación-acción; sin embargo, se advierte que no existe una metodología única por lo que simplemente se mostrará una "orientación" o "guía" de trabajo; es decir, al llevar a cabo el modelo de trabajo en otra Institución Hospitalaria, se puede modificar, agregar o aportar al modelo de trabajo, siempre y cuando se respete la estructura del mismo.

³³³Por ejemplo para Menéndez, (op. cit.) se emplea de forma polisémica y ambigua el término interdisciplinariedad, puesto que se confunde con el trabajo conjunto de diferentes profesionales sobre un mismo problema, o bien con el hecho de que un especialista o servicio tenga colaboradores o forme un equipo polivalente que se alimente de otras disciplinas.

³³⁴Op. cit.

³³⁵Villaseñor, I.(1999-2000). Investigación cualitativa en salud y enfermedad.

³³⁶En relación para Berlinguer, G. (1994); cit. pos. Villaseñor, op. cit., existen para el individuo cuatro dimensiones del fenómeno salud-enfermedad en la percepción del individuo: estar enfermo; sentirse enfermo, identificarse como enfermo y poder estar enfermo.

CAPÍTULO IV

REESTRUCTURACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

4.1. Logística en la Teorización y Aplicación de un Servicio de Atención Psicológica

En el Área de Psicología Social Aplicada de la Carrera de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala (actualmente Facultad de Estudios Superiores Iztacala), se ha apoyado y promovido la formación de psicólogos que establezcan contacto con las diferentes problemáticas sociales en el área de salud mental, mismas que requieren de atención por medio del trabajo en grupo y comunitario. Esto ha propiciado la redefinición de las funciones o labores que puede llevar a cabo el psicólogo en la esfera de la salud pública y privada.

Bajo esta formación profesional se creó un modelo de trabajo psicológico para un Hospital de segundo nivel de atención. Es importante señalar que en este nivel se carece oficialmente de servicio psicológico. Dicha propuesta surgió a partir de las necesidades de la población que habita el área de Naucalpan y zonas conurbanas en el Estado de México. El proyecto se presentó a las autoridades competentes de la Institución. Fue aceptado gracias al acuerdo que se efectuó con los directivos del Hospital y el compromiso de cuatro psicólogos.¹ El trabajo se realizó en el periodo de junio de 1999 a junio del 2000 y abarcó el periodo de huelga de la UNAM.

Así en la presente tesis se muestra un modelo de intervención-acción, como una forma de trabajo psicológico en hospitales de segundo nivel de atención. Se presenta bajo el nombre "Centro de Atención Psicológica" (CAP). La estructura del modelo constó de tres módulos de trabajo: Psicología Clínica, Psicología Clínica en Medicina Interna y Estimulación Temprana. Una vez contextualizado el origen del proyecto, se explicará como se desarrolló el modelo de trabajo.

¹Vid. Anexo I.

Como ya se ha mencionado, no existe un proceso metodológico único ya que cada modelo representa sólo una guía flexible para su aplicación, sin embargo se consideró necesario responder a cuatro interrogantes:

1. ¿Qué problemas hay?
2. ¿Qué debe hacerse para resolverlos?
3. ¿Cómo se hizo?
4. ¿Cómo hacerlo?

En analogía con el Modelo propuesto por Yogo,³³⁸ el Momento de la Investigación correspondería a la detección y reconocimiento del lugar, y a la identificación de los problemas siendo partícipes durante el proceso. En el Momento de Tematización se efectúan todas las posibles explicaciones de causalidad en función de lo que se encontró. También se forman unidades pedagógicas con base en los temas surgidos a partir de las problemáticas detectadas; esto es, qué debe realizarse para la solución de dichos problemas. El Momento de Programación-Acción concierne a la organización de grupos para discutir y analizar cómo se va a trabajar, esto incluye un programa de capacitación para el desempeño del mismo. Por último, debe realizarse una evaluación final del proyecto que incluirá el análisis de los efectos y resultados.

Por lo tanto, durante el desarrollo del proceso es necesario detectar, planear, organizar, estructurar, dirigir y evaluar el proyecto de trabajo. Bajo esta dirección se presenta un Modelo de trabajo que incluye la Reestructura de un Servicio de Atención Psicológica Especializada como medio para el desarrollo de un Trabajo Multidisciplinario; pues se considera indispensable, tener una estructura de trabajo psicológico para posteriormente integrarse al equipo de salud y poder desempeñar un trabajo en conjunto.

4.2. Descripción y Planteamiento del Problema

A través de la práctica profesional desempeñada resultaron evidentes las necesidades de la población que habita el área de Naucalpan y zonas conurbanas en el Estado de México. Las personas que acudían al Hospital solicitaban atención especializado, e.g.,

³³⁸Vid. supra, pp.104-106.

Pediatría, Odontología, Ginecología, Neurología, Dermatología, Ortopedia, Nutrición, Gastroenterología, así como un servicio psicológico estructurado.

Una de las primeras necesidades detectadas, fue la demanda de atención psicológica clínica de la población que asistía directamente a este servicio, pues el solicitante requería de atención terapéutica y desconocía a dónde podía acudir. De igual forma necesitaba de un servicio que le fuera accesible económicamente.

Otro requerimiento fue a través del Departamento de Pediatría, quién solicitó a los psicólogos que realizaban el Servicio Social en el Hospital, atención para los recién nacidos que habían tenido dificultades perinatales. También el Departamento de Urgencias solicitó el apoyo psicológico para los pacientes con intento de suicidio, enfermedades psicosomáticas o crónicas.

Sin embargo, la falta de coordinación y estructuración coherente del servicio psicológico, imposibilitaba de cierta forma, la pronta atención del paciente, así como la correcta canalización, ya que el cuerpo médico no tenía conocimiento de las funciones que ejerce el psicólogo, así como de los servicios que puede prestar.

En conclusión, se tenía una demanda evidente, una población cautiva que solicitaba atención, casos de pacientes que se habían quedado sin tratamiento cuando los psicólogos ya habían concluido su servicio social, pacientes mal canalizados y una estructura heredada de los trabajos anteriores deficiente e incapaz de solventar dicha problemática; por todo lo anteriormente descrito se consideró que el servicio carecía de calidad.

4.3. Objetivos

4.3.1 Objetivo General

Reestructurar y aplicar un servicio de atención psicológico especializado y sistematizado en un hospital de segundo nivel de atención, como base para el desarrollo de trabajo multidisciplinario.

4.3.2 Objetivos Particulares

1. Destacar el trabajo psicológico en el campo de la salud.

2. Describir los niveles de atención de los Servicios de Salud en México.
3. Diseñar y aplicar un modelo que permita el desarrollo de un trabajo multidisciplinario en un Hospital de segundo nivel de atención.
4. Incluir la práctica psicológica a la atención integral del paciente.

4.3.3 Objetivos Específicos

- 1.1 Definir el proceso salud-enfermedad y su relación con la psicología.
- 1.2 Describir las herramientas teórico-metodológicas que se pueden emplear en el campo de la Psicología de la Salud.
- 1.3 Destacar el trabajo desde la Psicología Social en el campo de la salud.
- 1.4 Evidenciar las áreas de intervención psicológica en el campo de la salud.
- 2.1 Exponer los niveles de atención médica, correspondientes al Sistema de Salud.
- 3.1 Resaltar la importancia del trabajo multidisciplinario.
- 3.2 Subrayar la relevancia de la investigación cualitativa en el campo de la salud.
- 3.2 Estructurar un modelo de atención psicológica que incluya tres servicios: Psicología Clínica, Psicología Clínica en Medicina Interna y Estimulación Temprana.
- 3.3 Reseñar la relación con el Voluntariado del Hospital.
- 4.1 Aplicar el modelo de atención psicológica.
- 4.2 Describir los resultados obtenidos.

4.4 Hipótesis

La suposición que orientó primordialmente esta investigación fue que si a través del trabajo psicológico organizado, estructurado y sistematizado desempeñado en un Centro de Atención Psicológica, se podría dar la pauta para desarrollar un trabajo multidisciplinario en un hospital de segundo nivel de atención y con ello mejorar la calidad de atención al paciente.

4.5 Población

La población que acudió al hospital fue en su mayoría suburbana de escasos recursos y menor escala población urbana, eran pacientes que tenían un rango de edad desde los 0 (recién nacidos en el área de Estimulación Temprana) hasta los 75 años aproximadamente (en el caso de Psicología Clínica y Medicina Interna). Se consideró a esta población de nuevo ingreso, pues no se retomó ningún caso con expediente, ya que no existía un archivo previo.

4.6 Instrumentos

Los instrumentos que se emplearon para recopilar las características generales de la población (edad, sexo, estado civil, religión, ingresos económicos, actividades, etc.), así como las características particulares (motivo de consulta, antecedentes, tratamiento, etc.) fueron los expedientes, que incluían entrevistas semiestructuradas y en algunos casos pruebas psicológicas. Se diseñaron tres tipos de expedientes y entrevistas dependiendo de los requerimientos de cada módulo, aquí se encontraba la mayor parte de la información relacionada con el paciente. Por otro lado, se empleó el CIE-10³³⁹ que delimita el diagnóstico de los pacientes en el ámbito Hospitalario Institucional. El diagnóstico que se obtenía de acuerdo a la clasificación proporcionada y al diagnóstico emitido por el psicólogo se anotaba en el SISPA³⁴⁰ que se entregaba al área de Informática del Hospital.

Cabe aclarar que cada uno de los casos fue exclusivo y no se realizó una media a través de una diagnosis estandarizada para la elaboración de un instrumento que evaluara las características del paciente en general; más bien a través de la anamnesis se iniciaba el tratamiento de cada paciente.

³³⁹Vid. supra. p. 16.

³⁴⁰Vid. infra. p. 119. Hoja diaria de registro de pacientes.

4.7 Escenario

El modelo de trabajo "Centro de Atención Psicológica" CAP, se llevó a cabo en el Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General de Naucalpan "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"; ubicado en Ferrocarril Acámbaro s/n casi esquina con Av. 1º de Mayo, en Naucalpan, Estado de México.

4.8 Estructura del Servicio de Atención Psicológica

4.8.1 Planeación

A través de la asistencia y la demanda de los pacientes se detectaron los diferentes padecimientos que existían en cada uno de los casos, tales como depresiones leves, moderadas o graves; diversas sintomatologías y psicopatologías (neurosis, histerias, esquizofrenias); trastornos de conducta, atención, hiperactividad y retardo psicomotor. Con lo anterior se obtuvieron los casos que se presentaban con mayor frecuencia para con ello darles prioridad y establecer las áreas de atención. Los casos que resultaban poco frecuentes (por ejemplo histerias y esquizofrenias) se diagnosticaban y canalizaban a otras Instituciones que contaran con los elementos para poder atenderlos (tal es el caso de los Hospitales de tercer nivel de atención). Ahora bien, podía suceder que simultáneamente recibieran los pacientes atención de la Institución a donde eran canalizados y del Centro de Atención Psicológica (CAP). De igual forma sucedía con los trastornos académicos y de lenguaje, que requerían de material específico para la evaluación y tratamiento del paciente. La referencia interinstitucional³⁴¹ debía tener los siguientes datos:

1. Fecha.
2. Asunto.
3. Nombre del paciente, edad.
4. Qué servicio se solicita.
5. Breve descripción del caso.
6. Firma del coordinador del Centro de Atención Psicológica.
7. Tres opciones de referencia (Instituciones).

³⁴¹Vid. Anexo 2.

Todo el trabajo se desarrolló en mesas de discusión realizadas entre los psicólogos, aquí se trataron temas relacionados con las diversas problemáticas que se detectaron. A partir de esto se obtuvieron las siguientes modalidades de servicio psicológico que se requerían:

1. Terapia de grupo, familiar, de pareja e individual.
2. Terapia de Intervención en Crisis.
3. Apoyo Tanatológico.
4. Servicios de Urgencias.
5. Asesoría Psicológica.
6. Valoración y Diagnóstico Psicológico.
7. Divulgación, Conferencias y Asesoría Académica.

En el caso de la Terapia Individual, la población que podía atenderse fueron niños de cuatro años de edad en adelante,³⁴² adolescentes y adultos.

Los casos que se atendían con relación a la población infantil fueron:

1. Trastornos de conducta: Problemas familiares, de socialización, de agresividad y en el área de comunicación.
2. Trastornos Académicos: Problemas de lectoescritura (discriminación de palabras, dislexia,³⁴³ discalculia,³⁴⁴ y disgrafia);³⁴⁵ Problemas lógico-aritméticos de razonamiento y mecanización (sensoriomotricidad, capacidad de atención, concentración, desarrollo de las nociones espacio-temporales).
3. Trastornos en el área de lenguaje: Deficiencia en el habla.

Cabe señalar que en el caso de los trastornos de conducta se efectuó la evaluación, el diagnóstico y la terapia. En los trastornos académicos y de lenguaje se brindó el servicio de evaluación y diagnóstico para su posterior canalización a algún centro especializado, debido al tiempo y los materiales que precisaban estos casos.

³⁴²Considerando que a esta edad los niños tuvieran ya, un repertorio de comunicación más amplio que permitiera establecer una relación con ellos.

³⁴³Trastorno cognoscitivo manifestado por la dificultad de aprender a leer a pesar de recibir instrucción escolar convencional, se considera que este trastorno es heredado o de carácter hereditario.

³⁴⁴Dificultad específica para calcular o resolver operaciones aritméticas, no tiene relación con el nivel mental o el método de enseñanza empleado, ni con trastornos afectivos, pero sí suele encontrarse asociado a otras alteraciones, como trastornos de lenguaje o dislexia.

³⁴⁵Trastorno de aprendizaje que se presenta en algunos niños con inteligencia normal y se manifiesta en mala caligrafía, márgenes irregulares en los cuadernos, ilegibilidad parcial o total, letras abolladas, etc.

Ahora bien, como parte del proyecto de trabajo se propuso trabajar de manera sistemática y multidisciplinaria, esto consistió en la labor conjunta con los médicos del Hospital. Para ello fue necesario:

1. Recibir pacientes referidos del área médica en sus diferentes especialidades y poder contrarreferirlos del área de psicología. Una vez efectuado el diagnóstico psicológico (en la hoja de interconsulta) del paciente, se solicitaba la colaboración (contrarreferencia) por parte del personal médico. (e.g., en el caso de pacientes enurésicos, anoréxicos, hiperactivos, etc.).

2. La referencia de pacientes psicológicos al área médica, para la posterior contrarreferencia; implicaba tener el carácter o facultad de referir a los pacientes que se encontraran en tratamiento psicológico y que necesitaran del servicio médico.

3. La contrarreferencia del área médica en caso de que así lo ameritara el paciente.

Es importante destacar que se establecieron políticas y reglamentos de forma interna, con la finalidad de esclarecer los compromisos y las responsabilidades que debía tener cada psicólogo.³⁴⁶

Finalmente esta nueva forma y estructura de trabajo se presentó al cuerpo médico del Hospital.³⁴⁷

4.8.2 Procedimiento

La forma de captar a los pacientes para proporcionarles consulta se dio principalmente a través de tres medios: 1) por referencia de alguna de las áreas o especialidades del Hospital: Ginecología, Obstetricia, Odontología, Ortopedia, Dietología, Dermatología, Urgencias, Pediatría y Medicina Interna; siendo éstas dos últimas de donde se recibieron un mayor número de referencias; 2) por transferencia de otros hospitales o clínicas; que al enterarse del servicio psicológico acudieron a él, tal fue el caso del DIF de Tlalnepantla y el Hospital "Herrejón" que se encuentra en Atizapan de Zaragoza; y 3) por

³⁴⁶Vid. Anexo 3 y 4.

³⁴⁷Vid. Anexo 5.

solicitud propia del paciente o por parte de algún familiar que acudía directamente para otorgarle una cita.

Dependiendo del caso se remitió a cada uno de los módulos: Psicología Clínica (P.C.), Psicología Clínica en Medicina Interna (P.C.M.I.) o Estimulación Temprana (E.T.) y se anotaban en una lista de espera para poder atenderlos. En el caso de P.C. por la alta demanda que existía y por la diversidad de casos que se presentaban, se tenían dos tipos de listas: una de espera en donde se anotaba a los pacientes que acudían personalmente por su consulta y otra de urgencias en donde se asignaban los pacientes remitidos por alguna especialidad. En los casos de intento de suicidio, depresiones graves, o pacientes de urgencias, se asignaban al módulo de P.C.M.I., y los recién nacidos y niños con algún trastorno psicomotor a E.T. Se le explicaba a cada paciente que las consultas psicológicas requerían en promedio de una hora a la semana y hasta dar de alta a un paciente, se podía atender otro, ya que los espacios y los consultorios para atender resultaban insuficientes.

Para anotar a cada uno de los pacientes, dependiendo del caso, y de la rapidez que debía recibir atención, se crearon cuatro tipos de listas:

La primera lista denominada Lista de Espera para pacientes del módulo P.C., incluía los siguientes datos: fecha de ingreso, nombre del paciente, edad, solicitante del servicio, motivo de consulta, psicólogo, y condición.

La lista clasificada como Lista de Pacientes módulo P.C. Urgencias incluía los mismos rubros que la anterior.

La tercera lista llamada Lista de Pacientes del módulo P.C.M.I, no incluía la columna de teléfono y se agregaba la columna referido.

La cuarta y última tenía el nombre de Lista de Pacientes módulo E.T. A diferencia de las listas anteriores ésta no incluyó la columna de psicólogo.

A continuación se describirán algunas especificaciones que se llevaron a cabo en el llenado de cada una de las columnas de las listas.

- Lista de Espera.³⁴⁸

1. Fecha. Existieron algunos pacientes de los cuales no se tuvo fecha de ingreso ya que sólo se proporcionó la lista de nombres, teléfono y diagnóstico de los mismos.

2. Nombre del Paciente.

³⁴⁸Vid. Anexo 6.

3. Edad.

4. Solicitante del Servicio. En caso de ser algún familiar se anotaba el nombre de éste y el parentesco. Si era el propio paciente quien solicitaba el servicio, el espacio (en la columna) se quedaba en blanco.

5. Teléfono. Podía ser particular, o de recados (algún vecino, familiar o del trabajo); en este caso dejar el nombre de la persona con quién se dejaría el mensaje.

6. Motivo de Consulta. Se anotaba en palabras del propio paciente o a partir de la entrevista, el psicólogo emitía un posible diagnóstico que en ocasiones se relacionaba con el CIE-10. En caso de que el diagnóstico se quedara pendiente o no emitirlo, el espacio se quedaba blanco.

7. Psicólogo. Se anotaba el nombre del psicólogo que atendía al paciente. En caso de no llenarse este espacio, se debía a que el paciente era dado de baja. Esto ocurría si:

- a) El paciente no dejaba un número telefónico.
- b) El número telefónico era equivocado.
- c) No se localizaba al paciente después de tres intentos por encontrarlo.
- d) Solicitaban un día de atención que no correspondía con los horarios establecidos.
- e) el paciente no requería el servicio.

8. Condición.

a) Baja. Se daba de baja al paciente por la dificultad de establecer contacto vía telefónica, porque dejaban de ir a consulta sin notificar a su terapeuta, o no se presentaban a la primera cita. Podía ocurrir que a pesar de asistir a consulta por varios meses, era el propio paciente quien dejaba de ir. Inclusive si estaba en seguimiento y no era dado de alta, dejaban de acudir a sus citas. Por lo tanto en la lista aparecen como baja, aunque si aparece el nombre de quien lo atendió.

b) Alta. Esto dependía del criterio del terapeuta. En algunas ocasiones (dependiendo del caso) se daba seguimiento a los pacientes, una vez concluido se les daba de alta.

c) Si todavía no se le daba atención al paciente, las columnas de psicólogo y condición se quedaban en blanco.

- Lista de Urgencias.³⁴⁹

³⁴⁹Vid. Anexo 7.

1. Fecha, nombre del paciente, edad, teléfono, psicólogo y condición, se anotaban de la misma forma que en la Lista de Espera.

2. Solicitante de Servicio.

a) En caso de ser remitido por el área de Urgencias del Hospital se debía anotar el nombre de algún familiar y el parentesco.

b) En caso de ser remitido por alguna otra área, se anotaba el nombre del Doctor que aparecía en la interconsulta.

c) También podía solicitar el servicio alguna Institución de Salud (DIF, clínicas, hospitales, etc.).

3. Motivo de Consulta. En esta columna se anotaba el diagnóstico del médico que refiere.

- Lista de Medicina Interna³⁵⁰

1. Fecha, nombre del paciente, edad, teléfono y psicólogo, se anotaban de la misma forma que en la Lista de Espera.

2. Referido. Se anota el Departamento, Doctor, o Área que remite.

3. Motivo de Consulta. Se anota como en la Lista de Urgencias.

4. Condición. Aquí podían ocurrir varios casos:

a) Que fuera un paciente que se le atendía el mismo día.

b) Ser paciente preoperatorio y sólo se requería de una visita en el área de camas.

c) Sólo se requería de asesoría psicológica.

d) Sólo se hacía una visita al paciente para dar la noticia de alguna enfermedad.

e) Sólo se realizaba una supervisión.

f) Se brindaba terapia psicológica.

g) Se daba de alta o baja al paciente si ocurrían los mismos casos que se describen en la Lista de Espera y Urgencias.

- Lista de Estimulación Temprana.³⁵¹

1. Nombre del paciente. En algunos casos los niños no habían sido registrados, por lo tanto el espacio aparece en blanco, por ello resultaba indispensable el nombre de la madre.

2. Fecha, edad y teléfono, se anotaban de la misma forma que en la Lista de Espera.

³⁵⁰Vid. Anexo 8.

³⁵¹Vid. Anexo 9.

3. Solicitante del Servicio y Motivo de Consulta se anota igual que en la Lista de Urgencias, además se incluía el nombre del familiar que llevaba al niño (quien por lo regular era la madre).

4. Condición. Todos los casos de esta área eran canalizados.

En un primer momento los pacientes de P.C. se atendían en un consultorio que fue asignado a psicología, en la cafetería, en el jardín del Hospital o en algún salón de clases que estuviera disponible. En un segundo momento el Coordinador del CAP negoció con los directivos del Hospital, la posibilidad de "prestar" los espacios de consulta externa, una vez que éstos los desocuparan los médicos de cada área. Esto ocurría aproximadamente después de las 13:00 hrs. En un tercer momento, el consultorio que originalmente se empleaba para atender pacientes de P.C. se empleó como oficina del CAP y los pacientes se atendieron en el área de Consulta Externa y en un aula de Pediatría. Los pacientes de P.C.M.I. se atendían en un área ubicada en Medicina Interna del Hospital, en los cuartos de los enfermos o directamente en el área de urgencias. Por último, los pacientes de E.T. eran atendidos en un salón que prestó la Jefatura de Pediatría y que se acondicionó para proporcionar un Taller de Estimulación Temprana.

Para que el paciente pudiera entrar a estas dos últimas áreas (que se ubicaban en la parte interna del Hospital y área de hospitalización), se tenía que portar un gafete³⁵² que se entregaba de forma personal, a los pacientes que ya contaban con un horario fijo de atención, así como con un expediente. De igual forma se les solicitó portaran una identificación oficial con fotografía, para poder pasar a la sección de Pediatría.

Los horarios de atención se modificaron constantemente, esto dependió de los recursos con los que se contaba, así como de los horarios de práctica profesional de cada psicólogo. Originalmente se prestó el servicio Lunes y Miércoles de 8:00 a las 15:00 hrs., posteriormente de Lunes a Sábado (excepto los Jueves), aproximadamente de 9:00 a 14:00 hrs., y finalmente los días Lunes, Viernes y Sábado.³⁵³

Cabe señalar que en caso de presentarse un paciente canalizado como urgente a cualquiera de los tres módulos, se atendía el mismo día o en su defecto, se le otorgaba el primer espacio libre según la lista de pacientes.

³⁵²Vid. Anexo 10.

³⁵³Vid. Anexo 11.

Por último, se entregaba una hoja diaria de atención de pacientes (SISPA)³⁵⁴ por cada Módulo y por cada psicólogo, ya que podía ocurrir que uno mismo atendiera un paciente de Clínica y de Estimulación Temprana. El SISPA de Salud Mental³⁵⁵ es un formato ya estructurado que se solicitaba en el Departamento de Informática del Hospital. En este registro se debían de incluir los siguientes datos:

1. Fecha.
2. Nombre de la Institución.
3. Lugar.
4. Psicólogo que atiende.
5. No. de Paciente atendido.
6. No. de Expediente (de acuerdo a cada Módulo).
7. Nombre del paciente, sexo, edad.
8. Paciente de primera vez o subsecuente.
9. Nivel de intervención (individual, grupal, familiar, etcétera); y quiénes eran los integrantes de la sesión.
10. Diagnóstico. Se anota en correspondencia con el CIE-10 que incluye una clasificación y una categoría. Es importante señalar que sólo se debía anotar la clasificación y el diagnóstico con palabras comunes, e.g., en la categoría que hace referencia a la depresión dice:³⁵⁶

F32 Episodio Depresivo.

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos...El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

Subclasificaciones:

F32.0 Episodio depresivo leve.

³⁵⁴Vid Anexo 12.

³⁵⁵Constantemente cambiaba el llenado del SISPA; esto dependía de la información que solicitaba el Departamento de Informática. Sin embargo, sólo se especifica ésta, ya que fue la última forma que se entregó.

³⁵⁶Organización Panamericana de la Salud. (1997). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. pp. 321 y 324.

- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado.

En el SISPA se debía anotar: F32.0 Depresión Leve. No se puede tomar la clasificación F32 sin inciso específico; sin embargo, ocurrían casos en los que sólo se presentaba el diagnóstico sin subclasificaciones, por ejemplo:³⁵⁷

F39 Trastorno del humor [afectivo], no especificado.

Psicosis afectiva SA1

Se debía anotar:

- F39.X Problemas afectivos,
- F39.X Trastornos afectivos, o bien
- F39.X Problemas de humor.

Es decir, se tenía que incluir la X mayúscula después de la categoría general. Los diagnósticos empleados se encuentran en el capítulo V Trastornos Mentales y del Comportamiento (F00-F99); por lo regular del 0 al 69 se encuentran las clasificaciones empleadas para P.C. y P.C.M.I., y a partir del 70 al 99 los de E.T.

Por último, si el paciente trabajaba o asistía a la escuela, se expedía una constancia de asistencia a la consulta. Para ello se creó una constancia para adulto y para niño, mismas que se muestran en el anexo 13 y 14. Dicha justificación tenía una vigencia de 30 días naturales.

4.8.3 Organización

La organización correspondió a la reestructuración de lo que "vagamente" ya existía; con el objeto de realizar las tareas planeadas y organizadas; y con ello, lograr las metas propuestas. Para esto se establecieron protocolos de atención para cada módulo, mismos que se describirán en el siguiente apartado.

³⁵⁷ibidem. p. 324.

4.8.3.1 Psicología Clínica

En este módulo podían atenderse los casos que estuvieran relacionados con los siguientes trastornos:

1. Esquizofrenia, histeria, psicosis.
2. Trastornos afectivos, depresiones.
3. Neurosis, trastornos relacionados con el estrés, pacientes psicósomáticos, fóbicos, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos-compulsivos.
4. Trastornos relacionados con la ingestión de alimentos (anorexia, bulimia), trastornos del sueño.
5. "Disfunciones" sexuales de origen psicológico.
6. Trastornos del desarrollo psicológico, problemas de conducta, retraso mental, hiperactividad, etc.

Cada uno de estos trastornos se presentaban evidentemente de distinta forma, habitualmente los casos que se presentaban eran problemas de pareja en adultos y problemas de conducta en el caso de los niños.

En los casos de pacientes psicóticos y esquizofrénicos se efectuaba una evaluación para posteriormente canalizarlos. Lo mismo ocurría con los casos relacionados a alguna deficiencia o retardo mental, ya sea leve, moderado o grave, los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, drogadicción etc., ya que no se contaba con los elementos para su atención.³⁵⁸ Así mismo, el criterio para atender niños fue que tuvieran más de cuatro años de edad. Cabe señalar que la evaluación dependía del caso y de las herramientas que utilizara el terapeuta; sin embargo si se debía realizar una entrevista para efectuar la canalización.

El primer contacto psicólogo-paciente se hacía vía telefónica; en caso de no encontrarse el paciente se hacían dos intentos más para localizarlo, si esto no ocurría se le daba de baja y se localizaba a otro paciente de acuerdo al orden de la lista. En caso de contactarlo, se le asignaba una fecha y horario de cita, así como el nombre del psicólogo

³⁵⁸Se considera que estos padecimientos requieren de una atención integral, que incluya la atención en el ámbito individual, grupal y familiar, así como la constante atención médica, y los recursos mínimos para su atención.

que lo atendería. En caso de estar citado y no presentarse, pero reportaba su falta, se le podía dar otra fecha; sin embargo si no se reportaba para dar nota de su falta, se le daba de baja. Por último, a las dos faltas injustificadas se le daba de baja. En caso de ser paciente remitido de forma urgente por parte de consulta externa, se le asignaba un psicólogo quien de acuerdo a sus horarios establecía los días de citas con el paciente.

Por último, la evaluación y la terapia empleada por el psicólogo correspondía al tipo de caso y sobre todo a la formación teórica que él tuviera; es decir no se tenía que cumplir con cierta herramienta en específico (por ello se presenta la variedad de posturas teórico-metodológicas en el capítulo uno); sin embargo, sí se tenía que cubrir con ciertos requisitos administrativos: El llenado de un expediente, la entrega del SISPA del área clínica, y el cobro de un donativo voluntario por consulta que posteriormente se detallará.

Los formatos del expediente del área clínica se muestran en el anexo 15. En caso de realizarse una evaluación, las modificaciones al expediente se indican en el anexo 16; así mismo se debía entregar una copia del expediente a quien había solicitado el servicio. Para indicar que los expedientes correspondían a este módulo, se les colocó una calcomanía circular de color azul, en la pestaña del folder. Aquí se anotaba el número de expediente, y el nombre del paciente.

Una vez descrito el procedimiento administrativo del módulo P.C., se destacarán las funciones y actividades que el psicólogo de este módulo realizó:

1. Evaluación. Consistió en recabar información relativa a la historia del paciente (anamnesis), así como al empleo de herramientas teórico-metodológicas, en relación con el motivo de consulta. Por ejemplo, en el caso de un paciente con retraso mental, se debía evaluar los repertorios conductuales y el funcionamiento cognitivo (por citar algunos); para saber el grado de afectación del paciente (leve, grave o profundo); sin embargo se aclara que esto dependía directamente del caso y de la formación teórica del psicólogo.

2. Diagnóstico. Esto se refiere a la identificación y rotulación del "problema", cognitivo, social, emocional, etc., de la persona o grupo; se obtiene como resultado de la evaluación psicológica (que igualmente dependía del caso y de la formación del terapeuta). En pocas palabras es el "nombramiento" del malestar del paciente. En el ejercicio de esta función el psicólogo clínico debía tomar decisiones con respecto al paciente, entre ellas si el caso caía dentro de su competencia o no, y en este sentido saber con quién canalizarlo, o

en su defecto hasta donde resultaba necesaria su intervención y con qué profesional realizar una intervención conjunta; la decisión si era un caso de gravedad de acuerdo a la primera información que se ofrecía del problema, y por último la indicación del tratamiento.

3. Tratamiento e Intervención. El tratamiento correspondió en la intervención clínica sobre las personas con el objeto de aliviar, entender, resolver; etc., los trastornos psicológicos. El tratamiento podía denominarse psicoterapia, terapia sistémica, análisis, terapia existencial, o terapia de modificación de conducta, consejo o asesoramiento psicológico, esto dependiendo de la orientación y preferencia del clínico. En algunas ocasiones se realizaba seguimiento en los pacientes.

4. Prevención y Promoción de la Salud. Consistió en analizar las problemáticas de las personas con prácticas de riesgo, incrementar el nivel de conocimientos de las personas con este tipo de prácticas, fomentar y promover los hábitos de salud de la población en general.

5. Asesoría y Enseñanza. Correspondió a las pláticas presentadas en el Hospital como parte de las XI Jornadas de Pláticas para festejar el Aniversario, así como las pláticas solicitadas por las distintas áreas y especialidades, tal es el caso de Medicina Preventiva, Medicina Interna, Pediatría. Por último, las pláticas o conferencias que se dieron en otras Instituciones de Salud; entre ellas el Hospital de la Perla en Nezahualcóyotl; y el Hospital Pediátrico de Legaria; por citar algunos.

4.8.3.2 *Psicología Clínica en Medicina Interna*

Los casos que se recibieron en este módulo, eran similares a los del módulo de P.C., la diferencia radicó del lugar de procedencia del paciente (en este caso de Urgencias y de Medicina Interna), así como del servicio solicitado; por ejemplo, si era un paciente hospitalizado con fecha para intervención quirúrgica. Otro criterio de asignación fueron todos aquellos padecimientos relacionados con alguna manifestación somática (neuralgias, dermatitis, o asma). Por último, cualquier enfermedad crónica e inclusive mortal (tal es el caso del SIDA y algunos tipos de cáncer), sería captada desde esta área.

A continuación se adiciona una lista de los trastornos que también se atendían en P.C.M.I.:

1. Trastornos mentales, orgánicos, por ejemplo Alzheimer, demencia, delirio producido por la ingestión de alguna sustancia psicoactiva, o trastornos de la personalidad debidos a alguna lesión o disfunción cerebral.

2. Trastornos relacionados con la ingestión o consumo de sustancias psicoactivas, por ejemplo consumo de alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes, cocaína, tabaco, disolventes volátiles (e.g., en intentos de suicidio).

3. Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica.

4. Trastornos somáticos, hipocondría, disfunción autonómica somatomorfa (diarrea, dispepsia, flatulencia, hipo, síndrome del colon irritable).

5. Trastornos de ansiedad, reacción de estrés grave, trastornos de estrés posttraumático.

6. Factores psicológicos y del comportamiento que influyen en condiciones físicas, por ejemplo: asma, colitis mucosa, colitis ulcerativa, úlcera gástrica, urticaria, etc.

7. Abuso de sustancias que no producen dependencia, por ejemplo: antiácidos, esteroides u hormonas, vitaminas, hábito por laxantes.

En los trastornos mentales y orgánicos se realizaba una consultoría para referirlos a alguna institución, ya que no se contaba con los elementos suficientes para brindarles una adecuada atención. En los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas se canalizaba a algún grupo, asociación o Institución que se dedicara al manejo y tratamiento de las adicciones; sin embargo si esto estaba vinculado con algún intento de suicidio y éste era remitido de Urgencias se podía atender. Cabe señalar que si el paciente ingería cualquier sustancia y ello no estuviera relacionado con algún tipo de adicción, se podía proporcionar terapia psicológica.

El contacto con el paciente ocurría por dos vías, la primera a través de las visitas que se hacían en el área de Medicina Interna directamente en las camas de los pacientes; y la segunda en consulta de P.C.M.I., por lo que existían dos tipos de consulta, en camas y en consultorio.

La terapia que se empleaba era a criterio del caso y del psicólogo, aunque debía tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1. La atención debía ser inmediata.

2. El enfoque de atención se centraría en la situación actual del padecimiento, ya que es en el momento presente, donde se debe actuar para aminorar la sintomatología del paciente.

3. Procurar mantener la integridad del grupo familiar y estimular mecanismos positivos de afrontamiento del estrés.

4. Valorar la necesidad de un tratamiento individual/familiar a largo plazo si fuese necesario.

5. Valorar las condiciones y recursos con los que cuenta el Hospital (para su atención), los recursos económicos y familiares.

De igual forma, se tenía que entregar una hoja diaria de atención SISPA de Psicología Clínica en Medicina Interna al área de Informática. El donativo por consulta, sólo se recaudaba en caso de ya tener el paciente un horario de consulta y ésta se diera en el consultorio asignado para ello; por lo que los pacientes que estaban en cama no se les recibía ningún donativo. El expediente sufrió algunas modificaciones que se muestran en el anexo 17. Los formatos del expediente y evaluación P.C. son los mismos que se emplearon para M.I., sólo se cambió el nombre del módulo. Para indicar que los expedientes pertenecían a esta área, se empleó la calcomanía de color naranja.

Así mismo se informaba de forma escrita al área de Medicina Interna del Hospital, las actividades que el psicólogo había efectuado con el paciente hospitalizado, así como la terapéutica empleada. Dicha información se anexaba en el expediente médico del área respectiva.

Por último, se describirán las funciones y ámbitos en dónde el psicólogo clínico en Medicina Interna, podía actuar:

1. El psicólogo de este módulo se ocupaba primordialmente de todos los problemas psicológicos ligados al proceso de la enfermedad (diagnóstico, padecimiento, tratamiento, curación/cronificación, rehabilitación, o muerte) del paciente, así como del impacto psicológico del diagnóstico de una enfermedad grave, del impacto psicosocial de la hospitalización, de la preparación psicológica a fin de facilitar la recuperación postquirúrgica y de la calidad de vida relacionada a tratamientos con efectos secundarios o muy agresivos.

2. Se ocupaba también de los problemas que pueden plantearse en la relación médico-paciente; como son la comunicación, toma de decisiones y cumplimiento de prescripciones.

3. Los ámbitos de actuación podían ser los problemas relacionados con la adherencia al tratamiento, los problemas asociados a la asunción del papel de enfermo, los trastornos emocionales derivados de la enfermedad, las dificultades ubicadas en el contexto familiar, y los problemas ligados a las constantes modificaciones, producidos por la enfermedad o lesión, así como la adaptación a las nuevas condiciones de vida.

4. El psicólogo de esta área debía tener conocimientos acerca de los aspectos psicológicos relacionados con la cirugía en general, histerectomía, cirugía digestiva, con el enfermo coronariopático, oncológico, con insuficiencia renal en estadio terminal o con V.I.H.

Cabe señalar que por la naturaleza de los casos, se requería de la intervención rápida y concreta principalmente en los estados de crisis; por lo que se emplearon tres herramientas teórico-metodológicas para la atención de los mismos.³⁵⁹

1. Reacciones del enfermo ante la muerte.

El proceso psicológico del enfermo terminal según Kübler Ross (1969)³⁶⁰ y Sporken (1987),³⁶¹ Ambos describieron las etapas o estadios que pueden acontecer tras la pérdida de un ser querido. El primero describió cuatro etapas: ignorancia, inseguridad, negación implícita y comunicación de la verdad. Éstos preceden a los cinco estadios descritos por Kübler: negación y aislamiento, indignación o ira, regateo o negociación, depresión y aceptación. Los estadios no necesariamente son sucesivos, pueden presentarse de forma simultánea; o en su defecto, no presentarse alguno de ellos. La descripción de cada etapa se presenta en el anexo 18.

2. El empleo del Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU) de Bellak (1996), como apoyo para el manejo de los casos de Intervención en Crisis.

3. La lectura de *Agonía, Muerte y Duelo*, de Sherr Lorraine (1989), nos brinda una visión general y específica de los cuidados y paliativos que se deben tener con el paciente terminal: el control de los síntomas físicos, las facilidades que se deben de dar para la

³⁵⁹Es importante destacar que estas herramientas funcionaban como guías generales; pero podría suceder el caso de requerir otro tipo de terapia.

³⁶⁰Cit. pos. Massé, P. & Giménez, M. (1999). En *Enfermedad y muerte: asistencia al enfermo moribundo*.

³⁶¹Cit. pos. Massé & Giménez, op. cit.

rehabilitación, el darle atención a las necesidades psicosociales, emocionales, espirituales; el establecimiento y mantenimiento de la comunicación entre los miembros del equipo de asistentes, del cual se espera que el paciente y su familia formen parte; proporcionar apoyo adecuado durante la agonía; el manejo de la fase terminal; el apoyo al paciente y la familia; y el proceso de Duelo. Particularmente se habla sobre la muerte de un bebé, de un niño, la muerte por cáncer y el suicidio. También se hace mención de los aspectos legales y sociales de la muerte.

4.8.3.3 Estimulación Temprana

La planeación y desarrollo de un taller de Estimulación Temprana resultó difícil, ya que no se contó con los elementos necesarios para llevarlo a cabo; entre ellos, la falta de personal que pudiera ejecutar los programas, coordinar cada grupo y realizar evaluaciones periódicas, impidieron concretar el trabajo en este módulo.

La población que podía solicitar el servicio era a través de la canalización del departamento de Pediatría y en menor instancia los que solicitaron el servicio por interés propio. En el corto período que se brindó el servicio (3 meses aproximadamente), se realizaron evaluaciones a los niños que eran remitidos de urgencia o pediatría; para posteriormente canalizados a una Institución que tuviera la especialidad.

Los padecimientos que principalmente se presentaban eran los siguientes: anoxia,³⁶² hipoxia,³⁶³ retraso psicomotor, sufrimiento fetal, absorción de meconio,³⁶⁴ bajo peso al nacer, empleo de fórceps, partopostérmino, ictericia,³⁶⁵ insuficiencia respiratoria o insuficiencia renal. Básicamente los trastornos que se podían presentar eran:

1. Trastornos específicos del desarrollo de la función motriz; deterioro de la actividad motora fina y gruesa.
2. Retraso mental leve, moderado y grave.
3. Algunos trastornos del habla, lenguaje y de habilidades escolares.

³⁶²Falta o deficiencia de oxígeno a los tejidos.

³⁶³Disminución en la concentración de oxígeno en la sangre.

³⁶⁴Substancia oscura que se encuentra en el intestino del feto y se elimina durante los primeros cuatro días de vida.

³⁶⁵Síndrome caracterizado por un incremento de la bilirrubina en la sangre lo que ocasiona una coloración amarilla de la piel y las mucosas.

4. Falta de atención, hiperactividad.
5. Trastornos de conducta y de las emociones.
6. Trastornos emocionales como enuresis y encopresis no orgánica, trastornos en la ingestión de alimentos; etc.

Por lo general el primer contacto con el paciente se hacía a través de la madre, quién llevaba al niño; aunque podría presentarse la ocasión que directamente se canalizaba de Pediatría y un psicólogo pasaba a atender al recién nacido al área de cuneros.

Aún así se tenía que abrir un expediente el cuál tenía que incluir: la entrevista para padres del Centro de Atención Psicológica Módulo de Estimulación Temprana,³⁶⁶ en dónde se recaudaba la siguiente información:

1. Datos generales.
2. Datos socioeconómicos.
3. Datos familiares.
4. Antecedentes heredo-familiares.
5. Información específica.
6. Generales.
7. Aspecto general del paciente.

Por otro lado, para realizar la canalización del paciente era necesario efectuar una pequeña valoración del niño; ésta constó de:

1. Recabar información de los posibles riesgos que pudieron alterar el crecimiento y desarrollo del niño (pre, peri y postnatales).

2. Notificar los resultados del Apgar.³⁶⁷ Las puntuaciones de esta prueba establecen el tipo de asfixia que pudo haber sufrido el recién nacido y de cierta forma la afectación al sistema neurológico y el desarrollo motor. Se considera asfixia grave con un Apgar de 0 a 2 y asfixia moderada con una calificación de 4 a 5.

3. Aplicación de la Prueba Denver para la Evaluación del Desarrollo. Este instrumento de evaluación pretende identificar a los pacientes que no se están desarrollando normalmente, lo hace a través de la observación del desarrollo del niño en el área del

³⁶⁶Vid. Anexo 19.

³⁶⁷Este método fue diseñado por la Dra. Virginia Apgar (1953), aquí se evalúa a apariencia (color), pulso (ritmo cardíaco), gestos (irritabilidad refleja), actividad (tono muscular) y respiración (esfuerzo respiratorio). Un ejemplo de la valoración del Apgar se muestra en el anexo 20.

lenguaje, desarrollo personal y social, motora fina y gruesa. Se considera que el niño tiene un retraso en el desarrollo cuando no efectúa alguna actividad en la que usualmente el 90% de los niños de su edad lo hacen, en el caso de tener más retrasos en las demás áreas se requiere de intervención temprana.

4. Así mismo se debía de tomar en cuenta en qué etapa del desarrollo se encuentra el paciente de acuerdo a las etapas del desarrollo del Sistema Nervioso Central: Apedal, Cuadrupedal y Bipedal.³⁶⁸

Estas pruebas permiten hacer la detección del tono, postura, movimientos, conductas, adquisición de conductas con alteración en calidad y patrón de las mismas, alteración de la presentación de los reflejos, alteraciones en estados funcionales, trastornos de la sensopercepción, y retraso en la aparición de las reacciones y conductas del desarrollo.

Básicamente las actividades que se realizaron en este módulo constaron de la recepción del paciente, la evaluación a través de los cuatro elementos anteriormente mencionados, más la entrevista a padres; y de la canalización a algún centro de Estimulación Temprana o a otro Hospital que contara con ese servicio o especialidad. Usualmente se remitían al Hospital Pediátrico de Legarfa. Los expedientes de Estimulación Temprana, se identificaron con la calcomanía color rosa.

En adición a estos tres módulos anteriormente descritos, se realizó una propuesta para trabajar conjuntamente con el Voluntariado del Hospital, misma que se reseñará en el siguiente apartado.

4.8.3.4 Vinculo Voluntariado

En este apartado se destacará la importancia de establecer una relación con el Voluntariado del Hospital.

Una de las funciones más importantes vinculadas con la comunidad es la promoción de grupos voluntarios que presten servicio al Hospital, colaborando en todas aquellas funciones no profesionales que se realizan dentro de un nosocomio; tal es el caso de los cuerpos de Damas Voluntarias que benefician a través de su organización a Instituciones y que cumplen con una doble función: proporcionan un ambiente agradable, familiar, y

³⁶⁸Vid. Anexo 21.

efectúan actividades a favor del paciente que carece de recursos económicos para su atención.

El Hospital General de Naucalpan, cuenta con el Voluntariado "Margarita Labardini" constituido por señoras que trabajan a favor de los enfermos que acuden a dicho nosocomio. Realizan diversas actividades, entre ellas: la consulta general y electrocardiogramas por parte de un técnico, donación de medicamentos, ventas de garaje, comidas, desayunos, etc., con el objeto de recaudar fondos, para la compra de diversos materiales y medicamentos que son necesarios en el Hospital; por último, un médico especialista en desarrollo neuromotor, brinda consultas a los niños que padecen de alguna alteración neurológica y que requieren de rehabilitación.

Como anteriormente se mencionó, el Centro de Atención Psicológica (CAP) no contaba con recursos económicos para la compra de los materiales básicos para la consulta; por lo que a través del Voluntariado se presentó una propuesta a los directivos del Hospital para recaudar una donación por consulta. Se denominó "Cuota de Recuperación Voluntaria Donativo".³⁶⁹ Esta propuesta fue aceptada, el donativo tenía que ser entregado al responsable de la tesorería del CAP, quien a su vez entregaba un recibo para llevar un control de los donativos. El dinero recaudado se entregaba semanalmente a una representante del Voluntariado que guardaba el dinero. Para realizar una compra se le solicitaba el dinero y se firmaba un recibo. La compra debía de llevar la factura, remisión o nota, así como la notificación de la compra.³⁷⁰

Es importante señalar que en caso de no poder pagar la consulta, ésta se daba de forma gratuita.

Por cada donativo se expedía un recibo foliado a nombre del paciente y al final de la semana se hacía un registro que incluía fecha, el nombre del paciente, número de recibo, área en la que había sido atendido y cantidad entregada. Este registro³⁷¹ se entregaba a la Sra. Dama Voluntaria, a quien se le proporcionaba copia para que se tuviera un archivo de toda la documentación generada a partir de este vínculo.

³⁶⁹Vid. Anexo 22.

³⁷⁰Vid. Anexo 23.

³⁷¹Vid Anexo 24.

Una vez explicado cómo se estructuró el Centro de Atención Psicológica, así como los diferentes Módulos de atención y el Vínculo con el Voluntariado del Hospital; se considera pertinente aclarar cómo se describieron los resultados obtenidos de dicho trabajo. Se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

1. El trabajo se realizó en el periodo que abarcó desde junio de 1999 a junio del 2000.
2. En tanto es un trabajo que se originó desde lo empírico retomando aspectos teóricos; se pretendió reformular las funciones del psicólogo en el Hospital donde se llevó a cabo; para mostrar dicho cambio, se tomaron los datos cuantitativos que corresponden al periodo en el que se efectuó la labor profesional; y los datos que pertenecen al periodo de abril de 1997 a abril de 1998.

3. Para efectuar un análisis comparativo entre lo que no había antes de que se realizara el proyecto de trabajo y lo que se obtuvo posterior a éste, se emplearon los datos que abarcaron de abril de 1997 a abril de 1998, fundamentalmente por dos causas; primero porque este periodo tuvo una similitud en cuanto al número de personas que proporcionaban atención psicológica (cuatro psicólogos); y segundo porque estos datos son los únicos que proporcionó el Departamento de Informática del Hospital.

4. Sin embargo los números que se tomaron sólo nos reflejarán una parte de la "realidad"; es decir los datos sólo pueden evidenciar (en este caso), el número de consultas tanto femeninas como masculinas; los casos de mayor incidencia; los meses en los que se atendieron el mayor número pacientes y los pacientes por área.

5. Los resultados que pertenecieron a "esa" parte en la que no se puede asignar un valor numérico; (la parte cualitativa) se describieron como las aportaciones, ventajas, dificultades, acuerdos, etc., que se obtuvieron.

6. Los datos cuantitativos se dividieron en dos etapas; la primera incluye el periodo de abril 1997/abril 1998 y la segunda etapa de junio 1999/junio 2000. Los datos de la primera etapa se emplearon sólo como punto de referencia. Los que pertenecieron a la segunda etapa, se obtuvo el número de consultas de pacientes femeninas y masculinos por mes, por año, y por área; así como la incidencia de casos tanto en mujeres como hombres.

7 Es importante señalar que los resultados se dividieron a su vez, en dos rubros: los que pertenecen al área de Estimulación Temprana y los que abarcan las áreas de Psicología Clínica y Psicología Clínica en Medicina Interna; esto se debe a que los datos que

proporcionó el Departamento de Informática fue en un conglomerado general; y en estas dos últimas áreas resultó imposible identificar que cifras pertenecían a cada uno, por la similitud de los diagnósticos empleados.

8 Por último, la información que se solicitó a dicho Departamento sólo incluyó la clasificación del CIE-10, sexo del paciente y fecha de la consulta; por lo tanto se capturaron todos los datos así como el diagnóstico, mes por mes.

CAPÍTULO V

RESULTADOS DE LA REESTRUCTURACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Resultados 1a Etapa

Los datos que corresponden al período de abril de 1997 a abril de 1998; son los datos que abarcan la Primera Etapa y como anteriormente se especificó, fueron tomados como punto de partida para establecer un comparativo con los resultados obtenidos, posterior a la aplicación de la propuesta.

En esta etapa se desempeñaban cuatro psicólogos: tres para Clínica y uno para Estimulación Temprana. Los registros obtenidos por medio del Departamento de Informática del Hospital son los siguientes:

En la sección de Estimulación Temprana se brindaron 190 consultas, 95 para niñas y 95 para niños. Los tres diagnósticos de mayor incidencia en número de consultas en el caso de las mujeres, fueron: Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz (18),¹ Asfixia del Nacimiento no Especificado (13), y Trastornos Específicos del Desarrollo del Habla y del Lenguaje (12). Sin embargo se presentaron 19 consultas en las que no se emitió ningún posible diagnóstico.² En el caso de los hombres los tres casos con mayor frecuencia fueron: Trastornos de Conducta (16), Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz (10) y Asfixia del Nacimiento no Especificado (7). Aquí también se dieron 20 consultas en las que no se empleó ningún diagnóstico (S/D).³

En el caso de clínica se proporcionaron 134 consultas, de éstas, 79 fueron para pacientes femeninos y 55 para pacientes masculinos. Los tres casos de mayor incidencia en número de consultas para mujeres fueron: Episodio Depresivo no Especificado (10), Trastorno Asocial de la Personalidad (10), y Episodio Depresivo Leve (8). En el caso de los

³⁷² Los números que están en paréntesis después del diagnóstico, indican el número de consultas.

³⁷³ Vid. Tabla 1.

³⁷⁴ Vid. Tabla 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hombres: Trastorno Paranoide de la Personalidad (11), Trastorno de Ansiedad Generalizada (5), y Episodio Depresivo no Especificado (4).³⁷⁵

Los meses en los que se atendió un mayor número de pacientes, fueron en abril cuándo iniciaron el servicio y noviembre; en este mes, no se tiene el reporte de la causa que originó dicho incremento. Los meses de julio, agosto y septiembre se presentan en ceros, al parecer porque en estas fechas se suspendió el servicio por periodo vacacional.³⁷⁶ Lo mismo ocurrió en el caso de la sección de clínica.³⁷⁷

5.2 Resultados 2a Etapa

Los datos obtenidos a partir de la reestructuración y aplicación del servicio psicológico en un hospital de segundo nivel de atención, se muestran en la Etapa 2 y abarcan desde junio de 1999 a junio del 2000.

Los registros del Módulo de Estimulación Temprana son los siguientes:

Se atendieron un total de 79 consultas que podrían incluir la canalización del paciente a algún hospital con la especialidad de Estimulación Temprana y la evaluación, que por lo general, se efectuaba en dos o tres sesiones y/o la entrevista a los padres del paciente. Se dieron 34 consultas para pacientes femeninos y 45 consultas para pacientes masculinos.³⁷⁸

Las tres frecuencias más altas³⁷⁹ con respecto al número de consultas para pacientes hombres fueron: Trastorno de Conducta Insociable (6), Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz (6), y Enuresis Orgánica (5); sin embargo este último coincide con el Trastorno de Conducta limitado al contexto Familiar y Trastorno del Desarrollo Psicológico no Específico, con 5 consultas.³⁸⁰

³⁷⁵Vid. Tabla 2.

³⁷⁶Vid. Gráfica 1 y Tabla 9.

³⁷⁷Vid. Gráfica 2 y Tabla 10.

³⁷⁸Vid. Tabla 3.

³⁷⁹El criterio para describir las tres primeras frecuencias de cada módulo, sólo tiene la finalidad de ejemplificar algunos de los diagnósticos que se presentaron; sin embargo, se considera que todos los casos obtenidos resultan importantes, ya que en cada uno de éstos se desarrolló un trabajo en particular.

³⁸⁰Vid. Tabla 5.

En lo que compete a los pacientes femeninos, las frecuencias más altas fueron: Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz (9), Enuresis no Orgánica (6), y Trastorno de la Conducta limitado al Contexto Familiar (6).³⁸¹

Los meses en los que se presentó una mayor demanda de atención fueron octubre (15) y noviembre (15).³⁸²

Los datos que corresponden a los Módulos de Psicología Clínica y Psicología Clínica en Medicina Interna, se presentan a continuación:

En total se proporcionaron 311 consultas; de ellas 204 fueron para mujeres y 107 para hombres.³⁸³ El mayor número de consultas que se brindaron en el caso de pacientes masculinos fue: Episodio Depresivo Leve (23), Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos (19), y Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión (9).³⁸⁴

En el caso de los pacientes femeninos, las tres frecuencias más altas en comparación con el número de casos atendidos fueron: Episodio Depresivo Leve (47), Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos (17), y Reacción al Estrés Agudo (15).³⁸⁵

Los meses en los que se presentó una mayor afluencia de pacientes fueron junio/99 (39) y mayo/00 (33).³⁸⁶

Finalmente, se expidieron un total de 136 expedientes para el módulo P.C., de éstos, 93 fueron pacientes femeninos y 43 pacientes masculinos.

5.2.1 *Análisis de Resultados de la 2a Etapa.*

5.2.1.1 Módulo de Estimulación Temprana

En este apartado trataremos de explicar los datos obtenidos en este módulo. Se proporcionaron 45 consultas para niños en el transcurso de un año, la mayoría de éstas fueron producto de la entrevista, la evaluación, la asesoría a los padres del paciente y en algunos casos de la terapia brindada al niño. Por ejemplo en el caso del Trastorno de la Conducta Insociable que según el CIE-10, se caracteriza por la combinación de

³⁸¹Vid. Tabla 6.

³⁸²Vid. Gráfica 3 y Tabla 9.

³⁸³Vid. Tabla 4.

³⁸⁴Vid. Tabla 7.

³⁸⁵Vid. Tabla 8.

³⁸⁶Vid. Gráfica 4 y Tabla 10.

comportamientos "asociales", agresivos, o desafiantes por parte del niño, se brindaron 6 consultas que muy bien, equivaldrían a un sólo paciente, ya que podrían haber asistido tanto padres como niño (paciente) en seis ocasiones. Un caso distinto fueron los pacientes diagnosticados con Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz (6), ya que podía presentarse la ocasión que una consulta representaba sólo la canalización, o en su defecto la evaluación completa y la respectiva canalización.³⁸⁷

En lo que concierne a las niñas, los casos se ubicaron más con alguna problemática orgánica, fisiológica o motora, que con algún aspecto exclusivamente social³⁸⁸ como en el caso de los niños que usualmente eran remitidos por problemas de conducta.

Así mismo en diciembre no se presentó ningún paciente ya que por lo general los padres preferían no llevar a los niños al Hospital por el frío que hacía en las mañanas, y además porque a partir del día 15, los niños salían de vacaciones en la escuela.

En las tablas 5 y 6, se muestran algunos datos con 0 número de consultas; se presentó así porque podía ocurrir el caso de tener consultas con ese diagnóstico en hombres y no en mujeres o viceversa.

Por último podía pasar un mes completo y sólo atender una o dos consultas (tal es el caso de enero a junio/00), o atender tal vez 2 ó 3 casos que implicarían 10 consultas en un mes.

5.2.1.2 Módulo de Psicología Clínica y Psicología Clínica en Medicina Interna

En estos Módulos la situación fue distinta, los pacientes no podían presentar un determinado número de consultas, ya que esto dependía básicamente del tipo de terapia empleada por el psicólogo, así como de la disponibilidad del paciente. Lo que sí fue evidente es que asiste un mayor número de pacientes femeninos (204), en comparación con los pacientes masculinos (107).³⁸⁹

En relación con los pacientes masculinos, los tres casos con mayor frecuencia fueron: Episodio Depresivo Leve (23), Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos (19), y Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión (9). En correspondencia con el CIE-10, estos tres

³⁸⁷Vid. Tabla 5.

³⁸⁸Vid. Tabla 6.

³⁸⁹Vid. Tabla 4.

diagnósticos comparten características o sintomatologías en común; entre ellas: ansiedad, síntomas "somáticos", pérdida del interés, pérdida de la autoestima, ideas de inutilidad y culpa, y en algunas ocasiones acciones suicidas.³⁹⁰

Los pacientes masculinos decrementaron su asistencia en los meses de junio a septiembre; esto probablemente se debió al cambio de terapeuta; porque cuando finalizaban su trabajo los pasantes de psicología, concluían con su asistencia al Hospital y daban por terminada la labor con los pacientes. Para algunos de ellos, resultó difícil e inclusive llegaron a manifestar que se sentían "abandonados" o "dejados" sin haber terminado su proceso terapéutico; lo anterior no los motivó para continuar con otro psicólogo. De igual forma, lo que pudimos notar es que la mayoría de los casos masculinos eran producto de la referencia hospitalaria, más que por voluntad propia; es decir, eran pocos los hombres que acudían sin intermediarios directamente a solicitar una consulta clínica.³⁹¹

Los casos de pacientes femeninos resultaron ser casi el doble que los pacientes masculinos. Los casos con mayor frecuencia (femeninos) fueron: Episodio Depresivo Leve (47), Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos (17), y Reacción al Estrés Agudo (13). Los dos primeros diagnósticos son iguales que en el caso de los pacientes masculinos. En relación con el CIE-10, la particularidad del último implica un acontecimiento o un suceso vital "excepcionalmente estresante" que produzca una reacción aguda de estrés, o un cambio vital significativo; la sintomatología podría implicar "aturdimiento" con cierta constricción del campo de conciencia, o en su defecto "agitabilidad" e hiperactividad como reacción de fuga. Usualmente con el paso de los días la sintomatología desaparece; y si esto no ocurriera, se tiene que rediagnosticar al paciente.³⁹²

Por último, para ambos casos (masculinos y femeninos) en los meses de noviembre y diciembre, decrementó la asistencia debido al periodo vacacional de los pacientes o de sus hijos.³⁹³ Es importante aclarar que el Centro de Atención Psicológica sólo suspendió sus labores la última semana de diciembre y la primera semana de enero.

³⁹⁰Vid. Tabla 7.

³⁹¹Vid. Gráfica 4.

³⁹²Vid. Tabla 8.

³⁹³Vid. Gráfica 4.

5.2.2 Comparativo 1a Etapa y 2a Etapa.

En este apartado se mostrarán los resultados comparativos por cada módulo, de la 1a Etapa y la 2a Etapa.

En el área de Estimulación Temprana (1a) se atendieron en total de 190 consultas, entre ellas 95 para pacientes masculinos y 95 para pacientes femeninos. En el Módulo de Estimulación Temprana (2a) se dio un total de 79 consultas, 34 femeninos y 45 masculinos.³⁹⁴ Esto significa que del total de consultas de ambas etapas, el 71% corresponde a la 1a Etapa y el 29% a la 2a Etapa; es decir, casi se dejaron de atender 2.4 veces el número de consultas que ya se brindaban en el periodo de abril/97 a abril/98.³⁹⁵

En este periodo el 50% fueron consultas para hombres y 50% para mujeres. En la segunda etapa el 57% correspondió al número de consultas de casos masculinos y el 43% fueron para pacientes femeninos.³⁹⁶

En el primer periodo de brindaron 134 consultas para clínica, 79 para pacientes femeninos y 55 para masculinos. En los Módulos de Psicología Clínica y Psicología Clínica en Medicina Interna, se dieron un total de 311 consultas, de ellas 204 para pacientes femeninos y 107 para pacientes masculinos.³⁹⁷ Esto implica que del total de consultas de las dos etapas, el 30% corresponde a la 1a Etapa y el 70% a la 2a Etapa; esto es, se atendieron 2.3 veces más casos, en comparación con el periodo de abril/97 a abril/98.³⁹⁸

En esta etapa (2da) el 34.5% fueron consultas para pacientes masculinos y 65.5% para pacientes femeninos. En la primera etapa el 41% correspondió al número de consultas de casos masculinos, y el 59% fue para pacientes femeninos.³⁹⁹

Para finalizar, del total global que incluye todas las áreas del primer periodo y los tres Módulos del Centro de Atención Psicológica, se brindaron un total de 714 consultas; de ellas 45.4% corresponden a la 1a Etapa y 54.6% a la 2a Etapa.⁴⁰⁰

³⁹⁴Vid. Gráfica 5.

³⁹⁵Vid. Gráfica 7.

³⁹⁶Vid. Gráfica 5.

³⁹⁷Vid. Gráfica 6.

³⁹⁸Vid. Gráfica 8.

³⁹⁹Vid. Gráfica 6.

⁴⁰⁰Vid. Gráfica 9.

Lo que se puede observar, es que en el área de Estimulación Temprana los resultados fueron mayores en la primera etapa, esto se debió a la dificultad que se tuvo para llevar a cabo un Taller de Estimulación Temprana. La falta de recursos humanos, económicos y materiales, imposibilitaron llevarlo a cabo; así mismo, esta área en sí requiere de una organización interna muy específica; es decir, habría que definir qué casos competen más a la estimulación temprana y qué casos a la intervención temprana, de ellos qué casos se pueden atender y por qué, qué programas se deben de llevar a cabo con el niño, con los padres y con el grupo al que pertenezca, además del tipo de evaluación que requiera. A partir de lo anterior, organizar materiales de uso, horarios, registros, ejercicios, etc. Por último, un psicólogo especializado en el área educativa y en particular en el área de Estimulación Temprana; pues se considera que se deben poseer los elementos básicos (mínimo el desarrollo del niño), para ejercer una labor tan delicada.

Por el contrario, en los Módulos de Psicología Clínica y Psicología Clínica en Medicina Interna se atendieron más casos que en la primera etapa. Es probable que esto se debiera a la planeación, organización y finalmente a la coordinación de esos servicios, ya que una vez estructurada y sistematizada cada área, la recepción de pacientes era constante; inclusive resultaron insuficientes los horarios y espacios de atención para poder canalizar a los pacientes a algún psicólogo. En las conclusiones del trabajo, se abordarán en particular, las problemáticas que se presentaron durante el desarrollo del proyecto.

5.3 Resultados producto de la relación con el Voluntariado.

Las relaciones que se establecieron con el Voluntariado "Margarita Labardini", permitieron obtener beneficios principalmente en dos sentidos; primero la recaudación de fondos económicos para la compra de material indispensable para el Centro de Atención Psicológica, y segundo la invitación y en algunos casos, la asistencia a desayunos, pláticas, conferencias, cursos ó talleres; enfocados a la promoción e información de aspectos relacionados con la salud.

La recolección de la "Cuota de Recuperación Voluntaria Donativo", se realizaba una vez que el paciente había tomado su consulta. Se expedía un recibo foliado a nombre del paciente, con la cantidad (en número y letra) y la firma del tesorero. Se llenaron 2

talonarios de recibos, uno de 100 y el otro de 50.⁴⁰¹ Al final de la semana, se entregaba el dinero a la representante del voluntariado. En total se llevaron a cabo 32 entregas de dinero. El monto recaudado fue de \$ 2,208.00 (Dos mil doscientos ocho pesos 00/100 M. N.). En el transcurso del año se compraron los siguientes materiales:

1. Un Escritorio Ejecutivo.
2. Un Archivero de 3 gavetas tamaño oficina.
3. Un Perchero.
4. Un teléfono.
5. Un reloj de pared.
6. Un payaso para Estimulación Temprana.
7. Un juego para Estimulación Temprana.
8. Copias y Agua Purificada.

Se estableció como prioridad comprar un escritorio y un archivero, porque no se tenían muebles en el área que se otorgó para Psicología.

Gracias a las negociaciones del Coordinador del CAP y los directivos del Hospital, se consiguió que nos dieran una extensión telefónica para el Centro de Atención Psicológica. La Extensión fue la 164.

La descripción de todos los movimientos registrados en el periodo de práctica profesional, se muestran en el anexo 25.

El total de gastos fue de \$ 4,475.70 (Cuatro mil cuatrocientos setenta y cinco pesos 70/100 M. N.). Se aportó la cantidad de \$2,267.70 (Dos mil doscientos sesenta y siete pesos 70/100 M. N.), para pagar la diferencia que faltaba y poder comprar los materiales y muebles que se consideraron indispensables para trabajar.

Es importante señalar que se recibieron algunas donaciones por parte del voluntariado; entre ellas juguetes, colchonetas, carreolas, y un clóset para guardar material de Estimulación Temprana. Éste fue donado directamente por la Presidenta del Voluntariado. Para poder ingresarlo al área de Pediatría, se solicitó el permiso al

⁴⁰¹Vid. Anexo 25.

Subdirector Médico del Hospital.⁴⁰² Así mismo el voluntariado pagó los servicios de un carpintero y cerrajero, para la instalación del mueble.

Por otro lado, se asistió a un curso-taller de Tanatología, los días viernes a las 10:00 hrs., que se llevó a cabo en el Auditorio del Hospital.

Para finalizar, se hará mención de las conferencias a las que se fue invitado como ponente. Aunque estas pláticas no fueron producto del vínculo con el voluntariado del Hospital; se incluyen en este apartado porque dichas invitaciones se debieron a las relaciones inter e intrainstitucionales que se establecieron durante el desarrollo del proyecto de trabajo. Entre ellas se destacan:

1. "Violencia Intrafamiliar y Repercusión en la Infancia." Se presentó en el Coloquio Tópicos de Pediatría, en el Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General de Naucalpan "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"; en Junio de 1999.

2. "Aspectos Psicológicos Relevantes en el Paciente Hospitalizado." Se presentó en las XI Jornadas de Aniversario del Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General de Naucalpan "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"; en Septiembre de 1999.

3. "El Desarrollo Humano en el Área de la Salud". Se presentó en las XI Jornadas de Aniversario del Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General de Naucalpan "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"; en Septiembre de 1999.

4. "Cómo se Genera la Violencia Intrafamiliar a través de la Elección de Pareja." Se presentó en las XI Jornadas de Aniversario del Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General de Naucalpan "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"; en Septiembre de 1999.

5. "Violencia Intrafamiliar" Se presentó en el Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General de Nezahualcóyotl "La Perla"; en Octubre de 1999.

5.4 Impacto Social y Clínico del Proyecto

Se quiso incluir en otro apartado todas aquellas aportaciones que se obtuvieron, posterior al desarrollo de este proyecto de trabajo. Se denominaron impacto social y clínico,

⁴⁰²Vid. Anexo 26.

porque se hace referencia a la importancia que tuvo dicho modelo psicológico, en la Institución de Salud, tanto en el ámbito social como clínico.

Las ventajas que se encontraron a nivel social fueron:

1. La población abierta que vive en el área de Naucalpan y zonas conurbanas, contó con un servicio psicológico gratuito (en algunas ocasiones) o de bajo costo.

2. La satisfacción de los pacientes (pues así lo manifestaron) al sentirse atendidos por algún especialista en el ramo.

3. El servicio psicológico reestructurado, organizado, sistematizado y en un lugar ya establecido, les dio mayor confianza a los pacientes, pues en el momento que ellos acudían (según los horarios), cualquier psicólogo les podía dar información y orientación, según su caso.

4. La difusión del CAP en función de la atención brindada a los pacientes.

5. Una vez que tenían contacto con el trabajo de los psicólogos, tuvieron la noción de las funciones de este profesional en el campo de la salud.

6. Conforme se genere mayor antigüedad en el Hospital, los mismos médicos reconocen el trabajo de los psicólogos y a su vez, comienzan a integrarlos como Departamento en la Institución.

7. Una vez establecido el servicio psicológico surge la demanda de otros hospitales por canalizar a los pacientes.

Las ventajas a nivel clínico fueron:

1. Una mayor captación de población que sufre de algún padecimiento, o enfermedad mental.

2. La canalización del paciente de acuerdo a su padecimiento, a algún módulo, o en su defecto, la pronta canalización a una Institución de Tercer nivel de atención.

3. Recibir atención oportuna e inmediata en los casos de urgencia y en pacientes preoperatorios.

4. Que a partir de este ejercicio profesional se pueda considerar a la salud mental como parte integral de la salud del paciente.

5. Una vez establecida la estructura de trabajo se deja un campo abierto para la formación de especialistas en el área de Salud Mental,

CONCLUSIONES

La enfermedad es el estado que se presenta en el individuo cuando los factores biológicos, psicológicos y sociales inciden sobre él, con cierta intensidad y una determinada cualidad, de tal modo que las funciones del organismo son insuficientes para establecer un estado de homeostasis, es decir "un equilibrio dinámico" que se traduce en una "buena" relación entre el individuo y su medio, entre las condiciones internas y externas. Por lo tanto, "el potencial de salud" del individuo dependerá de las características innatas, del medio social en que vive, de la forma en como se apropia de la realidad que vive y de la interrelación de éstas.

La salud mental es parte de la salud integral, depende de la constitución del sujeto y con ello nos referimos a los factores hereditarios, biológicos, genéticos; a los factores socioculturales construidos por el hombre para dar respuesta a sus necesidades, y a los factores psicológicos que nos permiten percibir, definir y actuar con relación a la presencia de algún padecimiento y que en gran medida nos sujeta a este orden de cultura. Por lo que en la comprensión del proceso salud-enfermedad subyacen un sin fin de factores que le dan construcción y forma, así como actuación al individuo en dicho proceso. Es decir, el sujeto es un ser social y se crea y recrea en un mundo sustentado por redes que lo representan, significan y simbolizan.

En tanto se trastocan las tres esferas que conforman el proceso salud-enfermedad, debe favorecerse el trabajo multidisciplinario y transformar las diversas modalidades tradicionales de enseñanza, mostrar apertura hacia los nuevos problemas y aportar contribuciones útiles a todos los que intervienen como actores en la instrumentación de los programas de salud.

Así mismo, la calidad de servicios depende en gran medida de la forma en como los conocimientos están puestos al servicio de la intervención, por lo tanto éste resulta indispensable junto con la actualización de los recursos que se pueden emplear en el tratamiento de enfermedades y patologías del individuo.

En este campo resulta importante evidenciar: primero, que existen diversas posturas teóricas y por ende diversas formas de práctica psicológica que permiten estudiar, investigar y atender determinados fenómenos en lo concreto; tal es el caso por citar alguno,

de la práctica comunitaria en el campo de la salud que se efectúa desde la Psicología Social Aplicada (PSA); segundo, el estudiar fenómenos psicológicos y sociales en el seno de la práctica de grupos, resulta ampliamente complejo y por lo tanto, la reunión de varios profesionales para realizar un trabajo en equipo (e.g., el Equipo Multidisciplinario) implica la reunión de experiencias previas y emociones que disponen la forma en cómo se ven las cosas. Por último el trabajo en grupo y en específico en el EM hospitalario, resulta necesaria la labor conjunta y colaborada para la solución de casos clínicos, lo que posibilita tener otra visión del campo; es decir, emplear los conocimientos prácticos y profesionales para ver "al sujeto y su padecimiento" y no a "la enfermedad y su sujeto" que la acompaña olvidándose del paciente y su calidad de vida, así como de sus propios deseos y formas de afrontar desde ese lugar la decisión sobre sí mismo.

Ahora bien, la falta de servicio psicológico para atender los problemas de salud mental, ha llegado a constituir en la actualidad una de las principales preocupaciones en el campo de la salud pública, ya que han aumentado el número de personas afectadas por algún padecimiento de esta índole. Aunado a lo anterior, los servicios en los hospitales de tercer y cuarto nivel en donde el psicólogo está inserto formalmente, resultan altamente costosos para la mayoría de la población. Producto de lo anterior se evidencian dos cosas, cómo acudir al psicólogo y que éste les sea accesible y cómo el psicólogo se puede insertar en una Institución de Salud, para atender a la población que requiere de este servicio.

De aquí la importancia de la PSA, pues es a través de ésta que el psicólogo tiene un primer contacto con las Instituciones de Salud, brindando la oportunidad de ejercer prácticas profesionales. Así mismo, desde la Psicología Social de la Salud (PSS) se realizan propuestas para mejorar el Sistema de Salud y formular políticas sanitarias en función de la prevención, promoción y mantenimiento de la salud. De igual forma a partir de la Psicología Clínica de la Salud (PCS) se atienden ciertas problemáticas en el ambiente hospitalario, entre ellas los aspectos relacionados con la salud mental como el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción, prevención de la salud, etc.

Cabe señalar que el papel que desempeña el psicólogo dentro de la PSS y la PCS se llegan a confundir, debido a que la información que se tiene de cada una de estas especialidades es poca o nula; sin embargo las formas de intervención son distintas, ejemplo de esto es que en la PSS se aplican específicamente los conocimientos y técnicas

de la Psicología Social, en la comprensión de los problemas de salud destacando la influencia del contexto socio-cultural como factor determinante en el proceso salud-enfermedad del paciente; por lo tanto el cambio en las formas de conducirse ante tal fenómeno, es producto de todas sus estructuras (biológica, psicológica y social) donde se encuentran. Mientras que en la PCS se aplican los principios y técnicas a partir de los conocimientos científicos desarrollados por la Psicología Médica, la Psicología Conductual, la Medicina Conductual y la Medicina Psicosomática; enfatizándose en la evaluación, diagnóstico, explicación, tratamiento o modificación y prevención de las anomalías y trastornos mentales, o cualquier comportamiento relevante en el proceso salud-enfermedad en los distintos contextos en los que pueda presentarse.

Todo lo anterior puede deberse a la falta de modificación de estatutos gubernamentales, que a su vez imposibilitan la inserción del psicólogo en Hospitales de segundo y tercer nivel de atención; pues en la Ley Orgánica de la Salud no se contempla oficialmente la PSS ni la PCS como estructuras que intervengan en el proceso de salud.

Por otro lado, a partir de esta experiencia se observó que la mayoría de los profesionistas no tiene la iniciativa para capacitarse y actualizarse constantemente, un ejemplo de esto es la manifestación interesada por obtener créditos para aprobar la materia aplicada, lo que trae como consecuencia la liberación del Servicio Social, dejando de lado la formalidad y el compromiso que se tiene con la Institución y primordialmente con los pacientes, por lo que el propio personal de salud puede llegar a desacreditar el lugar y el papel que desempeña el psicólogo en este campo.

Por último y no menos importante, en la planeación y desarrollo de este proyecto (como en cualquier Institución), subyacen intereses políticos, administrativos y personales, que delimitan la eficaz ejecución de las propuestas.

Ahora bien, en la presente tesis se desarrolló un trabajo organizado, estructurado y sistematizado, flexible en su aplicación ante las circunstancias económicas, sociales, culturales y educativas, así como de los recursos administrativos, materiales y humanos de la población, para que funcione como guía en la estructuración y aplicación de un "Centro de Atención Psicológica" (CAP) en Instituciones Hospitalarias de segundo nivel de atención.

Sin embargo, así como esta obra destaca por su dinamismo, de igual forma es inevitable mencionar algunos problemas metodológicos que se encontraron en el desarrollo de este modelo; pues aunque goce de cierta versatilidad, algunos factores imposibilitaron su completa aplicación.

Entre ellos la falta de recursos humanos, pues aunque se contaba con psicólogos, éstos no tenían la capacidad de atender la excesiva demanda poblacional que requería el servicio y que por mucho los superaba; así mismo la preparación teórica y la experiencia clínica fueron insuficientes; por ello se considera *indispensable* la existencia de un coordinador que permita la operacionalidad del grupo supervisando sus actividades.

Los espacios, materiales, así como los inmuebles fueron factores que imposibilitaron la adecuada atención de los pacientes, ya que no se contaba con un lugar determinado para dar consulta. La falta de materiales impedía elaborar los expedientes, los que se realizaron provenían de los recursos sustentados por los psicólogos, pues a pesar de crearse un "Fondo de Recuperación Económica", no alcanzó para cubrir las demandas que ya se tenían. De igual forma no se contaba con mobiliario (escritorio, archivero, gavetas, etc.) factor que impedía una estancia funcional y agradable, tanto para pacientes como para el personal que ahí laboraba. Algunas condiciones paupérrimas en las que se encontraba el CAP se podían haber evitado si el Hospital hubiese apoyado este proyecto sin tantos procesos burocráticos, pues para finalizar alguna situación del CAP, se prescindía de trámites administrativos que constantemente resultaba agobiante resolverlos.

Otra injerencia detectada en el modelo, aunque era imposible modificarla, era el diagnóstico que se emitía por medio del CIE-10, pues a través de éste se delimita, limita, aprisiona y somete al paciente a pertenecer a una diagnosis y a una "enfermedad", la cual desconocían y en la mayoría de las ocasiones los alarmaba. Además se tenía que ajustar al paciente al diagnóstico y no a la inversa; pues a pesar de no cubrir con las definiciones de este instrumento de valoración, el paciente forzosamente debía tener alguno de esos caracteres, porque sino era imposible ingresarlo al SISPA y como consecuencia no figuraba como paciente de la Institución.

Otra situación que al final obstaculizó la atención de los pacientes fue el localizarlos vía telefónica, porque si bien contaban la mayoría con este servicio, al contactarlos no se encontraban, el número pertenecía a la empresa donde trabajaban e incluso llegaban a

desconocerlos, el teléfono era para dejar mensajes (que nunca recibían), o el número era equivocado. Dicha situación ocasionó que la población no se mantuviera cautiva en su totalidad. En algunos casos los pacientes regresaban después de largos periodos, objetando múltiples excusas y con la firme intención de recibir una consulta aunque ya hubieran perdido su turno. Lo anterior provocó que los periodos de espera de atención fueran prolongados y por lo tanto se dificultó la oportuna atención del paciente.

Como se podrá observar, se circunscribieron ciertas situaciones dentro del modelo. Esto no impidió que se atendieran casos de forma multidisciplinaria, que si bien no implica la confirmación del modelo como tal, no deja de ser una propuesta interesante. Sin embargo, el hecho de haber atendido casos con un procedimiento estructurado, organizado y sistematizado; incrementó en escala considerable no sólo la calidad de atención que se le brindó al paciente, sino que también permitió edificar bases que sustentaran el trabajo multidisciplinario, redimiendo y enfatizando el papel del psicólogo en el campo de la salud. Motivo por el cual se considera que este trabajo es una prueba fehaciente de que los ámbitos de actuación del psicólogo resultan indispensables e inagotables en este campo.

Para finalizar y puntualizar este trabajo, no sólo se pretende plantear las críticas hacia el modelo presentado y al sistema; pues se considera fundamental realizar algunas propuestas en función de lo que se encontró, con el objeto de darle mayor consistencia y enriquecer la futura aplicación del mismo. Cabe señalar que a través de la praxis, se actualizará el modelo hasta poder formar un esquema de trabajo institucional.

1. Como primera instancia promover por medio de una síntesis o resumen (demostrativa, explicativa y argumentativa), el proyecto a las Universidades particulares y gubernamentales. De igual forma a los Hospitales de 2°, 3° y 4° nivel, generar convenios en los que se establezcan acuerdos bilaterales entre las Universidades y las Instituciones de Salud, para que ambas partes se comprometan formalmente y proporcionen recursos humanos y económicos. Esta propuesta se podrá optimizar si:

- a) El Gobierno modifica e institucionaliza el trabajo psicológico en hospitales.
- b) Aunque no se institucionalice, el gobierno tenga conocimiento y permita el trabajo conjunto.

Si las dos propuestas anteriores no fuesen posibles:

c) El Hospital realice el intento de colaborar con las Universidades para enriquecer los servicios que ofrece, aunando a sus servicios, el plan de trabajo psicológico, negociando (ambas partes) la propuesta para ajustarla a sus necesidades.

d) Las Universidades constantemente divulguen, negocien y promuevan el quehacer del psicólogo dentro de los Hospitales.

2. Generar dentro del Hospital un programa en el que se exponga el paradigma del proceso salud-enfermedad, para que posteriormente sea impartido al personal que asiste a dicho nosocomio (pacientes). De la misma manera invitar al personal que labora en la Institución (Director, subdirector, secretarías, enfermeras, pediatras, médicos generales, etc.), para que a través de esta diligencia se posibilite una concientización del proceso: promoción/prevención/intervención.

3. Los casos que se presentan en un Hospital de segundo nivel son variados y la mayoría de ellos se requiere de atención especializada (e.g., psicólogos educativos que atiendan problemas de aprendizaje, psicólogos enfocados en Terapia Familiar o de Pareja, etc.); de igual manera, se presentan pacientes con patologías muy complejas, en donde es necesaria la intervención de personal capacitado y actualizado; ya que la formación profesional clínica que se recibe como parte de las asignaturas en la carrera de psicología en la FES Iztacala, resulta insuficiente para llevar a cabo una intervención.

4. La selección de los psicólogos en el campo de la salud en las distintas modalidades de trabajo (Psicología Clínica, Psicología Clínica en Medicina Interna y Psicólogos Educativos en Estimulación Temprana), dependerá del conocimiento teórico empírico, aptitudes y afinidad al área seleccionada.

5. A pesar de cumplir con el requisito de emitir un diagnóstico en relación con el CIE-10 o el DSM V, se recomienda tomarlo sólo a reserva de que describa los padecimientos y no como la guía para el tratamiento del paciente.

6. Generalmente en cada inicio de periodo (laboral o servicio social.) se desarrollan diversas propuestas de trabajo, sin embargo lo importante es que a dicho proyecto se le de continuidad. El CAP resulta ser flexible en su aplicación, pues se puede adaptar a las necesidades que requiera la población y la Institución; en este sentido es un proyecto

susceptible para darle seguimiento por psicólogos que realicen su servicio social o profesionales afines al área, siempre y cuando tengan la supervisión de personal capacitado.

7. Es fundamental delimitar los campos de acción y las responsabilidades en la estructura del CAP, esto no significa que se puedan realizar aportaciones e intervenciones entre las diversas áreas; pero no se deben sobrelapar las funciones ya que esto propiciaría tanto pérdida de tiempo, como diferencias personales entre los distintos profesionales. Por ello es importante realizar periódicamente reuniones de trabajo y de grupo en donde se discutan y negocien aspectos laborales y personales.

8. Aunque el número de personas que sufren de algún "padecimiento psicológico" ha incrementado, todavía no existe la conciencia de que la salud mental es parte integral de la salud, y esto de cierta forma, no ha permitido la explotación de todo lo que el psicólogo puede hacer en el campo de la salud.

REFERENCIAS

Alonso-Fernández, F. (1989). *Psicología médica y social*. Barcelona, España: Salvat Editores.

Álvarez, R. (1995). *Educación para la salud*. México: Manual Moderno.

Álvarez, E. (2001, mayo). *Salud, sociedad y Estado*. (18 párrafos). Introducción a las ciencias de la salud. (En red). Disponible en: <http://perso.wanadoo.es/icsalud/home.htm> [2001, septiembre, 11].

Álvarez, G. (2000, enero). *Psicología social: pensadores y corrientes de Investigación*. (134 párrafos). Monografías. (En red). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/pspensadores/pspensadores.shtml> [2001, octubre, 18].

Ander-Egg, E. (1987). *Técnicas de investigación social*. México: Ateneo.

Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar*. Argentina: Paidós.

Arnold, J. (1968). *Melanie Klein. Su enfoque del inconsciente*. En J. Spanjaard y cols. (Ed.), *Historia del Psicoanálisis (V)*. (66-85). Argentina: Paidós

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Barragán, M. (1976). "Interacción entre el desarrollo individual y desarrollo familiar". Revista Mexicana de Psiquiatría, Monografía 1, 174-206.

Baz, M. (1996). La salud social y la subjetividad colectiva. En L. Fernández & M. Pimentel (Eds.), *El Sujeto de la salud mental a fin de siglo*. (13-25). México, D. F.: UAM Xochimilco.

Bejar, C. & Mora, C. (1991). "Una alternativa para el tratamiento del niño con retardo: Entrenamiento a padres". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Bernstein, N. (1982). *Psicología clínica*. México: McGraw-Hill.

Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: FCE.

Board, R. (1980). *Psicoanálisis de las organizaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Bordallo, A. & Plaza, A. (1999). Psicoanalíticas-Psicodinámicas. En S. Cevera, V. Conce & A. Espino (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría*. (72-87). Madrid, España: Smith Kline Beecham.

Byrne, N. & Rozentel, M. (1994). "Tendencias actuales de la educación médica: Propuesta de orientación para la educación médica en América Latina". Educación Médica y Salud, 28 (1), 53-93.

Cala, P. (2000, enero). *Psicología clínica*. (60 párrafos). Monografías. (En red). Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos/psicoclinica/psicoclinica.shtml> [2001, julio, 5].

Campos, M. & Gaspar, S. (1989). "Los conceptos de la educación y aprendizaje en la teoría piagetiana y algunas implicaciones". Perfiles Educativos. 43-44, 3-8.

Castro, J. M. (1997). "Promoción de la salud. A diez años de Ottawa: ¿salud - mercancía o derecho social?". Nueva Época / Salud - Problema. 2,(2), 55-61.

Davison, G. & Neale, J. (1980). *Psicología de la conducta anormal. Enfoque clínico experimental*. México: Limusa.

Ducñas, J. (1999, mayo). *Educación para la salud: bases psicopedagógicas*. (29 párrafos). Revista Cubana Educación Médica. Suplemento. 13(1). (En red). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol13_1_99/ems12199.htm [2001, julio, 11].

Escobar, S. & Farfán, L. (1997). "El Equipo multidisciplinario que labora en la atención del niño maltratado". Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Fasce, E. (2001, marzo). *Salud: Psicología. Psicología social*. (145 párrafos). Monografías. (En red). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos6/siso/siso.shtml>. [2001, junio, 28].

Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica. Enfermos mentales, cuidado y tratamiento*. México: FCE.

Galán, R. (1996). Niveles de atención médica. En G. Malagón-Londoño, R. Galán & G. Pontón. *Administración Hospitalaria*. (115-117). Bogotá, Colombia: Panamericana.

Gallardo, G. (1997). "*Propuesta cognitivo-conductual para desarrollar relaciones de pareja funcionales*." Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

García, Lourdes. (1985). *Las contribuciones de la psicología social a la Investigación en Salud*. México: Trillas.

García, L. & Moya, J. (1993). *Historia de la psicología II. Teorías y sistemas psicológicos contemporáneos*. España: Siglo XXI.

García, L., Moya, J. & Ramírez, S. (1997). *Historia de la psicología I. Introducción*. España: Siglo. XXI.

Glasman, R., Figueroa, M., Follari, R. & Rodríguez, G. (1987) *Corrientes psicológicas y currículum*. En R. Glasman & M. Ibarrola, (Eds.), *Planes de estudios. Propuestas institucionales y realidad curricular*. (203-247). México, D. F.: Nueva Imagen.

Gómez, H. (1996). **Organización estructural y funcional.** En G. Malagón-Londoño, R. Galán R & G. Pontón. *Administración Hospitalaria.* (99-114). Bogotá, Colombia: Panamericana.

Gómez, H. & Galán, R. (1996). **Niveles de atención en salud y grados de complejidad.** En G. Malagón-Londoño, R. Galán & G. Pontón. *Administración Hospitalaria.* (123-126). Bogotá, Colombia: Panamericana.

Gomezjara, F. (1988). *Sociología.* México: Porrúa.

Gomezjara, F. & Ávila, R. (1989). *Salud comunitaria. Teoría y técnicas.* México: Porrúa.

González, J; Monroy de Velazco, A. & Kupferman, E. (1978). *Dinámica de grupos. Técnicas y tácticas.* México, D. F.: Concepto.

Greene, Walter & Simons-Morton, Bruce. (1984). *Educación para la salud.* México, D. F.: Interamericana.

Guinsberg, E. (1996). **La salud mental en nuestros tiempos de cólera.** En L. Fernández & M. Pimentel (Eds.), *El Sujeto de la salud mental a fin de siglo.* (35-49). México, D. F.: UAM Xochimilco.

Haro, A. (1999). **Tratamientos Psicosociales Terapia Familiar**. En S. Cevera, V. Conce & A. Espino (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría*. (120-125). Madrid, España: Smith Kline Beecham.

Harsch, C. (1994). *Identidad del psicólogo*. México, D. F.: Alhambra Mexicana.

Jiménez-Domínguez, B. (1999-2000). "Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza". Dossier. Revista Universidad de Guadalajara, 17/Invierno, 44-52.

Lodewig, K. (1996). *Terapia sistémica. Bases de teoría y prácticas clínicas*. Barcelona, España: Herder.

Mancheño, J. & Alonso, P. (1999). **El Equipo multidisciplinario: Funciones y roles. Inconvenientes y ventajas**. En S. Cevera, V. Conce & A. Espino (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría*. (138-149). Madrid, España: Smith Kline Beecham.

Massé, P. & Giménez, M. (1999). **Enfermedad y muerte: Asistencia al enfermo moribundo**. En S. Cevera, V. Conce & A. Espino (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría*. (299-305). Madrid, España: Smith Kline Beecham.

Matrajt, M. (1996). **La dimensión sanitaria**. En L. Fernández & M. Pimentel (Eds.), *El Sujeto de la salud mental a fin de siglo*. (87-98). México, D. F.: UAM Xochimilco.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Marx, M. & Hillix, W. (1987). *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneas*. México, D. F.: Paidós.

Méndez, R. (1988). **Comisión coordinadora de los institutos nacionales de salud**. En G. Soberón, J. Kumate, & J. Laguna. (Eds.), *La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo III. Desarrollo institucional*. Vol 3. (11-22). Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. El Colegio Nacional. México: FCE.

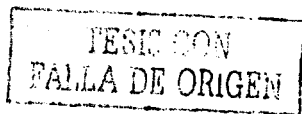
Menéndez, F. (1998). "Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental". Sumario de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de la Salud Mental. No. 65 Enero / Marzo, 108-177.

Mercado, F., Villaseñor, M. & Lizardi, A. (1999-2000). "Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo de consolidación". Dossier. Revista Universidad de Guadalajara, 17/Invierno, 13-22.

Minuchin, S. & Fishman, Ch. (1991). *Técnicas de terapia familiar*. México, D. F.: Paidós.

Newcomb, T. (1970). *Manual de Psicología social*. Buenos Aires, Argentina: Universitaria.

Oñativía, O. (1994). *Bases psicosociales de la educación*. Buenos Aires, Argentina: Universitaria.



Organización Panamericana de la Salud. (1997). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima Revisión. Publicación Científica No. 554. México, D. F.: Autor.

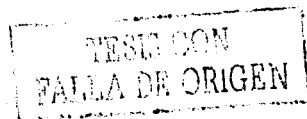
Ortuno, V. (1997). "Evaluación psicológica, un apoyo a la psicología educativa. Reporte de investigación en la Unidad de Evaluación Psicológica". Reporte de Investigación de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Papalia, D. & Wendkos O. (1992). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.

Pardo de Vélez G. (1997). Investigación cualitativa. En G. Pardo de Vélez & M. Cedeño. (Eds.), *Investigación en Salud. Factores sociales*. (181-219). Colombia: McGraw-Hill Interamericana, S.A.

Pérez, G. (1999). *Psicoterapias de Orientación Dinámica. Teoría Psicoanalítica*. En S. Cevera, V. Conce & A. Espino (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría*. (88-96). Madrid, España: Smith Kline Beecham.

Perrés, J. (1995). *Proceso de constitución del método psicoanalítico*. México, D.F.: UAM Xochimilco.



Pichón Riviere, E. (1975). Diccionario de Psicología Social. (En red). Disponible en http://www.galeon.com/pcazaau/dipi_fanta.htm [2001, octubre, 18].

Portuondo, J. & Tamames, F. (1979). *Psicoterapia existencial gestáltica y psicoanalítica*. Madrid, España: Biblioteca Nueva Madrid.

Quitmann, H. (1985). *Psicología humanista*. Barcelona, España: Herder.

Reyes, M. & Romero, G. (1997). *"Una Alternativa dentro de la estimulación temprana: Programa dirigido a padres."* Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Rodríguez, J. & García, J. (1996). *Psicología social de la salud*. En J. Alvarado; A. Garrido & J. Torregrosa. (Eds.), *Psicología social aplicada*. (350-380). España: McGraw-Hill.

Roudinesco, E. (1994). *Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*. Lacan. México, D. F.: FCE.

Ruiz, E. (1996). *Nuevas tendencias en las políticas y dispositivos de salud*. En L. Fernández & M. Pimentel (Eds.), *El Sujeto de la salud mental a fin de siglo*. (99-114). México, D. F.: UAM Xochimilco.

San Martín, H. (1992a). *Ecología humana y salud*. En H. San Martín (Ed.), *Tratado general de la salud en las sociedades humanas*. (14-27). México: Prensa Médica.

San Martín, H. (1992b). *Salud mental*. En H. San Martín (Ed.), *Tratado general de la salud en las sociedades humanas*. (511-531). México: Prensa Médica.

Sánchez, J. (2001, abril 7). "México, sin clínicas para enfermos mentales." *El Universal*. p. A 13.

Sánchez, J. (2002, abril 21). "Con trastornos mentales, uno de cada seis mexicanos: Salud." *El Universal*. p. A18.

Santaolaya, F. (1997). *Psicología clínica y de la salud*. España: Editado por el Colegio Oficial de Psicólogos de España.

Sarason, I. & Sarason, B. (1996). *Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall.

Soberón, G., Kumate, J. & Laguna, J. (Comp.). (1988). *La salud en México: Testimonios 1988. Tomo I. Fundamentos del cambio estructural*. Edición Conmemorativa del 40 aniversario de la Organización Mundial de la Salud y del décimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. El Colegio Nacional. México: FCE.

Soberón, G., Kumate, J. & Laguna, J. (Comp.). (1988). *La salud en México: Testimonios 1988. Tomo II. Problemas y programas de salud*. Edición Conmemorativa del 40 aniversario de la Organización Mundial de la Salud y del décimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. El Colegio Nacional. México: FCE.

Soberón, G., Kumate, J. & Laguna, J. (Comp.). (1988). *La salud en México: Testimonios 1988. Tomo III. Vol. 3 Desarrollo Institucional. Secretaria de Salud*. Edición Conmemorativa del 40 aniversario de la Organización Mundial de la Salud y del décimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. El Colegio Nacional. México: FCE.

Taylor, R. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Argentina: Paidós.

Vargas, A. & Palacios, V. (1993). *Educación para la salud*. México: Interamericana McGraw-Hill.

Villaseñor, I. (1999-2000). "Investigación cualitativa en salud y enfermedad". Dossier. Revista Universidad de Guadalajara, 17/Invierno, 7-12.

Yogo, B. (1984). *Metodología de la investigación participativa*. México: Crefal.

Yurén, C. (1988). *Leyes, teorías y modelos*. México, D. F.: Trillas.

Watzlawick, P.; Beavin, J. & Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*.
Barcelona, España: Herder.

Whittaker, J. (1985). *La psicología social en el mundo de hoy*. México, D. F.: Trillas.

BIBLIOGRAFIA

Basados en una teoría de la modificación del comportamiento. (En red). Disponible en: http://www.jhuccp.org/prs/sj42/sj41chap4_2.stm [2002, febrero,25].

Barquín, M., y cols. (1989). *Sociomedicina. Salud pública y medicina social. Tomo 1.* México, D. F.: UNAM. Facultad de Medicina.

Bellak, L. (1996a). *Manual de psicoterapia , breve, intensiva y de urgencia.* México, D. F.: Manual Moderno.

Bellak, L. (1996b). *Guía de preguntas del Manual de psicoterapia , breve, intensiva y de urgencia.* México, D. F.: Manual Moderno.

Diccionario Biográfico. (En red). Disponible en <http://www.galeon.com/pcazau/dicbio.htm>. [2001, octubre, 18].

Diccionario de Psicología Moderna. (2ª Ed). (1968). Bilbao, España: Ediciones Mensajero.

Durán R. (2002). Seminario de investigación Pedagógica: Valoración de creencias, actitudes e intenciones. (En red). Disponible en

<http://www.filos.unam.mx/POSGRADO/seminarios/Teresita/IIrefe.html>. [2002, febrero, 25].

Enciclopedia Ilustrada Cumbre. (1985). Vol. 9. México: Editorial Cumbre, S.A.

Fiorentino, F. (1987). *Métodos de examen de reflejos para evaluar el desarrollo del Sistema Nervioso Central*. México: Prensa Mexicana.

Jaidar, I. (1996). *Medicina tradicional y enfermedad mental en México*. En L. Fernández & M. Pimentel (Eds.), *El Sujeto de la salud mental a fin de siglo*. (63-74). México, D. F.: UAM Xochimilco.

Manzanedo, H. (1983). *Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud*. México, D. F.: Ed. Científicas. La Prensa Mexicana, S.A.

Negrete, E. & Quintanar, F. (1998). *Descripción y análisis del psicólogo en un hospital de 2º nivel de atención en el municipio de Naucalpan*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Nieto, M. (1994). *Casos clínicos de niños con problemas de aprendizaje. (Mis vivencias personales)*. México, D. F.: Manual Moderno.

Resumen del Libro de M. Deusch y R. Krauss. (En red). Disponible en:
<http://www.geocities.com/Athens/Forum/5396/teorias.html>. [2002, febrero, 25].

Sherr, L. (1989). *Agonía, muerte y duelo*. México, D. F.: Manual Moderno.

Soharian, W. (1986). *Historia de la Psicología*. México, D. F.: Trillas.

Velasco, R. (1995). "Los indicadores sociales de la salud mental" Psicología y Salud,
Número Especial, 71-76.

TABLAS

Tabla 1

Número de consultas de Estimulación Temprana. 1a Etapa

Clave CIE-10	Diagnóstico	Femenino	Masculino
F70.0	Retraso Mental	0	1
F72.X	Retraso Mental Grave	1	2
F80	Trastornos Especificos del Desarrollo del Habla y del Lenguaje.	12	5
F80.1	Trastorno del Lenguaje Expresivo	5	5
F80.9	Trastorno del Desarrollo del Habla y del Lenguaje no Especifico	0	2
F81.3	Trastorno Mixto de las Habilidades Escolares	3	3
F81.9	Trastorno del Desarrollo de las Habilidades Escolares no Especifica	5	3
F82.X	Trastorno Especifico del Desarrollo de la Función Motriz	18	10
F83.X	Trastornos Mixtos Especificos del Desarrollo	0	1
F90.0	Perturbación de la Actividad y de la Atención	0	2
F90.8	Otros Trastornos Hipercinéticos	0	2
F91	Trastornos de la Conducta	3	16
F91.0	Trastorno de la Conducta Limitado al Contexto Familiar	3	1
F91.1	Trastorno de la Conducta Insociable	0	1
F91.9	Trastornos de la Conducta No Especificos	0	3
F93.0	Trastorno de Ansiedad de Separación en la Niñez	0	3
F98.0	Enuresis no Orgánica	1	2
F98.9	Trastornos no Especificados, Emocionales y del Comportamiento	3	3
P07.1	Trastornos Rel. c/el Embarazo Prolongado y/sobrepeso al Nacer	9	2
P21.9	Asfixia del Nacimiento, no Especificado	13	7
P91.0	Isquemia Cerebral Neonatal	0	1

Continúa...

Tabla 1. En la tabla se muestran los datos obtenidos en la 1a Etapa en el área de E.T. Se indica la clasificación del CIE-10, el diagnóstico, sexo del paciente, y el total de consultas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1

Número de consultas de Estimulación Temprana. 1a Etapa

Clave CIE-10	Diagnóstico	Femenino	Masculino
<i>S/D</i>	Sin Diagnóstico	19	20
	Total de consultas	95	95
	Total global de consultas	190	

Tabla 1. En la tabla se muestran los datos obtenidos en la 1a Etapa en el área de E.T. Se indica la clasificación del CIE-10, el diagnóstico, sexo del paciente, y el total de consultas.

Tabla 2

Número de consultas de Clínica. 1a Etapa

Clave CIE-10	Diagnóstico	Femenino	Masculino
F07.9	Trastorno Orgánico de la Personalidad y del Comportamiento no Específico	2	1
F10	Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al uso del Alcohol	1	0
F19	Tras. Ment. y del Comp. debido al uso de Múltiples Drogas y Sustancias Psicoactivas	0	1
F31	Trastorno Afectivo Bipolar	2	2
F31.2	Trastorno Afectivo Bipolar Episodio Maniaco Presente con Síntomas Psicóticos	1	0
F32.0	Episodio Depresivo Leve	8	3
F32.1	Episodio Depresivo Moderado	2	2
F32.2	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos	7	3
F32.9	Episodio Depresivo no Especificado	10	4
F34.1	Distimia	1	0
F41.1	Trastorno de Ansiedad Generalizada	5	5
F41.2	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	0	1
F41.9	Trastorno de Ansiedad no Específico	1	1
F42.9	Trastorno Obsesivo-compulsivo no Especificado	0	1
F43.1	Trastorno del Estrés Postraumático	0	2
F43.2	Trastornos de Adaptación	6	0
F44.4	Trastornos Disociativos del Movimiento	0	2
F45.0	Trastornos Somatomorfos	4	1
F45.2	Trastorno Hipocondríaco	1	0
F48.0	Neurastenia	1	0
F51.9	Trastorno no Orgánico del Sueño no Específico	2	1

Continúa...

Tabla 2. En la tabla se muestran los datos obtenidos en la 1a etapa en el área de Clínica. Se indica la clasificación del CIE-10, el diagnóstico, el sexo del paciente, y el total de consultas.

Tabla 2

Número de consultas de Clínica. 1a Etapa

Clave CIE-10	Diagnóstico	Femenino	Masculino
F52.1	Aversión al Sexo y falta de Goce Sexual	3	0
F52.2	Falla de la Respuesta Genital	0	2
F54.X	Factores Psic. y del Comp. Asoc. c / Tras. o Enf. Clas. en otra Parte.	1	3
F60.0	Trastorno Paranoide de la Personalidad	3	11
F60.2	Trastorno Asocial de la Personalidad	10	3
F60.3	Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable	1	0
F60.8	Otros Trastornos Especificos de la Personalidad	2	1
F62.0	Cambio Perdurable de la Pers. después de una Exp. Catastrófica.	5	2
F63	Trastornos de los Hábitos y de los Impulsos	0	1
F65.2	Exhibicionismo	0	2
	Total de consultas	79	55
	Total global de consultas	134	

Tabla 2. En la tabla se muestran los datos obtenidos en la 1a etapa en el área de Clínica. Se indica la clasificación del CIE-10, el diagnóstico, el sexo del paciente, y el total de consultas.

Tabla 3

Número de consultas de Estimulación Temprana. 2a Etapa

Clave CIE-10	Diagnóstico	Femenino	Masculino
F70.0	Retraso Mental Leve	4	0
F72.0	Retraso Mental Mínimo	0	1
F81.9	Trastorno del Desarrollo de las Habilidades Escolares no Especifico	0	1
F82.X	Trastorno Especifico del Desarrollo de la Función Motriz	9	6
F83.X	Trastorno Especificos Mixtos del Desarrollo	1	1
F84.X	Trastornos Generalizados del Desarrollo	0	1
F89.X	Trastorno del Desarrollo Psicológico no Especifico	2	5
F91	Trastorno de la Conducta	0	3
F91.0	Trastorno de la Conducta Limitado al Contexto Familiar	6	5
F91.1	Trastorno de la Conducta Insociable	1	6
F91.3	Trastorno Opositor Desafiante	0	1
F91.9	Trastornos de la Conducta no Especificos	4	4
F93.0	Trastorno de Ansiedad de Separación en la Niñez	0	3
F93.9	Trastorno Emocional en la Niñez, no Especificado	0	1
F94.1	Trastorno de la Vinculación Reactiva de la Niñez	1	0
F98.0	Enuresis no Orgánica	6	5
F98.9	Otros Trastornos no Especificados, Emocionales y del Comportamiento	0	2
	Total de consultas	34	45
	Total global de consultas	79	

Tabla 3. En la tabla se muestran los datos obtenidos en la 2a Etapa en el área de E.T. Se indica la clasificación del CIE-10, el diagnóstico, el sexo del paciente, y el total de consultas.

Tabla 4

Número de consultas de P.C. y P.C.M.I. 2a Etapa

CIE-10	Diagnóstico	Femenino	Masculino
F00.9	Demencia en la Enfermedad de Alzheimer, no Especificada	1	0
F02.4	Demencia en la Enfermedad por Virus del VIH	1	1
F06.3	Trastornos del Humor (Afectivos), Orgánicos	8	3
F06.5	Trastorno Disociativo Orgánico	2	0
F20	Esquizofrenia	1	0
F20.0	Esquizofrenia Paranoide	3	0
F20.1	Esquizofrenia Hebefrénica	0	3
F20.9	Esquizofrenia no Especificada	1	0
F22.0	Trastorno Delirante	1	0
F30.1	Manía sin Síntomas Psicóticos	0	1
F31.0	Trastorno Afectivo Bipolar, episodio Hipomaniaco Presente	1	0
F31.1	Trast. Afectivo Bipolar, E. Maníaco Presente s/Síntomas Psicóticos	1	0
F31.2	Trastorno Afectivo Bipolar, E. Maníaco Presente c/Síntomas Psicóticos	1	0
F31.9	Trastorno Afectivo Bipolar, No Especificado	0	2
F32	Episodio Depresivo	11	3
F32.0	Episodio Depresivo Leve	47	23
F32.1	Episodio Depresivo Moderado	9	4
F32.2	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos	17	19
F32.9	Episodio Depresivo, no Especificado	1	0
F33.9	Trastorno Depresivo Recurrente no Especificado	1	0
F34.0	Ciclotimia	1	1

Continúa...

Tabla 4. En la tabla se muestran los datos obtenidos en la 2a Etapa en el área de P.C. Y P.C.M.I. Se indica la clasificación del CIE-10, el diagnóstico, el sexo del paciente, y el total de consultas.

Tabla 4

Número de consultas de P.C. y P.C.M.I. 2a Etapa

CIE-10	Diagnóstico	Femenino	Masculino
F34.9	Trastorno Persistente del Humor Afectivo no Específico	3	4
F38	Otros Trastornos del Humor (Afectivos)	0	1
F38.1	Otros Trastornos del Humor (Afectivos), Recurrentes	4	3
F38.8	Otros Trastornos del Humor (Afectivos), Especificados	0	1
F41.1	Trastorno de Ansiedad Generalizada	8	0
F41.2	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	0	9
F41.3	Otros trastornos de Ansiedad Mixtos	4	0
F41.9	Trastorno de Ansiedad no Específico	4	1
F42.0	Predominio de Pensamientos o Rumiaciones Obsesivas	2	0
F43.0	Reacción al Estrés Agudo	15	5
F43.1	Trastorno del Estrés Postraumático	2	4
F43.2	Trastornos de Adaptación	5	2
F45.0	Trastornos Somatomorfos	13	1
F45.3	Disfunción Autónoma Somatomorfa	2	0
F45.4	Trastorno de Dolor Persistente Somatomorfo	2	1
F45.9	Trastorno Somatomorfo, no Especificado	4	0
F50.0	Anorexia Nerviosa	5	0
F50.1	Anorexia Nerviosa Atípica	1	0
F50.2	Bulimia Nerviosa	1	0
F50.9	Trastorno de Ingestión de Alimentos, no Especificado	2	0
F51.4	Terrores del Sueño (Terrores Nocturnos)	0	1

Continúa...

Tabla 4. En la tabla se muestran los datos obtenidos en la 2a Etapa en el área de P.C. Y P.C.M.I. Se indica la clasificación del CIE-10, el diagnóstico, el sexo del paciente, y el total de consultas.

Tabla 4

Número de consultas de P.C. y P.C.M.I. 2a Etapa

CIE-10	Diagnóstico	Femenino	Masculino
F52.8	Otras Disfunciones Sexuales, no Ocasionadas por Tras. ni Enferm. Org.	1	0
F54.X	Fact. Psic. y del Comp. Asoc. c/ Trast. o Enfer. Clas. en otra parte	5	0
F59.X	Síndromes del Comp. Asoc. c/alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos	0	1
F60.0	Trastorno Paranoide de la Personalidad	0	3
F60.0	Trastorno Paranoide de la Personalidad	0	1
F60.2	Trastorno Asocial de la Personalidad	1	0
F60.3	Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Estable	4	2
F60.7	Trastorno de la Persona Dependiente	2	0
F66.1	Orientación Sexual Egodistónica	2	0
F66.8	Otros Trastornos del Desarrollo Psicosexual	3	2
F66.9	Trastorno de la Relación Sexual	1	4
F68.8	Otros Trastornos Especificados de la Pers. y del Comp. en Adultos	0	1
	Total de consultas	204	107
	Total global de consultas	311	

Tabla 4. En la tabla se muestran los datos obtenidos en la 2a Etapa en el área de P.C. Y P.C.M.I. Se indica la clasificación del CIE-10, el diagnóstico, el sexo del paciente, y el total de consultas.

Tabla 5

**Consultas de Estimulación Temprana. 2a Etapa
(Frecuencia de casos masculinos)**

Masculino	Clave CIE-10	Diagnóstico
0	F70.0	Retraso Mental Leve
0	F94.1	Trastorno de la Vinculación Reactiva de la Niñez
1	F72.0	Retraso Mental Mínimo
1	F81.9	Trastorno del Desarrollo de las Habilidades Escolares no Especifico
1	F83.X	Trastorno Especificos Mixtos del Desarrollo
1	F84.X	Trastornos Generalizados del Desarrollo
1	F91.3	Trastorno Opositor Desafiante
1	F93.9	Trastorno Emocional en la Niñez, no Especificado
2	F98.9	Otros Trastornos no Especificados, Emocionales y del Comportamiento
3	F91	Trastorno de la Conducta
3	F93.0	Trastorno de Ansiedad de Separación en la Niñez
4	F91.9	Trastornos de la Conducta no Especificos
5	F89.X	Trastorno del Desarrollo Psicológico no Especifico
5	F91.0	Trastorno de la Conducta Limitado al Contexto Familiar
5	F98.0	Enuresis no Orgánica
6	F82.X	Trastorno Especifico del Desarrollo de la Función Motriz
6	F91.1	Trastorno de la Conducta Insociable
45	Total de consultas	

Tabla 5. En la tabla se muestra la frecuencia del número de consultas de casos masculinos y el total de éstas.

Tabla 6
Consultas de Estimulación Temprana. 2a Etapa
(Frecuencia de casos femeninos)

Femenino	Clave CIE-10	Diagnóstico
0	F72.0	Retraso Mental Mínimo
0	F81.9	Trastorno del Desarrollo de las Habilidades Escolares no Específico
0	F84.X	Trastornos Generalizados del Desarrollo
0	F91	Trastorno de la Conducta
0	F91.3	Trastorno Opositor Desafiante
0	F93.0	Trastorno de Ansiedad de Separación en la Niñez
0	F93.9	Trastorno Emocional en la Niñez no Especificado
0	F98.9	Otros Trastornos no Especificados, Emocionales y del Comportamiento
1	F83.X	Trastorno Específicos mixtos del Desarrollo
1	F91.1	Trastorno de la Conducta Insociable
1	F94.1	Trastorno de la Vinculación Reactiva de la Niñez
2	F89.X	Trastorno del Desarrollo Psicológico no Específico
4	F70.0	Retraso Mental Leve
4	F91.9	Trastornos de la Conducta no Específicos
6	F91.0	Trastorno de la Conducta Limitado al Contexto Familiar
6	F98.0	Enuresis no Orgánica
9	F82.X	Trastorno Específico del Desarrollo de la Función Motriz
34	Total de consultas	

Tabla 6. En la tabla se muestra la frecuencia del número de consultas de casos femeninos y el total de éstas.

Tabla 7
Consultas de P.C. y P.C.M.I. 2a Etapa
(Frecuencia de casos masculinos)

Masculino	Clave CIE-10	Diagnóstico
0	F00.9	Demencia en la Enfermedad de Alzheimer, no Especificada
0	F06.5	Trastorno Disociativo Orgánico
0	F20	Esquizofrenia
0	F20.0	Esquizofrenia Paranoide
0	F20.9	Esquizofrenia no Especificada
0	F22.0	Trastorno Delirante
0	F31.0	Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Hipomaniaco Presente
0	F31.1	Trast. Afectivo Bipolar, E. Maniaco Presente s/Síntomas Psicóticos
0	F31.2	Trastorno Afectivo Bipolar, E. Maniaco Presente c/Síntomas Psicóticos
0	F32.9	Episodio Depresivo, no Especificado
0	F33.9	Trastorno Depresivo Recurrente no Especificado
0	F41.1	Trastorno de Ansiedad Generalizada
0	F41.3	Otros Trastornos de Ansiedad Mixtos
0	F42.0	Predominio de Pensamientos o Rumiaciones Obsesivas
0	F45.3	Disfunción Autonómica Somatomorfa
0	F45.9	Trastorno Somatomorfo, no Especificado
0	F50.0	Anorexia Nerviosa
0	F50.1	Anorexia Nerviosa Atípica
0	F50.2	Bulimia Nerviosa
0	F50.9	Trastorno de Ingestión de Alimentos, no Especificado
0	F52.8	Otras Disfunciones Sexuales, no Ocasionadas por Tras. ni Enferm. Org.

Continúa...

Tabla 7. En la tabla se muestra la frecuencia del número de consultas de casos masculinos y el total de éstos.

Tabla 7
Consultas de P.C. y P.C.M.I. 2a Etapa
(Frecuencia de casos masculinos)

Masculino	CIE-10	Diagnóstico
0	F54.X	Fact. Psic. y del Comp. Asoc. c/ Trast. o Enfer. Clas. en otra parte
0	F60.2	Trastorno Asocial de la Personalidad
0	F60.7	Trastorno de la Persona Dependiente
0	F66.1	Orientación Sexual Egodistónica
1	F02.4	Demencia en la Enfermedad por Virus del VIH
1	F30.1	Manía sin Síntomas Psicóticos
1	F34.0	Ciclotimia
1	F38	Otros Trastornos del Humor (Afectivos)
1	F38.8	Otros Trastornos del Humor (Afectivos), Especificados
1	F41.9	Trastorno de Ansiedad no Específico
1	F45.0	Trastornos Somatomorfos
1	F45.4	Trastorno de Dolor Persistente Somatomorfo
1	F51.4	Terrores del Sueño (Terrores Nocturnos)
1	F59.X	Síndromes del Comp. Asoc. c/alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos
1	F60.0	Trastorno Paranoide de la Personalidad
1	F68.8	Otros Trastornos Especificados de la Per. y del Comp. en Adultos
2	F31.9	Trastorno Afectivo Bipolar, No Especificado
2	F43.2	Trastornos de Adaptación
2	F60.3	Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Estable
2	F66.8	Otros Trastornos del Desarrollo Psicosexual
3	F06.3	Trastornos del Humor (Afectivos), Orgánicos

Continúa...

Tabla 7. En la tabla se muestra la frecuencia del número de consultas de casos masculinos y el total de éstos.

Tabla 7

Consultas de P.C. y P.C.M.I. 2a Etapa
(Frecuencia de casos masculinos)

Masculino	Clave CIE-10	Diagnóstico
3	F20.1	Esquizofrenia Hebefrénica
3	F32	Episodio Depresivo
3	F38.1	Otros Trastornos del Humor (Afectivos), Recurrentes
3	F60.0	Trastorno Paranoide de la Personalidad
4	F32.1	Episodio Depresivo Moderado
4	F34.9	Trastorno Persistente del Humor Afectivo no Específico
4	F43.1	Trastorno del Estrés Postraumático
4	F66.9	Trastorno de la Relación Sexual
5	F43.0	Reacción al Estrés Agudo
9	F41.2	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión
19	F32.2	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos
23	F32.0	Episodio Depresivo Leve
107	Total de consultas	

EXAMEN
FALLA DE ORIGEN

Tabla 7. En la tabla se muestra la frecuencia del número de consultas de casos masculinos y el total de éstos.

Tabla 8
Consultas de P.C. y P.C.M.I. 2a
(Frecuencia de casos femeninos)

Femenino	Clave CIE-10	Diagnóstico
0	F20.1	Esquizofrenia Hebefrénica
0	F30.1	Manía sin Síntomas Psicóticos
0	F31.9	Trastorno Afectivo Bipolar, no Especificado
0	F38	Otros Trastornos del Humor (Afectivos)
0	F38.8	Otros Trastornos del Humor (Afectivos), Especificados
0	F41.2	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión
0	F51.4	Terrores del Sueño (Terrores Nocturnos)
0	F59.X	Síndromes del Comp. Asoc. c/alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos
0	F60.0	Trastorno Paranoide de la Personalidad
0	F68.8	Otros Trastornos Especificados de la Pers. y del Comp. en Adultos
1	F00.9	Demencia en la Enfermedad de Alzheimer, no Especificada
1	F02.4	Demencia en la Enfermedad por Virus del VIH
1	F20	Esquizofrenia
1	F20.9	Esquizofrenia no Especificada
1	F22.0	Trastorno Delirante
1	F31.0	Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Hipomaniaco Presente
1	F31.1	Trast. Afectivo Bipolar, E. Maniaco Presente s/Síntomas Psicóticos
1	F31.2	Trastorno Afectivo Bipolar, E. Maniaco Presente c/Síntomas Psicóticos
1	F32.9	Episodio Depresivo, no Especificado

Continúa...

Tabla 8. En la tabla se muestra la frecuencia del número de consultas de casos femeninos y el total de éstas.

Tabla 8
Consultas de P.C. y P.C.M.I. 2a
(Frecuencia de casos femeninos)

Femenino	Clave CIE-10	Diagnóstico
1	F33.9	Trastorno Depresivo Recurrente, no Especificado
1	F34.0	Ciclotimia
1	F50.1	Anorexia Nerviosa Atípica
1	F50.2	Bulimia Nerviosa
1	F52.8	Otras Disfunciones Sexuales, no Ocasionadas por Tras. ni Enferm. Org.
1	F60.2	Trastorno Asocial de la Personalidad
1	F66.9	Trastorno de la Relación Sexual
2	F06.5	Trastorno Disociativo Orgánico
2	F42.0	Predominio de Pensamientos o Rumiaciones Obsesivas
2	F43.1	Trastorno del Estrés Postraumático
2	F45.3	Disfunción Autonómica Somatomorfa
2	F45.4	Trastorno de Dolor Persistente Somatomorfo
2	F50.9	Trastorno de Ingestión de Alimentos, no Especificado
2	F60.7	Trastorno de la Persona Dependiente
2	F66.1	Orientación Sexual Egodistónica
3	F20.0	Esquizofrenia Paranoide
3	F34.9	Trastorno Persistente del Humor Afectivo, no Especifico
3	F66.8	Otros Trastornos del Desarrollo Psicosexual
4	F38.1	Otros Trastornos del Humor (Afectivos), Recurrentes
4	F41.3	Otros trastornos de Ansiedad Mixtos

Continúa...

Tabla 8. En la tabla se muestra la frecuencia del número de consultas de casos femeninos y el total de éstas.

Tabla 8

Consultas de P.C. y P.C.M.I. 2a
(Frecuencia de casos femeninos)

Femenino	Clave CIE-10	Diagnóstico
4	F41.9	Trastorno de Ansiedad, no Especifico
4	F45.9	Trastorno Somatomorfo, no Especificado
4	F60.3	Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Estable
5	F43.2	Trastornos de Adaptación
5	F50.0	Anorexia Nerviosa
5	F54.X	Fact. Psic. Y del Comp. Asoc. con Trast. o Enfer. Clas. en otra parte
8	F06.3	Trastornos del Humor (Afectivos), Orgánicos
8	F41.1	Trastorno de Ansiedad Generalizada
9	F32.1	Episodio Depresivo Moderado
11	F32	Episodio Depresivo
13	F45.0	Trastornos Somatomorfos
15	F43.0	Reacción al Estrés Agudo
17	F32.2	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos
47	F32.0	Episodio Depresivo Leve
204	Total de consultas	

Tabla 8. En la tabla se muestra la frecuencia del número de consultas de casos femeninos y el total de éstas.

Tabla 9

Número de consultas de Estimulación Temprana
(Comparativo 1a y 2a Etapa)

AÑO	1997		1988		1999		2000	
MES	F	M	F	M	F	M	F	M
Enero	X	X	2	2	X	X	0	2
Febrero	X	X	8	7	X	X	1	3
Marzo	X	X	5	5	X	X	2	1
Abril	18	19	1	5	X	X	1	2
Mayo	17	16	X	X	X	X	1	2
Junio	13	10	X	X	5	4	1	0
Julio	0	0	X	X	1	1	X	X
Agosto	0	0	X	X	6	5	X	X
Septiembre	0	0	X	X	4	7	X	X
Octubre	1	7	X	X	5	10	X	X
Noviembre	23	16	X	X	7	8	X	X
Diciembre	7	8	X	X	0	0	X	X
Total	79	76	16	19	28	35	6	10
Total de Femeninos	95				34			
Total de Masculinos	95				45			
Total Global Anual	155		35		63		16	
Total General	190				79			

Notas.

^a F: Femenino

^b M: Masculino

^c X No se tienen registros.

^d La trama que está resaltada en color gris, indica los datos que abarcan la 2a Etapa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 9. En la tabla se muestran el total de consultas por mes, en casos femeninos y masculinos de cada etapa.

Tabla 10

Número de consultas de Clínica, P.C. y P.C.M.I.

(Comparativo 1a y 2a Etapa)

AÑO	1997		1998		1999		2000	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Enero	X	X	3	1	X	X	11	7
Febrero	X	X	4	0	X	X	20	8
Marzo	X	X	1	0	X	X	17	7
Abril	15	12	2	1	X	X	16	6
Mayo	14	9	X	X	X	X	25	8
Junio	8	12	X	X	16	23	20	10
Julio	0	0	X	X	10	12	X	X
Agosto	0	0	X	X	23	7	X	X
Septiembre	0	0	X	X	15	2	X	X
Octubre	9	5	X	X	19	7	X	X
Noviembre	10	8	X	X	6	4	X	X
Diciembre	13	7	X	X	6	6	X	X
Total	69	53	10	2	95	61	109	46
Total de Femeninos	79				204			
Total de Masculinos	55				107			
Total Global Anual	122		12		156		155	
Total General	134				311			

Notas.

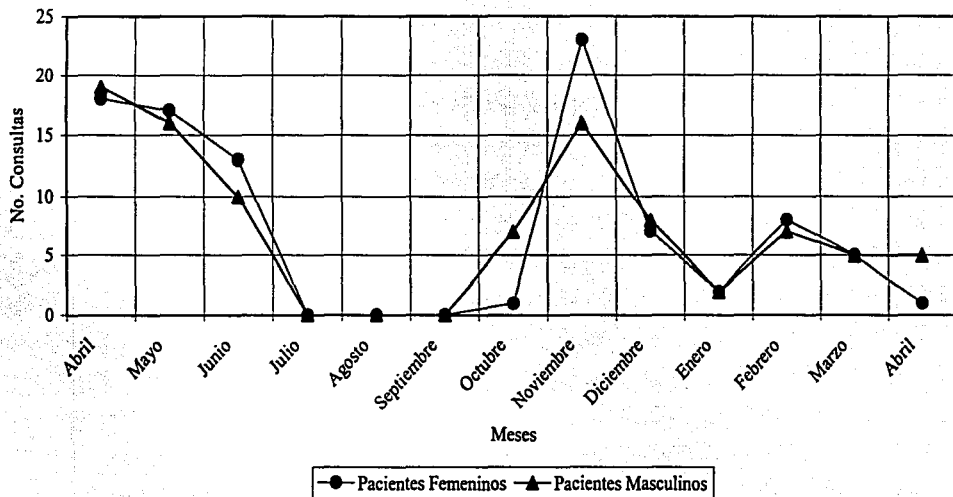
^a F: Femenino^b M: Masculino^c X No se tienen registros.^d La trama que está resaltada en color gris, indica los datos que abarcan la 2a Etapa.

Tabla 10. En la tabla se muestran el total de consultas por mes, en casos femeninos y masculinos de cada etapa.

GRÁFICAS

Gráfica 1

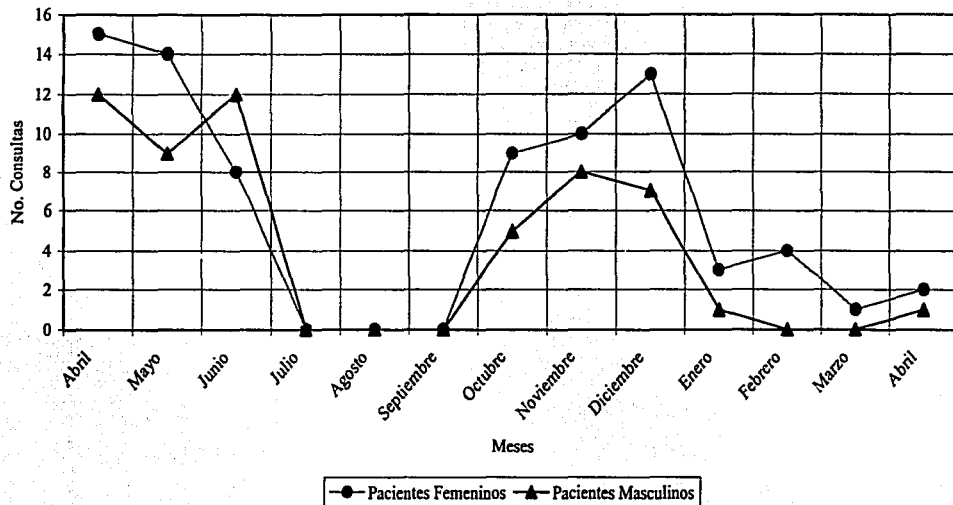
Número de consultas de Estimulación Temprana. 1a Etapa



Gráfica 1. En la figura se muestran el número de consultas por mes, del área E.T. que corresponden a la 1a Etapa. Véase tabla 9.

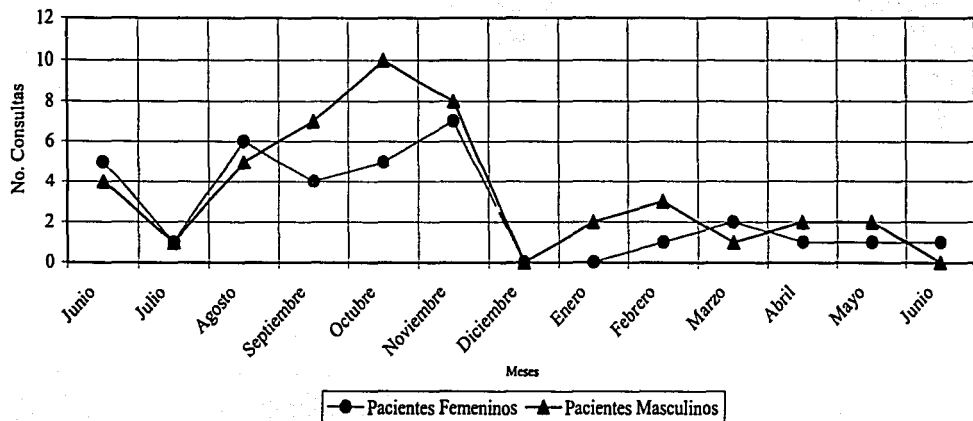
Gráfica 2

Número de consultas de Clínica 1a Etapa

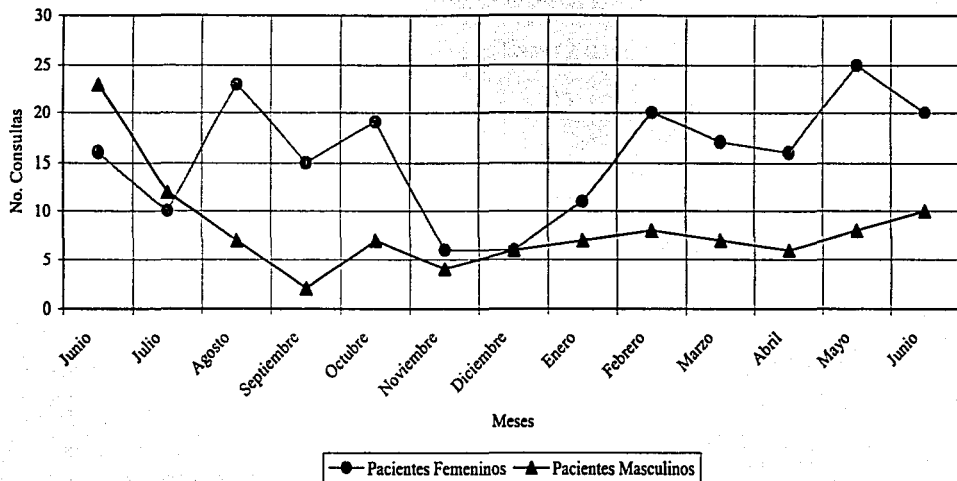


Gráfica 2. En la figura se muestran el número de consultas por mes, del área clínica que corresponden a la 1a Etapa. Véase tabla 10.

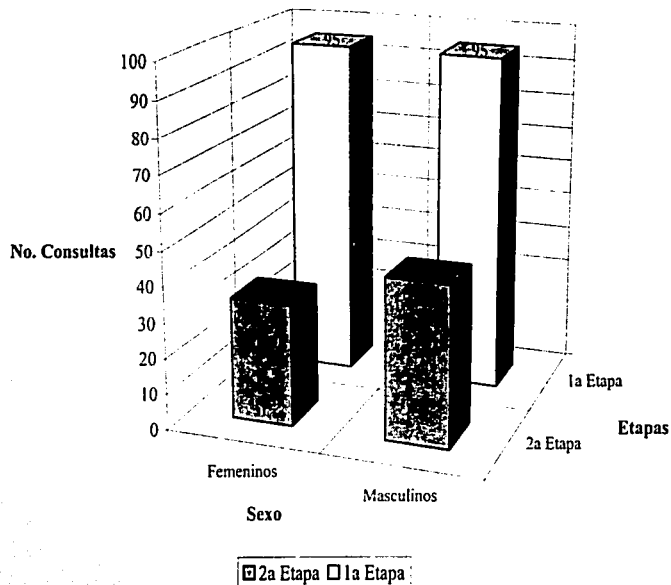
Gráfica 3
Número de consultas de Estimulación Temprana.
2a Etapa



Gráfica 3. En la figura se muestran el número de consultas por mes, del área de E.T. que corresponden a la 2a Etapa. Véase tabla 9.



Gráfica 4. En la figura se muestran el número de consultas por mes, del área de P.C. y P.C.M.I. que corresponden a la 2a Etapa. Véase tabla 10.

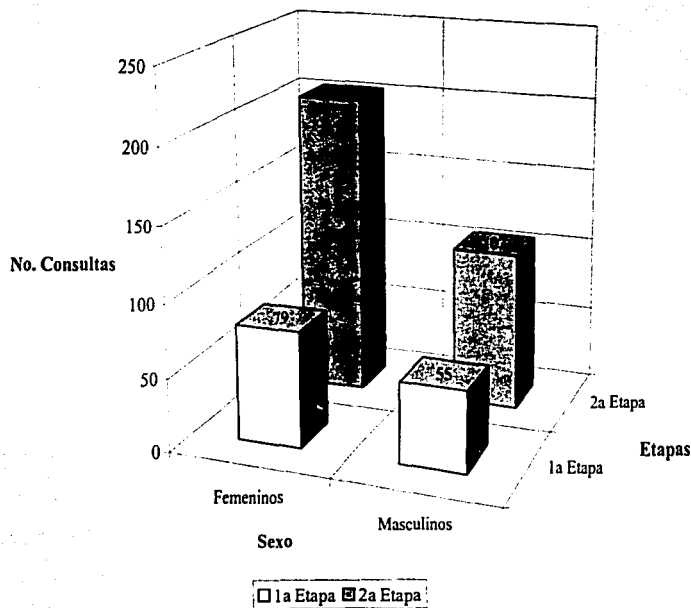


Gráfica 5. En la figura se muestran los datos de la 1a Etapa y los resultados obtenidos en la 2a Etapa, en el área de Estimulación Temprana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

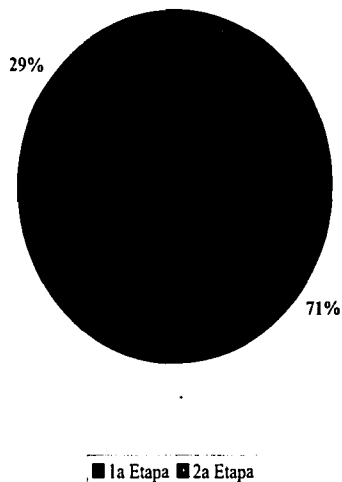
Gráfica 6
Comparativo del total de consultas de Clínica, P.C. y P.C.M.I. (Etapa 1 y 2)



Gráfica 6. En la figura se muestran los datos de la 1a Etapa y los resultados obtenidos en la 2a Etapa, en el área de clínica, P.C. y P.C.M.I. Véase tabla 10.

Gráfica 7

Comparativo del total general de consultas de Estimulación Temprana (Etapa 1 y 2)



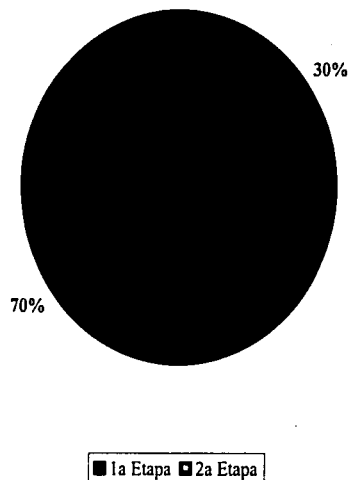
Gráfica 7. En la figura se muestra el comparativo total del número de consultas de la Etapa 1 y 2. Véase tabla 9.

196

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 8

Comparativo del total de consultas de Clínica, P.C. y P.C.M.I. (Etapa 1 y 2)

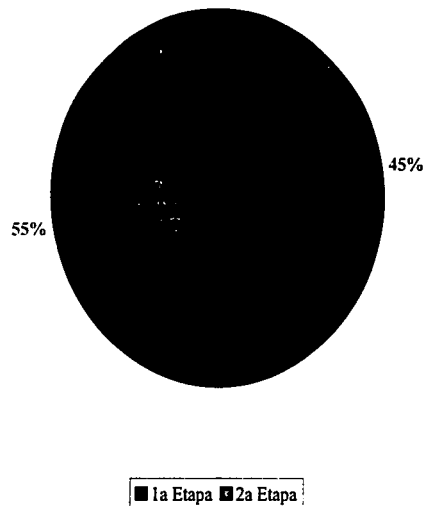


Gráfica 8. En la figura se muestra el comparativo del total del número de consultas de la Etapa 1 y 2. Véase tabla 10.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 9

Comparativo del total global de consultas (Etapa 1 y 2)



Gráfica 9. En la figura se muestra el comparativo del total global e consultas entre la etapa 1 y la Etapa 2. Se incluyen los tres módulos de atención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

ANEXO 1
CONVENIO CON EL HOSPITAL

ISEM

CAP

HOSPITAL GENERAL
"DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Naucalpan de Juárez, 14 de junio de 1999.

Dr. Rafael de J. Marentes Garza
Director General
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"

Presente

Por medio de la presente nos es grato notificarle que se concluyó con el desempeño del Servicio Social el día *30 de mayo* del presente año. Sin embargo, de acuerdo con los requerimientos que demanda la población que asiste a esta Institución, nos permitimos someter a su consideración la siguiente **"Propuesta para el Área de Psicología de la Salud: Un Centro de Atención Psicológica"** la cuál redundará en proporcionarle un mejor servicio para incrementar la calidad de atención al personal. Dicho servicio constará de tres módulos de atención: Psicología Clínica, Psicología Clínica en Medicina Interna y Estimulación Temprana.

Objetivo

Realizar de forma voluntaria un servicio de atención psicológica en el Hospital General "Maximiliano Ruiz Castañeda", los días Martes y Jueves para responder a la demanda poblacional que acude al Servicio de Psicología.

Justificación

Ante la demanda de las personas que acuden al área de Psicología en el Hospital, se propone brindar el servicio los días Martes y Jueves, ya que se ha observado que las horas asignadas los días Lunes y Miércoles como originalmente estaba estipulado resultan

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

insuficientes; adicional a lo anterior, existe el interés por nuestra parte de realizar un Proyecto de trabajo para obtener el grado de Titulación en la Licenciatura en Psicología.

Propuestas:

1 Realizar una extensión del servicio a partir del día 1° de junio del año en curso hasta el 30 de junio del 2000.

2 Los días de atención serán los Martes y Jueves de 9:00 a 14:00 hrs.

3 Los representantes de cada uno de los módulos de atención serán:

a) Módulo de Psicología Clínica.

Psic. Esther Huidobro Catalán.

b) Módulo de Psicología Clínica en Medicina Interna.

Psic. Javier Sebastián Olivares Suárez.

c) Módulo de Estimulación Temprana.

Psic. Julieta Vélez Belmonte.

d) Coordinación del Centro de Atención Psicológica

Psic. J. Darío Ramos López.

4 Los servicios que proporcionarán consisten en:

1 Terapia de Grupo.

2 Terapia Familiar.

3 Terapia de Pareja.

4 Terapia Individual.

5 Terapia de Intervención en Crisis.

6 Apoyo Tanatológico.

7 Servicio de Urgencia.

8 Asesoría Psicológica.

9 Valoración y Diagnóstico Psicológico.

10 Caracterización de la población que demanda el servicio.

11 Divulgación (Conferencias y Asesoría Académica).

5 Resguardo, control y análisis de Expedientes del Centro de Atención Psicológica al servicio del Hospital.

6 Integrar a la copia del paciente la hoja de registro psicológico.

Para realizar el servicio en óptimas condiciones, requerimos:

- 1 Credenciales que nos permita identificarnos como miembros de la Institución.
- 2 Un mayor número de espacios para impartir consulta psicológica.
- 3 El espacio en los consultorios 1,2,3,4, de Consulta Externa, después de las 12:00 hrs.
- 4 Apoyo del servicio de fotocopiado y papelería.
- 5 Acceso y Consulta de la Biblioteca de la Institución.
- 6 Facilidades para el desarrollo del *Reporte de Investigación* de cada uno de los psicólogos.
- 7 Que se otorgue a cada uno de los miembros de este servicio, becas por parte de la Institución y/o recomendación para las mismas.
- 8 El empleo gratuito de los servicios que presta la Institución.
- 9 Al finalizar el trabajo, se otorgue a cada uno de los psicólogos una *Carta-Constancia* de la *Práctica Profesional* realizado con fecha de inicio 20 de septiembre de 1998.

Al agradecer la atención que se sirva brindar a nuestra propuesta y en espera de que la misma sea de utilidad para incrementar los servicios de la Institución, estamos a sus órdenes para cualquier aclaración.

Atentamente

Psic. J. Darío Ramos López.

Coordinación General del Centro de Atención Psicológica.

c.c.p. Dr. María Estela Ramírez San Martín. Subdirector Médico. Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda".

c.c.p. Dr. Francisco Cabrera Esquitín. Jefe de División de Enseñanza. Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda".

ANEXO 2
CARTA – REFERENCIA INSTITUCIONAL

ISEM

CAP

Hospital General de Naucalpan
"Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"

Naucalpan, de Juárez a __ de ____ del ____.

Asunto: Referencia _____
Lugar _____

A quien corresponda:

Por medio de la presente se refiere al paciente: _____ de
____ años de edad al Servicio de Área de Especialidad, ya que presenta un
cuadro de Diagnóstico. Así mismo, la paciente presenta un Descripción del
Síntoma. Se anexa la solicitud de Interconsulta del Departamento de Medicina Interna
con algunas observaciones. Se solicita valoración y tratamiento.

De antemano agradecemos sus atenciones.

Atentamente

Psicólogo J. Darío Ramos López.
Coordinación General del Centro de Atención Psicológica.

Instituciones

1) Centro Comunitario de la Salud Secretaría de Salud

Calle: Enrique González Martínez
No. 131
Colonia: Sta. María la Ribera
Delegación: Cuahutémoc
C.P. 06400
Teléfono: 55-41-47-49 y 55-41-12-24
Costo: \$ 13.00. Se realiza estudio económico.

2) Centro Comunitario de Salud Mental San Pedro Zacatenco

Calle: Guamuco
No. 323 Esquina Ticomán
Colonia: San Pedro Zacatenco
Delegación: Gustavo A. Madero
C.P.
Teléfono: 57-54-22-05
Costo: Gratuito.

3) Instituto Mexicano de Psiquiatría

Calle: Antiguo camino a Xochimilco
No. 101
Colonia: Tlalpan
Delegación: Tlalpan
C.P.
Teléfono: 56-55-28-11 y 56-55-79-99
Costo:

ANEXO 3
POLÍTICA Y LINEAMIENTOS DEL PSICÓLOGO

POLITICA DEL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
HOSPITAL GENERAL
"DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

El presente documento describe la política y lineamientos a seguir, del grupo de psicólogos que presten sus servicios en el "Centro de Atención Psicológica" del Hospital "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda".

Política

- 1.- Los Servicios de: Psicología Clínica, Medicina Interna, Estimulación Temprana y Enlace Hospitalario se llevarán acabo de Lunes a Jueves de 8:00 a.m. a 14:00 p.m. tal y como se acordó con las autoridades del hospital el día 14 de junio del año en curso. Sólo en casos especiales (valorados por la coordinación) se prestará el servicio los días sábados de 9:00 a.m. a 13:00 p.m.
- 2.- Cada uno de los servicios que se ofrecen en el Centro de Atención Psicológica tendrá un responsable de cada área. En ese sentido, las actividades quedan de la siguiente forma:

Coordinación General del Centro de Atención Psicológica:

J. Darío Ramos López

Módulo de Psicología Clínica:

Esther Huidobro Catalán

Módulo de Estimulación Temprana:

Julieta Vélez Belmonte

Módulo de Psicología Clínica en Medicina Interna:

S. Javier Olivares Suárez

- 3.- El trabajo se desarrollará en equipo, es decir, los encargados de cada uno de los servicios y áreas de trabajo serán los voceros de las decisiones tanto de contenido y forma de comunicación: de esta manera, cada acuerdo que se genere se anotará en un acta, la

información y/o acuerdos se participaran al representante de cada servicio. Los resultados obtenidos se harán de su conocimiento al Coordinador General del Centro de Atención Psicológica.

4.- Debido a que la permanencia en este período es voluntaria u obligatoria como parte del desarrollo del servicio social; (según sea el caso) cada servicio en funcionamiento presentará un plan de trabajo acorde a las necesidades de cada área. Dicho plan deberá incluir: justificación, estructura de trabajo, población blanco, actividades, alternativas de servicio, responsable (s) del plan. El plan se entregará al responsable de cada servicio, quienes a su vez lo harán llegar a la coordinación; lo anterior con el propósito de brindar un servicio con calidad al Hospital.

5.- Los registros Epidemiológicos SISPA se entregarán semanalmente al Departamento de Informática.

6.- Mensualmente se entregará un reporte de actividades al Coordinador General a través de los representantes de cada área.

Lineamientos

1.- Las sesiones clínicas, espacios, materiales, etcétera; se llevarán a cabo de acuerdo a la estructura de los horarios de trabajo de cada área.

2.- El trato *Profesional* hacia los pacientes y otros profesionales con los que establezca relaciones de trabajo, deberá ser característico por parte de los psicólogos que laboren en el Centro de Atención Psicológica.

3.- La presentación del personal será pulcra y con bata blanca.

4.- El correcto funcionamiento y aplicación de la *política* y de los *lineamientos* serán responsabilidad del Centro de Atención Psicológica.

5.- Los resultados obtenidos de todo el equipo psicológico que labore conjuntamente en el Departamento del Hospital "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda" serán presentados a los responsables del servicio y se notificará al coordinador.

6.- *Se prohíbe la presencia de personal ajeno a los servicios en el área hospitalaria, el trato descortés a pacientes y otros profesionales, así como el comportamiento falto de*

ética y profesionalismo, cualquier violación a alguno de estos puntos es causa de suspensión.

7.- Los interesados en esta etapa del proyecto firmarán de acuerdo en el presente documento.

<i>Nombre</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma</i>
1.-	_____	_____
2.-	_____	_____
3.-	_____	_____
4.-	_____	_____
5.-	_____	_____
6.	_____	_____
7.-	_____	_____
8.-	_____	_____
9.	_____	_____
10.-	_____	_____
11.-	_____	_____

ANEXO 4
REGLAMENTO PARA LOS PACIENTES

HOSPITAL GENERAL
"DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"
CENTRO DE ATENCION PSICOLOGICA

Asunto: Reglamento para Pacientes del Centro de Atención Psicológica.

- 1.- La duración de cada sesión será de un máximo de 50 minutos.
- 2.- El paciente deberá presentarse a consulta con una identificación.
- 3.- Es obligación del paciente estar cinco minutos antes del inicio de su cita.
- 4.- Se tendrá una tolerancia de diez minutos después de su horario de cita.
- 5.- Si el paciente llega en dos ocasiones consecutivas tarde a su cita, se le dará de baja del servicio.
- 6.- Si el paciente falta a su cita sin avisar a su psicólogo será dado de baja del servicio.
- 7.- En caso de que el paciente no pueda asistir a alguna de sus citas, deberá avisar con una sesión de anticipación o en caso de un imprevisto, con un día de anticipación.
- 8.- Si el paciente no pudo avisar con anticipación su falta, deberá comunicarse a más tardar al día siguiente de su cita.
- 9.- Si el paciente falta y no puede comunicarse con su psicólogo, deberá presentarse a su próxima cita con justificantes de dicha falta e indicar el motivo por el cual no pudo comunicarse con su psicólogo; en caso de no presentar excusa se le dará de baja.
- 10.- En caso de que el paciente sea un niño, es responsabilidad de los padres o cuidadores cumplir con las indicaciones anteriores.
- 11.- En caso de que asista con niños a la cita, por seguridad de los mismos, por ningún motivo estará permitido que se queden solos en las distintas áreas del hospital.
- 12.- Si el paciente es un adulto, no deberá de asistir con niños a su cita.

Nombre y Firma

Fecha

C.c. Expediente.

ANEXO 5
PROPUESTA MULTIDISCIPLINARIA

PROYECTO DE TRABAJO DEL AREA DE PSICOLOGIA CLINICA

"Intervención Multidisciplinaria en la Salud Integral del Paciente".

Huidobro, C. E., Ramos, L. D.

14 de junio de 1999.

El papel del psicólogo en el sector de la salud se ha desarrollado más allá del papel del psicólogo clínico tradicional, esto se debe principalmente a las nuevas demandas que actualmente enfrenta el Sistema de Salud, así como por el desarrollo de las contribuciones conceptuales y metodológicas de la Psicología de la Salud; tal es el caso de la Psicología Clínica de la Salud.

En ese sentido, las funciones que prestamos como psicólogos clínicos en el área de Psicología de la Salud son:

1. Impartir consulta clínica.
2. Proporcionar talleres para la prevención de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
3. Establecimiento de repertorios conductuales, definición operacional de objetivos, programación y secuenciación, creación del ambiente social y no social para que el organismo pueda aprender los comportamientos adecuados.
4. Caracterización de la población.

Estas a su vez influirán en el trabajo que el psicólogo realice dentro del sector salud que consistirá en:

1. Dar consulta clínica emitiendo un diagnóstico.
2. Impartir talleres para la prevención de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
3. Dar cursos de capacitación al personal de nuevo ingreso al área de psicología, para las diferentes áreas de atención hospitalaria. Así mismo actualizar al personal que labora en el área de psicología.

De igual forma; la participación del psicólogo en el área de la salud depende (entre otras cosas) de los siguientes aspectos:

1. Para tener contacto con el paciente, el psicólogo debe de esperar las decisiones que tome toda una jerarquía de salud, principalmente los médicos especialistas (autoridad médica). Tradicionalmente el sistema de salud tiene una concepción estereotipada del ejercicio profesional del psicólogo, como el que se basa en la aplicación de pruebas estandarizadas que proporcionen datos cuantificables o que confirmen la opinión del médico respecto al caso.

2. Colaborando con el personal médico y participando conjuntamente, lo que desgraciadamente no posee una naturaleza formal hasta este momento y por lo tanto no es reconocida Institucionalmente.

"PROPUESTA DE CORTE MULTIDISCIPLINARIO"

Los niveles de atención que se manejan dentro del sistema de salud, determinan la forma en que se brinda el servicio, esto es; jerárquicamente se proporciona en diferentes niveles, existiendo las Instituciones específicas para cada uno de estos, dependiendo de los recursos y las necesidades de la comunidad. Actualmente se consideran tres niveles de atención médica: Primario, secundario y terciario.

En el *primer nivel* se promueve la salud, se previenen, tratan y curan padecimientos que no resultan complejos en su atención y se controlan las enfermedades crónicas.

En el caso del *segundo nivel* de atención se prestan servicios de consulta externa y hospitalización general. En este laboran médicos generales o familiares, algunos especialistas y técnicos especializados.

En el *tercer nivel* la atención es especializada, las enfermedades que requieren de intervenciones quirúrgicas con el apoyo de equipos altamente tecnificados son característicos de él.

La participación del psicólogo sólo esta establecida normativamente en Hospitales de Atención Médica y especializada, el cual no se incluye en el primer nivel de atención.

La labor del psicólogo en el segundo nivel de atención es colaborando con algunos departamentos hospitalarios (e.g., pediatría, medicina interna, etcétera) proporcionando psicodiagnósticos, psicoterapia y rehabilitación. El tercer nivel de atención a la salud tiene un enfoque multidisciplinaria.

Sin embargo, en un sólo establecimiento se pueden brindar más de un nivel de atención médica, tal es el caso del "Hospital Maximiliano Ruiz Castañeda", el cual se identifica con el segundo nivel de atención.

Dicho lo anterior, *el trabajo multidisciplinario* consistirá en la labor conjunta que se realizará con los médicos, lo cual implica:

1.- Recibir pacientes referidos del área médica y poder contrarreferirlos del área de psicología. Para poder referir pacientes al área de psicología por parte del personal médico, se les hará de su conocimiento (por medio de una plática, curso, taller, etcétera) las características de los pacientes que podrán ser remitidos como urgentes.

Una vez efectuado el diagnóstico psicológico (en la hoja del *CAP*) a los pacientes, se solicitará la colaboración por parte del personal médico, si así se requiere. (e.g., en el caso de pacientes enurésicos, anoréxicos, etcétera).

2.- La referencia de pacientes psicológicos al área médica, para la posterior contrarreferencia. Tener el carácter facultativo de referir a los pacientes que se encuentren en tratamiento psicológico y que necesiten del servicio médico.

3.- La contrarreferencia será en caso de que así lo amerite el paciente.

Por último, una vez finalizado el servicio, se presenta la siguiente propuesta de Atención en la que proporcionarán los siguientes servicios:

1 Terapia de Grupo.

2 Terapia Familiar.

3 Terapia de Pareja.

4 Terapia Individual.

5 Terapia de Intervención en Crisis.

6 Apoyo Tanatológico.

7 Servicio de Urgencia.

8 Asesoría Psicológica.

9 Valoración y Diagnóstico Psicológico.

10 Caracterización de la población que demanda el servicio.

11 Divulgación (Conferencias y Asesoría Académica)

En el caso de la Terapia Individual la población que se atenderá será:

1 Niños (a partir de cuatro años en adelante).

2 Adolescentes.

3 Adultos.

Características de la población infantil que puede demandar el servicio:

1 Trastornos de conducta.

A Problemas familiares.

B Problemas de socialización.

C Problemas en el área de comunicación.

D Problemas de agresividad.

2 Trastornos académicos.

A Problemas de lectoescritura

- Discriminación de palabras.

- Dislexia.

- Discalculia.

- Disgrafía.

B Problemas lógico-aritméticos.

1.- De razonamiento.

2.- Mecanización.

- Sensoriomotricidad.

- Capacidad de Atención.

- Concentración.

- Desarrollo de las Nociones Espacio Temporales.

3 Trastornos en el área de lenguaje.

- Deficiencia en el habla.

Cabe señalar que en el caso de los trastornos de conducta se efectuará la evaluación, el diagnóstico y la terapia. En los trastornos académicos y de lenguaje se brindará el servicio de evaluación y diagnóstico para su posterior canalización a algún centro especializado, debido al tiempo y los materiales que precisan estos casos.

El horario de atención será de 9:00 a 14:00 hrs., los días Martes y Jueves a partir de julio del año en curso.

Para la evaluación de estos pacientes se requerirá de la Instrumentación de Baterías de Pruebas Psicológicas, que dependerá de las características del paciente.

ANEXO 6
LISTA DE PACIENTES DEL MÓDULO DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 1
 Lista de Espera

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
S/F	Olvera Cruz Jorge A.	6	Cruz González Marisol (Madre)	53019940	Hiperactividad		Baja
S/F	García Chávez Daniel	15	Chávez del H. Teresa (Madre)	5300039	Cambio de humor		Baja Teléfono
S/F	Rodríguez Isaías	28		53019884	Depresión		Baja Teléfono
S/F	Sánchez Plata María de los Angeles	33		53024906	Celos	Vélez J.	Alta
S/F	Hernández D. Juan Carlos	4	Hernández Juan (Padre)	53595296	No habla		Baja Teléfono
S/F	Huerta D. Cristobal	7	Sra. Huerta (Madre)	53595296	Problemas de conducta	Ramos D.	Baja
S/F	Rogelio Martínez Miguel Angel	19	Martínez Rivera Yolanda (Madre)	58245058	Distracción e inseguridad		Baja Teléfono
S/F	Domínguez Garduño Rocío	16	Garduño de D. Martha (Madre)	53070141	Anorexia nerviosa	Huidobro E.	Baja
S/F	Sánchez Camacho Eduardo	6	Sánchez Camacho Norma (Madre)	Rec. 53002438	Problemas de conducta		Baja
S/F	Reyes Ortíz Lucía	10	Reyes Ortíz Verónica	Rec. 53017161	Enuresis	Vélez J.	Baja
08/03/99	Calzada Galán Gema R.	8	Galán Sandoval Gloria (Madre)	53122800	Problemas familiares	Olivares J.	Baja
10/03/99	Gallardo Martínez Carlos A.	6	Martínez Ávila Inés (Madre)	Rec. 53076751	Agresividad	Olivares J.	Baja



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 2
Lista de Espera

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
17/03/99	Barrios Rodríguez Armando	8	Galán Sandoval Gloria (Madre)	53122800	Problemas familiares	Olivares J.	Baja
22/03/99	Granados Aguilar Ana Karen	5	Pérez Morales Guadalupe (Abuela)	53002942	Enuresis		Baja
24/03/99	Calixto Gregorio José Luis	22		53120033	Desorientación		Baja
05/04/99	Rojas Quintana Ma. Cruz	13		53005926	Cansancio	Vélez J.	Alta
12/04/99	Martínez Alvarado Rosario	32		53123053	Problemas de pareja	Vélez J.	Baja Teléfono
14/04/99	Casas Elías Hugo Enrique	12	Elías Reynoso Silvia (Madre)	53582567	Problemas escolares		Baja Teléfono
14/04/99	Gutiérrez Vargas Enrique	44	Sánchez Terrazas Candelaria (Cónyuge)	Rec. Sra. Araceli 53013651	Terapia de pareja	Huidobro E.	Baja
19/04/99	Alberto Guillermina	29		53123874		Huidobro E.	Baja Teléfono
21/04/99	Orlando Gutiérrez José	5	Serrano Orta Ana Bertha (Madre)	Rec. Sra. Magda 53006173	Déficit de atención	Zamudio E.	Baja
21/04/99	García Ruiz Magdalena	15		Rec. Sra. Josefina 53001137	Agresión	Zamudio E.	Baja
21/04/99	Juárez Juárez Irene	44	Alducin Gabriela	53001137	Depresión	Huidobro E.	Baja
28/04/99	Navarro Ordóñez Eulelio	18		Rec. Sra. Juana 52954248	Agresión	Huidobro E.	Baja Teléfono



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 3
 Lista de Espera

Fecha	Nombre del Paciente	Edad	Solicitante Del Servicio	Teléfono	Motivo de Consulta	Psicólogo	Condición
28/04/99	Palomino Reséndiz Shirley	8	Reséndiz Briseño Beatriz (Madre)				Baja Teléfono
03/05/99	Tapia Ramos Javier	28		53441842	Drogadicción		Canalización
14/05/99	López Luna Diana	19		53124190		Olivares J.	Baja Teléfono
25/05/99	Velázquez Benítez Arturo	11	Benítez María Elena (Madre)	53025267	Problemas de conducta	Vélez J.	Baja
25/05/99	Dorado Barrera Michelle A.	4	Barrera Guerrero Angeles (Madre)	53704827	Problemas de conducta	Vélez J.	Baja Teléfono
26/05/99	Hernández Gutiérrez Guadalupe	21		Rec. Paula 55305175	Problemas de pareja	Olivares J.	Baja
31/05/99	Castillo Herrera Irene	18	García Méndez David (Padre)	Valentín 55267000		Olivares J.	Baja
31/05/99	Ruiz Palma Francisco de J.	2	Palma María de Jesús (Madre)	53024682	Hipomanía		Baja Teléfono
31/05/99	Eduardo Vergara Moisés	14	Florinda Flores Rosa (Madre)	53025157	Problemas de conducta		Baja
16/06/99	Vega García Yain Alitze	4	Pérez Carrillo Socorro (Abuela)	53483526	Pelea con su mamá		Baja
16/06/99	Trujillo Trinidad Ricardo	10	Trinidad Morales Adela (Madre)	53077280 53022859	Agresividad		Baja
16/06/99	Trujillo Trinidad Carlos	6	Trinidad Morales Adela (Madre)	53077280 53022859	Agresividad		Baja



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 4
 Lista de Espera

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
21/06/99	Mata Guerrero Diana	26		53025649	Asesoría psicológica	Vélez J.	Alta
12/07/99	González Badillo Patricia	22	Herrera Marin Miguel A. (Novio)	53016387	Terapia de pareja	Olivares J.	Alta
12/07/99	León Flores Ricardo	8	Flores García Inés (Madre)	53483457	Problemas de conducta		Baja
12/07/99	Hernández Díaz Emanuelle	15	Díaz Hernández Olga (Madre)	53073989	Problemas de conducta		Baja
12/07/99	Sánchez Juárez Verónica	26		53004284	Depresión		Baja
14/07/99	Lara Hernández Manuel	14	Godínez Hernández Edgar (Primo)	53480840	Rebeldía y agresividad		Baja
27/07/99	Juárez Hernández Ramón	27	Hernández Rodríguez Fidela (Madre)	53024046	Esclerosis, epilepsia y agresión		Baja
28/97/99	Calderón Díaz Magdalena	59		53003214	Colitis nerviosa		Baja Teléfono
05/08/99	Guerrero campos Ericka	17	<i>De preferencia los sábados</i>	53535551	Problemas de pareja		
11/08/99	Carbajal Galindo Sergio	30	Caballero Espinoza Rosario (Esposa)	53040549	Problemas de pareja	Olivares J.	Alta
16/08/99	Mora Pérez Zarina	23		53739952	Neurosis		Baja
01/09/99	Cruz Reyes Julio César	8	Reyes Francisco Inés (Madre)	Rec. Clara 53014096	Problemas de conducta		Baja



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 5
Lista de Espera

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
08/09/99	Flores Núñez Salomé	30		Rec. Sra. Susana 53006408	Problemas de pareja		Baja
13/09/99	Hernández Nepomuceno Rosa	23		Rec. Sra. Sofia 53071486	Problemas de pareja	Huidobro E.	Alta
21/09/99	Macías Cervantes Andrés	7	Cervantes Anaya Adriana (Madre)	53017608	Problemas de conducta		Baja
24/09/99	Huerta Álvarez Remedios	32		53635367	Nerviosismo e impaciencia		Baja
29/09/99	Sánchez Correa Gloria	40		53006926	Violencia familiar		Baja
01/10/99	Monroy Correa Raquél	34		Rec. Sra. Raquél 53013119	Depresión y angustia		Baja
11/10/99	Lázaro Segundo	30			Orientación p/ tratar a sus hijos		Baja Teléfono
11/10/99	Hernández Pérez Gloria	33		53002202	Depresión grave e insomnio		Baja
18/10/99	Monjarráz Gaspar Juan Luis	22		Rec. 58216596	Irritabilidad y pérdida de control		Baja
18/10/99	Cortés Villegas Lucía	44	<i>Sus citas de preferencia los miércoles</i>		Depresión y problemas conyugales		Baja Teléfono
20/10/99	Mateo Cruz Leticia	22		58373497	Divorcio		Baja
27/10/99	Zúñiga Israel	22		Rec. Fam. Hdez. 53009484	Problemas sexuales		Baja Teléfono



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 6
 Lista de Espera

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
27/10/99	Escamilla Juárez Eduardo	10	Juárez García Elizabeth (Madre)	53560087	Enuresis		Baja
05/11/99	Sánchez Plata María de los Angeles	34		53024906	Desesperación y ansiedad	Vélez J.	Alta
08/11/99	Rodríguez Olvera Valentín	25	Solis García Silvia	53013264	Inestabilidad emocional		Baja
25/11/99	Roman Salas Elia	26		Cel. 04452894078	Estrés		Baja Teléfono
01/12/99	Martínez Ramírez Daniel A.	7	Ramírez Valdéz Guadalupe (Madre)	53075110	Problemas de aprendizaje		Baja
01/12/99	Nieto Zúñiga Tania Lizet	8	Zúñiga Torres María Marisol (Madre)	Rec. Sra. Carmen 53122689	Problemas de conducta		Baja
06/12/99	González Pérez Gustavo	6	Pérez Velázquez Leticia (Madre)		Problemas de conducta		Baja Teléfono
03/01/00	Jiménez Carrera Armando	8	Carrera María de los Angeles (Madre)	53025615	Hiperactividad	Vélez J.	Baja
12/01/00	Martínez Monzón Julio César	9	Monzón Mendieta María Soledad (Madre)	53022236	Problemas de conducta	Vélez J.	Alta
24/01/00	Aramís Guzmán Rubén	21		53005792	Agresión		Baja
26/01/00	Hernández Pérez Fernando	45	<i>Especificar que es referente al Hospital</i>	Rec. Sra. Angelina 53121979	Psicosomático y problemas de depresión		Baja Teléfono
31/01/00	Amaro Antonio Brenda B.	7	Antonio Villanueva Juana (Madre)		Bajo rendimiento escolar		Baja Teléfono



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 7
Lista de Espera

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
02/02/00	Sánchez García Rodrigo	13	García González Celina (Madre)	52942881	Problemas escolares	Vélez J.	Baja
02/02/00	García Macedo Mónica	6	Macedo Rodríguez Arcenia (Madre)	53007104	Problemas familiares		
07/02/00	Martínez Cázares Karla	4	Martínez Cázares Alejandra (Madre)	53480807	Problemas de conducta	Ramos D.	Alta
09/02/00	Arriaga Jiménez Luis Raúl	7	Ramírez Torres Remedios (Abuela)	53125142	Problemas de atención	Ramos D.	Baja Teléfono
09/02/00	Espinoza Pérez Ofelia	48		Rec. Sra. Carmen 53643570	Asesoría psicológica	Ramos D.	Baja Teléfono
11/02/00	Reyes Mendoza Ma. de Jesús	33		53122212	Problemas de pareja	Ramos D.	Baja Teléfono
14/02/00	Rocha Ruíz Mónica Daniela	8	Ruiz López Cleotilde (Madre)		Problemas de atención		Baja Teléfono
17/02/00	Cruz González María Teresa	24		Rec. Marisol 53019940	Estrés y depresión	Ramos D.	Baja
21/02/00	De la Cruz Ortuño Ricardo	5	Ortuño Cabrera Olivia (Madre)	53000377	Problemas de conducta	Ramos D.	Baja
24/02/00	Salas de Jesús Carlos O.	6	De Jesús Rosales María Isabel (Madre)		Problemas de conducta	Vélez J.	Baja
29/02/00	Ortiz Figueroa María	35	Aguilar Ortiz Yuritzi (Madre)	Rec. Srita. Sandra 52822514/ Ext.16	Separación	Huidobro E.	Baja
06/03/00	Sánchez Muñoz Luis Alberto	9	Muñoz García Silvia (Madre)	Sra. Paz 53122900 Sr. Muñoz 55611667	Problemas de conducta	Vélez J.	Baja



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 8
Lista de Espera

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
07/03/00	Quiróz Sánchez Arturo	18	Ocampo Ramírez Ananías (Suegra)	Sra. Ananías 53123750	Violencia doméstica terapia de pareja	Ramos D.	Baja
07/03/00	Bermeo Ocampo Karen Ivett	18	Ocampo Ramírez Ananías (Madre)	Sra. Ananías 53123750	Violencia doméstica terapia de pareja	Ramos D.	Baja
07/03/00	Arano Valle Raúl	44		Llamar de 9 a 7 55605331	Neurosis	Ramos D.	Baja
10/03/00	Cruz González Juana	33		53480962	Inseguridad	Ramos D.	Baja
13/03/00	Jiménez Enríquez Christian	13	Alejandrina Enríquez Esmeralda (Madre)	53025698	Problemas de conducta	Huidobro E.	Baja
13/03/00	Gómez Copado Rubén G.	9	Gómez Rubén (Padre)	53040478	Problemas de conducta	Huidobro E.	Baja
15/03/00	Martínez Martínez Juan M.	11	Martínez Rodríguez Rosalinda (Madre)	53074814	Problemas de conducta	Ramos D.	Baja Teléfono
15/03/00	Cruz Arias Beatriz	17		53438178	Depresión	Huidobro E.	Baja
15/03/00	Rico Sandoval Marco A.	15	Rico Sandoval Jesús (Hermano)	53122620	Problemas de conducta	Huidobro E.	Baja
13/04/00	González Roberto Peña C.	7	González Martínez Guadalupe (Madre)	Rec. 53075753	Problemas de conducta	Vélez J.	
24/04/00	Huitrón Gualito Peña Guadalupe	8	Gualito Castañeda María Dolores (Madre)	58161846	Insomnio y pesadillas	Huidobro E.	
25/04/00	Sánchez Martínez Valente	39	Ponce de Sánchez Ana Celia (Esposa)	Rec. 53002335	Problemas emocionales	Vélez J.	Baja Teléfono



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 9
Lista de Espera

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
17/05/00	Jiménez Rosales Merari	26		Rec. 53593105	Problemas de pareja	Huidobro E.	
22/05/00	De la Barra Retana Brenda	6	Retana Soto María Isabel (Madre)	53026149	Problemas de atención	Vélez J.	Baja, (ya no requiere el Servicio).
22/05/00	López de la O. Luis Rey	20	De la O. López Martina (Madre)	Rec. 53018568	Agresión	Vélez J.	
24/05/00	Correa Soto Araceli	35		53073335	Malos hábitos	Vélez J.	Baja
29/05/00	Santiago Avendaño Luis F.	9	Avendaño Dominguez Sandra (Madre)	53127875	Problemas de conducta	Olivares J.	
31/05/00	Monroy Alcántar Lucio	35			Nerviosismo		Baja Teléfono
31/05/00	Morales Cruz Alberto	25	Cruz Hernández Esther (Madre)	53022176	Agresión		
19/06/00	Estrella Wences José María	4	Wences Elvira (Madre)	53121487	Hiperactividad y agresión		Baja
19/06/00	Aguilar Ortiz Juana	47		53803026	Autoestima		
19/06/00	López Sánchez Mexthli María R.	48		58273448	Problemas familiares		
20/06/00	Caratachéa Alcalá Guadalupe	42		53070798	Depresión		Baja
05/07/00	Mancera Salazar Auschen	14	Salazar Sandra (Madre)	53730185	Problemas de agresión sexual a un menor		

TEJES CON
FALLA DE ORIGEN

228



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No.10
 Lista de Espera

Fecha	Nombre del Paciente	Edad	Solicitante Del Servicio	Teléfono	Motivo de Consulta	Psicólogo	Condición
12/07/99	Patiño Martínez Nadia	24		Rec. 53010124	Problemas de pareja		
17/07/00	Suárez Cortés Génesis	5	Cortés Lucina (Tía)	Después de las 19 hrs. 53643540	Asesoría psicológica, desintegración familiar		
24/07/00	Martínez Hernández Juliana	24	De preferencia en las mañanas	Rec. Francisco Rojas 53861085	Intento de abuso sexual		
24/07/00	Tafolla Bonilla Ernesto	26	Tafoya Bonilla Arturo (Hermano)		Drogadicción	Huidobro E.	Canalización
26/07/00	Jiménez Martínez Aldo	15	Jiménez S. Flavio (Padre)	53013825	Mal genio		
26/07/00	Jiménez Martínez Aurea	19	Jiménez S. Flavio (Padre)	53013825	Mal genio		
31/07/00	Sánchez Pineda Ofelia	55		Rec. Sra. Amelia 53126457	Depresión grave e insomnio		
31/07/00	Hernández Velázquez Roman	6	Reyes Pulido Rita		Problemas de conducta		Baja Teléfono
02/08/00	Rogel Martínez Miguel Angel	21		58245035 58254375	Depresión		
02/08/00	Olvera Román Betsaida	18	Ortiz Román Delia (Madre)	53125413			
02/08/00	Lozada Ocasís Dolores	24	Ramos Cervantes Martha (Cuñada)	53015777	Depresión		
02/08/00	Rivera Ramos Diana	12	Ramos Cervantes Martha (Madre)	53015777	Problemas familiares		

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No.11
 Lista de Espera

Fecha	Nombre del Paciente	Edad	Solicitante Del Servicio	Teléfono	Motivo de Consulta	Psicólogo	Condición
02/08/00	Rivera Ramos Verónica	7	Ramos Cervantes Martha (Madre)	53015777	Problemas familiares		
02/08/00	Ramos Cervantes Martha	34		53015777	Problemas de pareja		
14/08/00	Sánchez Arcos Daniel A.	12	Sánchez Camacho Pedro (Padre)	53044983	Problemas de concentración		
14/08/00	Rojas Hernández Karina A.	14	Hernández P. Gloria (Madre)	53002202	Problemas de conducta		
14/08/00	Hernández Pérez José Luis	7	Hernández P. Gloria (Madre)	53002202	Problemas de conducta		
23/08/00	Peralta López Karen A.	7	López Suárez Isabel (Madre)		No quiere entrar a la escuela		Baja Teléfono
23/08/00	Castro Sánchez Celia	19		Rec. Sra. Julia 53982773	Ansiedad		
23/08/00	Vázquez Flores Jesús	16	Flores Hernández Ana (Madre) -Sábado -	Cel. 04421531921	Depresión		
30/08/00	Campusano Rizo Alberto	13	Rizo Aguirre Laura (Madre)	53128486	Problemas de conducta		
30/08/00	Hernández Sánchez María Alejandra	41			Depresión, estrés y nervios		Baja Teléfono
11/09/00	Velázquez Flores Diana	13	Juárez Pavón Guadalupe	53127118	Intento de suicidio y problemas familiares		
13/09/00	Olmedo Castelán Robertina	38		53585880 53385880	Problemas familiares		



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No.12
 Lista de Espera

Fecha	Nombre del Paciente	Edad	Solicitante Del Servicio	Teléfono	Motivo de Consulta	Psicólogo	Condición
13/09/00	Martínez R. Verónica Teresa	14	Eva Ramírez (Madre)	53025935	Irritabilidad		
20/09/00	Salazar Luna Jesús Eduardo	7	Luna Vázquez Leticia (Madre)	53027597 53024394	Problemas de conducta		
20/09/00	Cortés Montiel Ángela	30			Problemas familiares		Baja Teléfono
02/10/00	Canché Sánchez Uriel Saúl	5	Sánchez Cristina (Madre)	53122051	Abuso sexual	Olivares J.	Baja
02/10/00	Reyes Esquivel Carmen	29		Rec. 53072810	Problemas familiares, irritabilidad		
09/10/00	Navarro Chávez Monserrat	10	Chávez Murillo Margarita (Madre)	53000922	Problemas de conducta		
09/10/00	Dominguez Teresa	50		53079380	Terapia familiar		
09/10/00	Nieves Jiménez María Guadalupe	26		53024715 553021216	Problemas familiares		
18/10/00	García Díaz José Héctor R.	55		53482659	Depresión		
18/10/00	Sánchez Ma. Guadalupe	26	<i>No quiere que se enteren en su casa</i>	53482349	Depresión		
18/10/00	Chávez García Yeni	21		50491520			
23/10/00	Rosario Reyes Eduardo	19	Rosario Reyes Lidia (Madre)	Rec. Sra. Esther 53126433	Depresión		



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No.13
 Lista de Espera

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
23/10/00	Correa Paz Juan Carlos	6	Paz Alcántara Rocío (Madre)	53122697	Problemas de ansiedad		
23/10/00	García Guapo Miguel Angel	13	Guapo Osorio Raquel (Madre)	53014896	Pensamientos suicidas, enuresis		
23/10/00	Castañón Jacobo	12	Castañeda María (Madre)		Problemas de conducta		Baja Teléfono
25/10/00	Flores Mejía Ana María	28		Rec. Sra. Mejia 55760507	Ansiedad		
25/10/00	Cervantes Martinez Angel	8	Martínez Espitia Anahí (Madre)	53003058	Problemas de conducta y atención		
06/11/00	Medina Ortiz Alexander	6	Ortiz Bautista Sofía (Madre)	53634324	Problemas de conducta		
06/11/00	Martínez Ríos Lucio	70	Dasmasio Obispo Guadalupe (Cónyuge)		Problemas de conducta		Baja Teléfono
08/11/00	Rosas Carbajal Yazmín	19		55768976	Depresión leve		
08/11/00	Carmona Pérez Nicolás Ariel	6	Pérez Torres Martha (Madre)		Problemas de lenguaje y aprendizaje		Baja Teléfono
08/11/00	Rosas Cuevas María Elena	33		Rec. Sra. Lucrecia 53125850	Depresión		
15/11/00	Torralba Guerrero Christian	8	Torralba Guerrero Blanca Lucía (Madre)	Rec. Suegros 53075735	Problemas de conducta		
15/11/00	López Luis Sheila Monserrat	5	Luis Solano María Concepción (Madre)	53006031	Trastorno psicósomático		

ANEXO 7
LISTA DE PACIENTES DEL MÓDULO DE PSICOLOGÍA
EN URGENCIAS



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 1
Lista de Urgencias

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
21/04/99	Manuel Romero Jaqueline	6	<i>Urgencias</i> Romero Huerta Carolina (Madre)	LADA 86 728800	No aprende		Baja Teléfono
05/05/99	Padilla Alfaro Edgar Orlando	23	<i>Urgencias</i> Padilla Alfaro Martha (Madre)	55848563	Probable Esquizofrenia	Vélez J.	Baja
05/05/99	Velázquez Rodríguez María Socorro	29	Dr. Abarca	53588816	Problemas de asma, nervios, depresión	Zamudio E.	Baja
12/05/99	Gómez Ojeda Minerva	48	Dr. Sánchez	53070469	S. de Meniere	Vélez J.	Baja
31/05/99	Martínez Santiago Francisca	53	Dr. Díaz	53017678 53023998	Menopausia y Problemas afectivos	Huidobro E.	Baja
07/06/99	Guerrero Domínguez Rubén	41	Dr. Díaz	Rec. F. Gómez 53481695	Terapia de pareja		Baja Teléfono
14/06/99	Benítez Moreno Víctor Daniel	7	<i>Urgencias</i> Moreno María del Carmen (Madre)	53009347	Enuresis	Huidobro E.	Baja
16/06/99	Sánchez Ruíz Ernesto	8	<i>Urgencias</i> Ruiz Hernández Teresa (Madre)	Rec. Carmen R. 53161669	Bajo rendimiento escolar		Alta
28/06/99	Pérez Sánchez Nancy	12	<i>Urgencias</i> Sánchez María Bertha (Madre)	Rec. Sra. Inocencia 55727752	Problemas familiares	Vélez J.	Baja
19/07/99	García García Evangelina	30	Dr. Tamayo	53126614	Neurosis		Alta
19/07/99	Vargas del Campo Patricia	25	<i>Urgencias</i> Fam. Martínez del Campo	53985269	Neurosis		Alta
26/07/99	Acevedo Mondragón Felipe	21	Dr. Sánchez	55628373	Neurosis de angustia	Olivares J.	Baja



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 2
Lista de Urgencias

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
27/07/99	Mizrahi Reyes Sara	30	Dr. Chávez	53070460	Depresión	Olivares J.	Baja
S/F	Herrera Muñoz José Luis	32		Recados 52931395			Baja Teléfono
02/08/99	De la Cruz Entranbasaguas Virginia	45	<i>Departamento de Patología</i>		Dolor de cabeza, insomnio, nervios	Vélez J.	Baja
04/08/99	González Reyes Teresa de Jesús	44	Dr. Abarca	55032999	Nervios y depresión		Baja Teléfono
19/08/99	Martínez Paula Guadalupe	45	Dr. Mendoza	Rec. Abasolo Judith 53042455	Depresión	Zamudio E.	Baja
17/09/99	Vargas Espino Lexan	12	<i>Damas Voluntarias</i> Cabrera Vargas Angélica	53325525	Disfunción familiar		Baja Teléfono
20/09/99	Valentín Mejía Irineo	17	Dr. Luna	Rec. Sra. Lourdes 53122236	Depresión		Baja Teléfono
21/09/99	García Sánchez Petra	47	Dr. Luna	Rec. Israel 53027474	Neurosis de ansiedad	Olivares J.	Alta
22/09/99	Gutiérrez Margarita Alva	55	Dr. Luna				Baja Teléfono
27/09/99	Camargo Hernández Angélica	38	Dr. Hernández	53121203	Angustia y ansiedad	Vélez J.	Baja
27/09/99	Salazar Ortiz Claudia	16	Dra. Solorza	53027727	Lento aprendizaje	Huidobro E.	Alta
01/10/99	Oyamel Berneo Ana	29	Dr. Luna		Síndrome de ansiedad	Huidobro E.	Baja Teléfono



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 3
Lista de Urgencias

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
11/10/99	Hernández García Juan	52	<i>DIF</i>		Posible alergia	Vélez J.	Baja Teléfono
11/10/99	Gaspar del Razo Maribel	20	Dr. Luna	57151129	Depresión	Vélez J.	Baja Teléfono
11/10/99	Villalobos Martínez Benjamin	34	Dr. Luna	58830661	Alcoholismo		Baja
18/10/99	Martínez Juárez Leslie I.	10	Dra. Ibarra	53003954	Inquietudes sexuales	Huidobro E.	Baja
18/10/99	Jiménez Núñez Alba	19	<i>Enfermería</i>		Problemas de pareja	Vélez J.	Baja
20/10/99	Carrillo Dávila José de Jesús	12	<i>Hospital Rubén Leñero</i> Dávila Rosalinda (Madre)	Sra. Isabel 57824014	Hiperactividad	Olivares J.	Baja
22/10/99	Rocha Mizrahi María del Carmen	19	Dr. Luna	Cel. 04451932807 Sr. Jorge 53587293	Depresión	Olivares J.	Baja
27/10/99	Meléndez Hernández Jazmín	14	Dr. Díaz	Sra. Noemí 53003002	Problemas en la interacción familiar	Olivares J.	Baja
27/10/99	Elizalde Velázquez Antonio	54	<i>Urgencias</i> Ramírez Juan	53079939	Depresión por divorcio	Huidobro E.	Alta
03/11/99	López Saucedo Gabriela	19	Dr. Luna	53738005	Intento de suicidio y depresión	Zamudio E.	Baja
03/11/99	Ortiz Mayén Pablo	28	Dr. Luna	Sra. Martha 53003929	Ansiedad	Zamudio E.	Baja
08/11/99	Sánchez Peralta Noemí	5	Dra. Ibarra		Intento de abuso sexual		Baja Teléfono



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 4
Lista de Urgencias

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
10/11/99	Borges Adan Lourdes	33	<i>Extensión 123</i>	57148343	Problemas conyugales	Huidobro E.	Alta
16/11/99	García Cisneros Francisco René	10	<i>Urgencias</i> Cisneros Montes de O. Ma. de la Luz	Sra. Dolores 55769934	Agresión	Ramos D.	Baja
24/11/99	Covarrubias Trejo Isabel	15	<i>Of. de RPBI - 161</i> Natalia Trejo Barrios	52911421		Ramos D.	Baja
03/12/99	García Ortíz Aseret Guadalupe	5	Dra. Solorza	58354351	Problemas de conducta	Huidobro E.	Baja
13/12/99	González Cruz Mario	17	Dr. Hidalgo	53015051	Ansiedad	Vélez J.	Baja
13/12/99	Cruz Bello Irais	29	Dr. Hidalgo	53015051	Trastorno afectivo	Ramos D.	Baja
15/12/99	Mayén Ávalos Marco Antonio	13	<i>Urgencias</i> Ávalos Barajas Georgina (Madre)	55965296	Enuresis	Vélez J.	Baja
20/12/99	Bernal López Maricela	20	Dr. Chávez	53014519	Depresión	Huidobro H.	Baja
03/01/00	Gómez Domínguez Nayeli	7	Dra. Domínguez	53018046	Bajo rendimiento académico	Huidobro H.	Baja Teléfono
03/01/00	García Aguilar Moisés	13	Dra. Ibarra	55768427	Cefálea no orgánica	Vélez J.	Baja
03/01/00	Aguilar Jiménez Leticia	35	Dra. Ibarra	55867426	Terapia familiar	Ramos D.	Baja Teléfono
10/01/00	Fabela Morales María del Rosario	16	<i>Urgencias</i> Morales Méndez Magdalena (Madre)	Cel. Jorge 044521792676	Depresión	Ramos D.	Baja



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 5
 Lista de Urgencias

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
12/01/00	Flores Posada Graciela	45	Dr. Islas	53001082	Menopausia y depresión	Olivares J.	Baja
17/01/00	Guadalupe Pedro Macario	37	<i>Intendencia</i> Sra. Mora Natividad		Drogadicción		Canalización
17/01/00	Santiago Suárez Mónica	28	Dr. Olivares <i>Atender los sábados</i>	57019580	Depresión	Huidobro E.	Baja
17/01/00	Angel Paz Rosalía Sugeili	9	<i>Intendencia</i> Sra. Paz Mercedes María Elena		Desinterés a la escuela	Ramos D.	Alta
19/01/00	Zúñiga Lourdes Liliana	20	Hospital <i>CRSD</i> Sn. Luis Ayuca Dra. González	53018285	Anorexia nerviosa y depresión	Ramos D.	Baja
25/01/00	Borbolla Olivares María de Jesús	22	<i>Cruz Roja</i> Dr. González	58215953	Intento de suicidio	Olivares J.	Baja
31/01/00	Pérez Martínez Martha Lidia	13	Martínez Rodríguez Lidia (Madre) hablar después de las 18 hrs.	53013761 53008041	Problemas de conducta	Vélez J.	Baja
09/02/00	Ramírez Peña Jorge Luis	10	<i>Enfermería/Pediatría</i> Peña Manriquez Angeles	53481445	Problemas de conducta	Ramos D.	Baja Teléfono
09/02/00	Díaz Velázquez Alicia	42	Dr. Cendejas	53018544	Estrés	Vélez J.	Alta
14/02/00	Muñoz Castillo Andrés	10	Muñoz Castillo Julia (Enfermera) <i>de preferencia los sábados</i>	58254152	Problemas de conducta		
14/02/00	Díaz Palacios Fabiola	14	<i>Centro de Salud San Francisco Cuautlalpan</i>	55764210	Anorexia nerviosa	Huidobro E.	Baja
21/02/00	Silva Pérez Javier	19	Dr. Cendejas	53005772	Ansiedad y gastritis	Huidobro E.	Baja



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 6
 Lista de Urgencias



Fecha	Nombre del Paciente	Edad	Solicitante Del Servicio	Teléfono	Motivo de Consulta	Psicólogo	Condición
01/03/00	Sandoval Mendoza Irma	48	Dr. Islas	53071937	Depresión y angustia	Huidobro E.	Baja
01/03/00	Ortiz Hernández Ingrid Eunice	27	Urgencias Ortiz Hernández Deyanira (Madre)	53592667 Ext. 158 Hospital	Problemas de Conducta	Vélez J.	Baja
03/03/00	López Pintor Gerardo	5	Departamento de Pediatría	Srita. Rosa Pintor 53003773	Agresión e ideas suicidas	Vélez J.	Baja
06/03/00	Rajas Pérez María de Jesús	41	Dra. Manzo	Srita. María de Jesús 53024710	Violencia doméstica	Huidobro E.	Baja
06/03/00	Hernández Loya Rubén	16	Dr. García	Cel. 04459624638	Asesoría psicológica	Ramos D.	Baja Teléfono
06/03/00	González Ortiz Valeria	8	Departamento de Cirugía Ortiz Endoqui Rita	0172841214 Ext. 141 Hospital	Problemas de conducta		
06/03/00	González Ortiz Aaron	6	Departamento de Cirugía Ortiz Endoqui Rita	0172841214 Ext. 141 Hospital	Problemas de conducta		
15/03/00	Martínez González Carlos	4	ISEM de Sn. Agustín Dra. Amezcua	53006987	Problemas de conducta		
22/03/00	Iglesias Bumás Jazmín	14	Urgencias Sra. Bumás Gilda	53584585	Depresión psicósomática	Olivares J.	Baja
22/03/00	González Escalona Virginia	65	RPM González Martínez Berenice (Madre)	56603048 de 9:30 a 20 hrs.	Menopausia y depresión	Ramos D.	Baja
03/04/00	Ochoa Caballero Erick Rubén	14	Hospital Legaria Caballero Sánchez Pilar (Madre)	53584585	Problemas de atención		
03/04/00	Espinoza Tapia Adriana	39	Dr. Chávez	53482515	Posible climaterio precoz		



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 7
Lista de Urgencias

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
05/04/00	Vargas Díaz Nancy Yesenia	10	Dr. Romero		Intento de violación		
11/04/00	Rojas López Delfina	39	Dr. Sánchez	53024330	Neurosis maniaco depresiva	Huidobro H. Ramos D.	Baja
18/04/00	Álvarez Neto Ricardo	5	<i>Pediatría</i> Dr. Ávila	Extensión 135	Apego materno y asma bronqueal		
03/05/00	Antúnez Jaimes Olga	36	<i>M.I</i> Dra. Mota	Teléfono del trabajo 55798616	Depresión		
15/05/00	Robles Ramírez Juana	67	<i>M.I</i> Dra. Chávez	58273449	Depresión alucinatoria, visual y auditiva. Probable <i>esquizofrenia</i>	Huidobro H. Ramos D.	Evaluación y canalización
15/06/00	Llamas Martínez Fidel	35	Dr. Moreno	Rec. 43026368	Crisis de angustia		
21/06/00	Acosta Dávila Fabiola	33	<i>Centro de Salud Sn. Lorenzo</i> Dra. Amezcua	53122610	Depresión grave e intento de suicidio		
3/07/00	Rodríguez Martínez Lilia	38	Dra. Manzo	Jaime Rodriguez 53430209	Tensión muscular		
3/07/00	Cruz García Magdalena	25	<i>Departamento de Cirugía</i>	58254375	Problemas de pareja		
3/07/00	Lugo Peláez Javier Antonio	24	<i>De preferencia los lunes después de las 14 hrs.</i>	58254375	Problemas de pareja		
12/07/00	Sánchez Ruíz María Angélica	25	Dr. Sánchez	Cel. 044525251832			
17/07/00	Dolores Sánchez Roberto	31	<i>M.I</i>	Rec. 53022300	Depresión	Olivares J.	Baja



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 8
Lista de Urgencias

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
19/07/00	Hernández Prudencio	38	<i>Departamento administrativo</i>	Cel. 044593728674		Olivares J.	Baja
24/07/00	Hernández Pérez Juan Manuel	10	<i>Urgencias</i> Pérez Bernal Edith (Madre)	53627984	Problemas de conducta	Huidobro E.	Baja
26/07/00	Saldívar García Freddy	21	<i>Damas Voluntarias</i> Saldívar Mejía Diego (Madre)	55629314	Depresión, insomnio ideas suicidas		
26/07/00	Mendoza Mendoza patricia	15	<i>Urgencias</i> Mendoza Fuerte Ofelia	Rec. Fernando 53909601	Intento de suicidio	Huidobro E.	Baja
29/07/00	Fabela Morales María Rosario	17	<i>Biblioteca</i>	21660631	Depresión	Ramos D.	Baja
09/08/00	Hernández Sánchez Alejandra	41	<i>Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino"</i>		Distimia		
09/08/00	López bautista Mónica	27	<i>Centro de Salud "El Tejocote"</i>	Rec. Sra. Elena B. 53481395	Confrontación tanatológica		
14/08/00	Castañón Chávez Agustina	36	<i>Trabajo Social</i>	Cel. 04425304305	Problemas de pareja	Ramos D.	Baja
16/08/00	Dóñez Chávez Araceli	18	<i>Centro de Salud "Benito Juárez"</i>	530444895	Rebeldía e impulsividad	Huidobro E.	Alta
16/08/00	Martínez Torres Sandra Luz	34	<i>Enfermería</i>	50490728	Inseguridad	Huidobro E.	
21/08/00	Páramo Nieto Salvador	40	<i>Urgencias</i>	53436069 53023115	Alcoholismo relacionado con otros problemas	Ramos D.	Alta
21/08/00	Carrera Pantoja Jeisel Karina	23	<i>Cocina del Hospital</i> Pantoja Biana María Columba (Madre)	53590364	Problemas de pareja		



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 9
Lista de Urgencias

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
04/09/00	De la O. de la O. Juan José	9	<i>Urgencias</i> De la O. Fermín L. (Padre) De la O. Vázquez Patricia (Madre)	Lunes antes de las 16 hrs. 52505343	Problemas de ansiedad	Vélez J.	Baja
06/09/00	Crisóstomo Olivares Antonio	44	DIF Naucalpan	Rec. Sra. Chávez 53014550	Crisis nerviosa		
18/09/00	Flores Posadas Graciela	46	<i>Departamento de Ginecología</i>	53000182	Depresión climaterio		
20/09/00	Rodríguez Hernández Teresa	37	<i>Hospital General</i> <i>Psiquiatría</i>	53016206	Depresión		
27/09/00	Martínez Maldonado Esmeralda	13	<i>Centro de Salud</i> <i>"El Tejocote"</i>		Problemas familiares		
27/09/00	Blancas Chávez Rubén A.	9	<i>Dirección del Hospital</i> Chávez Pineda Guadalupe (Madre)	58280220	Problemas de conducta		
27/09/00	Bohorguez Pérez Mayra J.	12	<i>Dirección del Hospital</i> Pérez Tenorio Josefina (Madre)	53014128	Problemas de conducta		
27/09/00	Cayetano Roberto Nicolás	40	<i>Urgencias</i> Cayetano Pérez Yeni	0172861913	Problemas cardiacos		
02/10/00	Canché Sánchez Uriel Saúl	5	<i>Urgencias</i> Sánchez Cristina	53122051	Abuso sexual	Ramos D.	Baja
09/10/00	García García Delia	39	Dra. Ramírez	53124484	Depresión terapia familiar		
18/10/00	Desiderio Hernández Raúl	7	Dr. García	Sra. Rosa 53372318	Incontinencia urinaria		
18/10/00	Olvera Aragón María Teresa	44	Dra. Lozada	55603273	Depresión		



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No.10
 Lista de Urgencias

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
18/10/00	Meza Hernández Osvaldo	14	<i>Urgencias</i>	Lilia Duarte 52361724	Problemas de conducta		
23/10/00	Revilla García Felicitas	47	<i>Urgencias</i>	044 59041401	depresión		
25/10/00	Acosta Hernández Norma	32	<i>Urgencias</i>	52366017 53588123	Intento de suicidio	Vélez J.	baja
25/10/00	Martínez Martínez Adela	30	<i>Urgencias</i>	52930817	Problemas de pareja		
06/11/00	Rangel García Norma Leticia	32	<i>Intendencia</i>	53016728	Problemas de pareja		
07/11/00	Dra. Aranda		<i>Pediatría</i>	53625615		Oliveras J.	Baja
07/11/00	Rizo Correa Lucía		<i>Pediatría Enfermera</i>	53385944			
08/11/00	López Martín Betzaida Eglain	9	Dra. Solorza	53001498	Sobrepeso	Ramos D.	Alta
29/11/00	Tinajero Valencia César	10	<i>Urgencias</i> Valencia García Refugio (Madre)	53071198	Ansiedad y pensamientos suicidas		
29/11/00	Vergara Canizo Samanta	18	<i>Registros Hospitalarios</i>	53605906	Problemas familiares	Vélez J.	Baja
29/11/00	Villar Villa Luis Enrique	14	<i>Biblioteca</i> Villa Rebeles Lucía	Cel. 04425498305	Asesoría para adolescente	Ramos D.	Baja
29/11/00	Huitrón González Enrique	37	<i>Informática</i>	53013251	Inseguridad	Vélez J.	



Instituto de Salud del Estado de México
 Hospital General "Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda"
 Centro de Atención Psicológica
 Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No.11
 Lista de Urgencias

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
29/11/00	Mecot Toledo Obet	37		Trabajo. 56800016 Casa. 57906221	Inestabilidad Emocional	Huidobro E.	
29/11/00	Isidro Roque Francisco	45	<i>Neurología</i>	53734510	Depresión y ataques epilépticos	Huidobro E.	
13/12/00	Rojas Aguilar T. de Jesús	34	<i>Urgencias</i>	55601991			
13/12/00	Esquivel Orozco Mario	24	<i>Urgencias</i>	53632051			
29/01/01	Pérez Rodríguez Jesús	10	<i>Escuela "Jaime Torres Bodet"</i>	53015740	Problemas de conducta		
31/01/01	Muñoz Sánchez Alma Delia	14	<i>Urgencias</i> Extensión 138	43122328	Problemas familiares		
02/02/01	Velazco Taneco Maricruz	6	<i>Urgencias</i> Taneco Velazco Petra (Madre)	52942881	Problemas familiares		
07/02/01	Vela Sánchez Brenda Lucila	22	<i>Urgencias</i>	53009439	Trastorno de la personalidad	Ramos D.	Baja
07/02/01	Arias Medina Mónica	35	<i>Urgencias</i>	53003026	Trastorno de la personalidad	Ramos D.	Baja
07/02/01	Dr. Cariño		<i>Urgencias</i>			Ramos D.	

ANEXO 8
LISTA DE PACIENTES DEL MÓDULO DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 1
En Medicina Interna

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Referido</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
01/08/99	Trejo Orozco Angel	8	Consulta Externa	Miedos	Olivares J.	Baja
01/08/99	Garduño Castillo Ana	68	Medicina Interna	Alzheimer	Olivares J.	Notificación de enfermedad
01/08/99	Gómez Mejía Guadalupe	29	Urgencias	Intento de suicidio	Olivares J.	Atención el mismo día
22/08/99	Aguilar Arias Benita	49	Medicina Interna	Depresión	Olivares J.	Alta
15/08/99	Gutiérrez Aguilar Leticia	24	Medicina Interna	Depresión	Olivares J.	Baja
15/08/99	Martínez Beatriz	59	Consulta Externa	Depresión	Olivares J.	Condición preoperatoria
27/08/99	Guadalupe Reinoso Maribel	18	Urgencias	Intento de suicidio	Olivares J.	Atención el mismo día
27/08/99	Rodríguez V. Armando	27	Consulta Externa		Huidobro E.	Baja
13/08/99	Cachola Palacios Lucía	19	Medicina Interna	Desnutrición	Olivares J.	Supervisión del caso
13/08/99	González Teresa	56	Medicina Interna		Huidobro E.	Baja
18/09/99	Hernández Márquez Perla	14	Terapia Intensiva	Intento de suicidio	Olivares J.	Atención el mismo día
01/12/99	García Sánchez Petra	47	Cirugía	Ansiedad	Olivares J.	Condición preoperatoria



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 2
En Medicina Interna

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Referido</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
01/12/99	Vargas Gálvez José Luis	35	Medicina Interna	Depresión	Olivares J.	Alta
08/12/99	Roa Islas Juan	69	Canalizado	Tanatología	Olivares J.	Asesoría psicológica
02/02/00	Orozco Rojas Lucino	47	Canalizado	Depresión	Olivares J.	Baja
07/06/00	González Ordóñez Carlos	17	Urgencias	Intento de suicidio	Olivares J.	Atención el mismo día
07/06/00	Pérez Paredes Verónica	14	Urgencias	Intento de suicidio	Olivares J.	Atención el mismo día
01/06/00	Herrera de la Cruz Martina	15	Urgencias	Depresión	Ramos D.	Asesoría
24/05/00	Ortega Hernández Alejandra	45	Cardiología	Psicosomático	Ramos D.	Baja
31/06/00	De la Cruz Rodríguez Carmen	23	Urgencias	Intento de suicidio	Huidobro H.	Atención el mismo día
05/06/00	Yocelín Cecilia	25	Ginecología	Depresión	Huidobro H.	Alta
29/06/00	Monreal O. Francisco	9	Pediatría	Falta de apetito	Ramos D.	Asesoría
31/05/00	Ariete Saray	5	Pediatría	Enuresis	Olivares J.	Alta
14/06/00	Camacho S. Héctor	39	Medicina Interna	Ansiedad	Olivares J.	Condición preoperatoria



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 3
En Medicina Interna

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Referido</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
26/06/00	Huicochea Alpizar Eustreberto	29	Medicina Interna	Psicosomático	Huidobro H.	Baja
28/06/00	García Ferreira Marcelina	53	Medicina Interna	Depresión	Huidobro H.	Alta
03/07/00	Gaspar Ramírez Consuelo	29	Urgencias	Intento de suicidio	Olivares J.	Atención el mismo día
03/07/00	Hernández Ramírez Isabel	13	Pediatría	Depresión	Ramos D.	Alta
26/07/00	Llamas Martínez Fidel	35	Dr. Moreno	Ansiedad	Ramos D.	Alta
26/07/00	Cuéllar Hernández José	45	Medicina Interna	Psicosomático	Olivares J.	Baja
21/07/00	Delgado Ortiz Juan Gabriel	27	Medicina Interna	Psicosomático	Ramos D.	Alta
21/07/00	Vargas Claudio Paola	45	Urgencias	Psicosomático	Olivares J.	Alta
21/08/00	Lucas Maya Maribel	15	Urgencias	Intoxicación	Huidobro H.	Atención el mismo día
30/08/00	Galindo Alcántara Florentina	24	Urgencias	Intento de suicidio	Huidobro H.	Atención el mismo día
20/09/00	Bertis Estrada José Trinidad	43	Urgencias	Crisis nerviosa		Baja
22/09/00	Pedroza Pedroza Estela	48	Medicina Interna	Depresión	Ramos D.	Alta



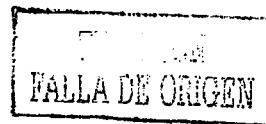
Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes de Psicología Clínica. Hoja No. 4
En Medicina Interna

<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Referido</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Condición</i>
11/10/00	Silva Ramírez Francisco	16	Urgencias	Intento de suicidio		Baja
25/10/00	Acosta Hernández Norma	32	Urgencias	Intento de suicidio	Ramos D.	Atención el mismo día
06/11/00	López Rodríguez Mauricio	24	Cirugía	Depresión	Huidobro H.	Paciente preoperatorio
06/11/00	Mercado Pérez Christofer	7	Medicina Preventiva	Orientación sexual	Ramos D.	Asesoría
06/11/00	Camacho Gil Francisco Javier	12	Urgencias	Tensión nerviosa por ingreso CRS	Huidobro H.	Paciente preoperatorio
15/11/00	Áidé María de Jesús	26	Dr. Sánchez	Crisis de pánico	Huidobro H.	Atención el mismo día
15/11/00	Nolasco Gutiérrez Felipe	20	Urgencias	Psicosomático	Ramos D.	Baja

ANEXO 9
LISTA DE PACIENTES DEL MÓDULO DE ESTIMULACIÓN
TEMPRANA



Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"
Centro de Atención Psicológica
Lista de Pacientes. Módulo de Estimulación Temprana. Hoja No. 1



<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Solicitante Del Servicio</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Motivo de Consulta</i>	<i>Condición</i>
27/03/00	Cruz de la Cruz Leonardo Aarón	11/2	Pediatría (Dra. Solorza) de la Cruz B. Maribel (Madre)	53690059	Asfisia perinatal (prematurez)	Canalizado
12/04/00	Islas Tapia Ana María	1m. 12 d.	Pediatría (Dra. Solorza)	58751194	Asfisia severa no/rec. s/complicaciones	Canalizado
19/04/00	García Ruiz Joselyn Atreen	R/N	Pediatría (Dra. Medina) Ruiz Ortega Angélica (Madre)	53590263	Asfisia moderada	Canalizado
26/04/00	Santiago González Luis Daniel	31/2	González González Rosalinda (Madre)	53044665	Berrinches	Canalizado
15/05/00	Flores José Ricardo	R/N	Pediatría (Dra. Solorza) Flores Flavio (Padre)	Trabajo 53025565	Asfisia moderada	Canalizado
15/05/00	Sin nombre	R/N	Torre Gabriela (Madre)	53124554	Asfisia moderada	Canalizado

ANEXO 10
G A F E T E

GAFETE

ISEM	CAP
<p>HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN "DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA" CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA</p>	
<hr/>	
<p><i>NOMBRE DEL PACIENTE</i></p>	

ISEM	CAP
<hr/>	
<p><i>PSICÓLOGO</i></p>	
<hr/>	
<p>COORDINADOR <i>Psicólogo J. Darío Ramos L.</i></p>	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 11
HORARIOS DE ATENCIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ISEM

CAP

Hospital General de Naucalpan

"Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"

Naucalpan, de Juárez a 7 de Agosto del 1999.

Asunto: Horarios del Departamento de Psicología

Lunes

Horario	Psicología	C.1	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.7	M.I.	E.T.
8:00	Ψ	C.E.	C.E.	C.E.	Ψ	C.E.	C.E.	C.E.	Ψ	T
9:00										
9:00	Ψ	C.E.	C.E.	C.E.	Ψ	C.E.	C.E.	C.E.	Ψ	A
10:00										
10:00	Ψ	C.E.	C.E.	C.E.	C.E.	C.E.	C.E.	C.E.	Ψ	L
11:00										
11:00	Ψ	C.E.	C.E.	C.E.	C.E.	C.E.	C.E.	C.E.	Ψ	L
12:00										
12:00	Ψ	C.E.	**	Ψ	**	**	**	C.E.	Ψ	E
13:00										
13:00	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ	**	**	**	Ψ	Ψ	R
14:00										
14:00	Ψ	Ψ	Ψ	**	**	**	**	Ψ	Ψ	Ψ
15:00										
15:00	Ψ	Ψ	Ψ						Ψ	Ψ
16:00										

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

256

ISEM

CAP

Hospital General de Naucalpan

"Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"

Naucalpan, de Juárez a 7 de Agosto del 1999.

Asunto: Horarios del Departamento de Psicología

<i>Horario</i>	<i>Martes Psicología</i>	<i>Viernes M.I.</i>	<i>Sábado Psicología</i>	<i>Sábado M.I.</i>	<i>Sábado E.T.</i>
8:00 9:00	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ
9:00 10:00	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ
10:00 11:00	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ
11:00 12:00	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ
12:00 13:00	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ
13:00 14:00	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ
14:00 15:00	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ	Ψ

- 1 Nota: Los horarios del día *Martes* inician desde las 10:30 am hasta las 14:30 pm.
- 2 En cada espacio asignado a psicología se anotará el nombre del psicólogo que atienda en ese horario.

Psic. Darío Ramos López
Coordinación General del Centro de Atención Psicológica

C.c.p. Responsables de los Módulos del Centro de Atención Psicológica

257



ANEXO 12
HOJA DE SALUD MENTAL
(SISPA)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 13
CONSTANCIA PARA ADULTOS

ISEM

CAP

*Hospital General de Naucalpan
"Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"*

ASUNTO: CONSTANCIA.

A QUIEN CORRESPONDA:

La presente tiene la finalidad de hacer constar que Sr()
_____ asiste actualmente a _____
psicológica desde el _____ en el Hospital General de Naucalpan
"Maximiliano Ruiz Castañeda". El horario de atención es de: _____.

Motivo por el cual solicitamos su apoyo en la medida de todo lo posible.

Sin más por el momento quedo de usted.

Atentamente

Psic. _____.

Naucalpan de Juárez a _____ de _____ del _____

Nota: Este documento expira a los treinta días de haberse elaborado.

ANEXO 14
CONSTANCIA PARA NIÑOS

ISEM

CAP

*Hospital General de Naucalpan
"Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"*

ASUNTO: CONSTANCIA.

A QUIEN CORRESPONDA:

La presente tiene la finalidad de hacer constar que ___niñ()
_____ de ___ años, inscri() en el ___ grado
de la escuela _____ asiste actualmente a
_____ psicológica desde el _____ en el Hospital
General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda". El horario de atención es de:
_____.

Motivo por el cual solicitamos su apoyo en la medida de todo lo posible.

Sin más por el momento quedo de usted.

Atentamente.

Psic. _____.

Naucalpan de Juárez a _____ de _____ del _____.

Nota: Este documento expira a los treinta días de haberse elaborado.

ANEXO 15a
EXPEDIENTE CLÍNICO

ISEM

CAP

**CENTRO DE ATENCION PSICOLOGICA
INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN
"DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"**

(Especificar Módulo)

Asunto: Expediente Clínico

Ficha de Identificación

Nombre:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

Grado Máximo de Estudios:

Estado Civil:

No. Expediente:

Psicólogo:

Fecha:

Motivo de Consulta

Antecedentes

Sesiones

Número de Sesión

Fecha

Descripción de la sesión, qué se hizo y cómo se hizo.

Observaciones:

Comentarios por parte del psicólogo

Resultados

Recomendaciones

Atentamente

Psicólogo
Psicología Clínica

Psic. J. Dario Ramos López
Coordinación General del Centro de Atención Psicológica

Nombre y Firma del Paciente

_____/_____/_____
Fecha

ANEXO 15b
HOJA DE PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
(CAP)

ANEXO 15c
ENTREVISTA CLÍNICA

ISEM

CAP

**HOSPITAL "DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"
"CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA"**

DA TOS GENERALES

Fecha:

Nombre del Paciente:

Estado Civil:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

¿Quién proporciona la información?

DATOS FAMILIARES

¿Con quien vive?

¿Quién integra la familia con quien vive?

NOMBRE

PARENTESCO

OCUPACIÓN

EDAD

DATOS ECONÓMICOS - LABORALES

Ocupación:

¿Trabaja?

Lugar donde trabaja

¿Qué puesto desempeña?

¿Desde hace cuanto tiempo?

¿Tiene participación (ingresos) económica en la casa?

OTROS DATOS

Escolaridad:

Religión.

¿A qué se dedica en su tiempo libre?

DA TOS DE SALUD Y DEL PROBLEMA

¿Asiste a algún servicio de salud actualmente?

¿Padece algún problema de salud?

¿Cómo se enteró del servicio?

¿Quién lo trajo?

¿Cuál es el motivo de consulta?

¿Cómo ha intentado solucionar esta situación?

Psicólogo:

Fecha:

No. de Expediente:

ANEXO 16
EVALUACIÓN CLÍNICA

ISEM

CAP

**CENTRO DE ATENCION PSICOLOGICA
INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN
"DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"**

(Especificar Módulo)

Asunto: Evaluación Clínica

Ficha de Identificación

Nombre:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

Grado Máximo de Estudios:

Estado Civil:

No. Expediente:

Psicólogo:

Fecha:

Motivo de Consulta

Antecedentes

Evaluación

Se describen qué tipo de pruebas se emplearán, la justificación y qué tipo de entrevista se realizará.

Observaciones Generales de la Entrevista

Resultado de la Evaluación

Se detallan los resultados de cada una de las pruebas.

Recomendaciones

Atentamente

***Psicólogo
Psicología Clínica***

***Psic. J. Darío Ramos López
Coordinación General del Centro de Atención Psicológica***

Nombre y Firma del Paciente

Fecha

ANEXO 17
ENTREVISTA CLÍNICA PARA MEDICINA INTERNA

No. Exp:

HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN "DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

CENTRO DE ATENCION PSICOLÓGICA

PSICOLOGÍA CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA



____ día ____ mes ____ año

Datos generales

Nombre _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____
 _____ Viudo
 _____ Divorciado
 _____ Soltero
 _____ Casado

Número de hijos: _____

Edad de los hijos: _____

Edad del esposo (a): _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Religión: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Datos familiares

Nombre del padre: _____

Ocupación: _____

Edad: _____

Nombre de la madre: _____

Ocupación: _____

Edad: _____

Número de hermanos: _____

Edad de los hermanos: _____

Actualmente, ¿con quién vive?

Aspectos de Salud

¿Practica algún deporte? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Ha padecido o tiene alguna enfermedad? Si _____ No _____

¿Cuál? _____

¿Actualmente esta tomando algún medicamento? Si _____ No _____

¿Para qué es? _____

Nombre del medicamento _____

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre? _____

¿Cómo se enteró del servicio? _____

ANEXO 18
PROCESO PSICOLÓGICO DEL ENFERMO MENTAL

**PROCESO PSICOLOGICO DEL ENFERMO TERMINAL ESTADIOS SEGUN SPORKEN Y
KÜBLER ROSS¹**

Sporken (1978) distingue cinco fases que preceden a las de Kübler Ross (1969). Estos estadios son:

1 Ignorancia: El paciente no conoce su fatal diagnóstico, mientras que sus familiares sí han sido informados, el enfermo permanece tranquilo, mientras que sus familiares están angustiados y tristes. Se establece un muro de silencio alrededor del enfermo, para que éste no conozca la gravedad de su enfermedad, por lo que el paciente se encuentra cada vez más incomunicado y solo.

2 Inseguridad: Esta fase se caracteriza por una ambivalencia entre la esperanza y el miedo. El enfermo pregunta sus dudas a todas las personas que están a su alrededor.

3 Negación implícita: El enfermo empieza a sospechar la verdad, y al mismo tiempo quiere negarla. Algunos pacientes hacen proyectos de vida completamente diferentes a los que habían realizado hasta entonces.

4 Comunicación de la verdad: Sporken opina que no hay que comunicar siempre la verdad de la enfermedad al paciente ni tampoco ocultarla sistemáticamente. La comunicación, si se hace, debería serlo en estados avanzados de la enfermedad y considerando las necesidades psicológicas y sociales del enfermo. El médico, el psiquiatra o el psicólogo, son quienes deben dar la información, y tiene que observar en sus conversaciones con los pacientes cual puede ser el momento adecuado. Generalmente, lo indicará el mismo paciente.

Fase quinta y sucesivas: A partir de esta fase se sigue la clasificación de Kübler Ross.

1 Negación y aislamiento: Es la reacción que presenta el enfermo, y en ocasiones también la familia, tras ser informado de que su enfermedad es irreversible, pudiendo servir como

¹ Extraído de Massé, P. y Giménez, M. (1999). Enfermedad y muerte: Asistencia al enfermo moribundo. Reacciones del enfermo ante la muerte. En S. Cervera, V. Conce & A. Espino, (Eds.), *Manual del Residente de Psiquiatría*. (pp. 299-305). Madrid, España: Smith Kline Beechman.

un mecanismo amortiguador. Esta fase se da en todos los enfermos, pudiendo ser sustituida por una aceptación parcial.

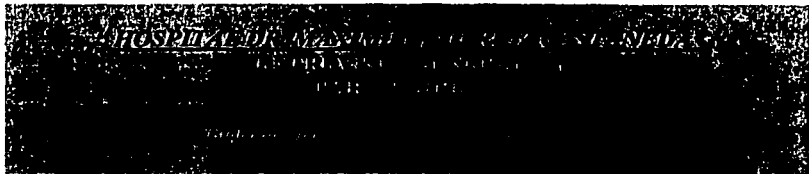
2 Indignación o ira: Cuando el enfermo no puede seguir negando su estado, empieza a preguntarse "¿Por qué? ¿Qué he hecho yo para merecer esto?" y aparecen sentimientos de ira, rabia y resentimiento. Se culpa a sí mismo, a la familia, al personal médico y a Dios. Este comportamiento del enfermo puede despertar desconcierto y agresividad, por lo que es una fase en la que las relaciones médico - enfermo pueden ser difíciles.

3 Regateo o negociación: Cuando el paciente ha exteriorizado su indignación y empieza a afrontar la realidad pasa a una fase de negociación y pacto. Se somete dócilmente a las indicaciones de los médicos y realiza promesas de ser mejor con el fin de retrasar los hechos. ("yo me dejo hacer esta prueba o colaboro en el tratamiento, pero usted me garantiza que...").

4 Depresión: Cuando el enfermo comprueba que su negación, su indignación o sus negociaciones no le han aportado ninguna mejoría, cae en una depresión, con una doble vertiente, como consecuencia de las pérdidas pasadas y como proyección hacia las pérdidas futuras. El enfermo se aísla, no habla, no come y no coopera. Ha aceptado plenamente que va a morir y desea que la familia y el personal asistencial le acompañen en silencio.

5 Aceptación: Si el paciente ha tenido el suficiente apoyo durante las fases anteriores, puede llegar a aceptar la muerte con paz y serenidad. Ya no está deprimido, no hay sentimientos negativos. Está muy cansado y débil. Durante esta etapa la comunicación no verbal puede ser de gran ayuda. El paciente requiere una persona que con cariño se ocupe de él. A veces, en esta fase tranquila de aceptación se intenta, de una manera equivocada, seguir animando al enfermo a que viva, cuando lo que él quiere es que le dejen morir tranquilo.

ANEXO 19
ENTREVISTA PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA



FECHA _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

NO. EXPEDIENTE _____

A) DATOS GENERALES

1.- Nombre _____

2.- Domicilio
CALLE No. COLONIA C.P. DELEGACIÓN.

3.- Teléfono _____ (en caso de no tener, en dónde se puede localizar) _____

4.- Edad _____

5.- Sexo a) Masculino b) Femenino

6.- Fecha de nacimiento _____

7.- Lugar de nacimiento _____

8.- Grado Máximo de Estudios _____

9.- Estado Civil _____ 10.- Religión _____

B) DATOS SOCIO-ECONÓMICOS

1.- El ingreso familiar es:
a) Fijo b) Variable c) Ocasional d) Otro _____

2.- ¿ Quiénes viven en la casa que habita?

3.- Número de miembros que aportan al ingreso familiar (¿quiénes?, señalar) _____

4.- ¿Qué tipo de transporte emplea para acudir al hospital?
a) microbús b) metro c) trolebús d) camión e) coche particular f) Otro _____

281

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C) DATOS FAMILIARES

- 1.- ¿Tiene pareja actualmente? _____
2.- ¿Cuánto tiempo tiene de estar con su pareja? _____
3.- Edad de su pareja _____
4.- Ocupación de su pareja _____
5.- ¿Cómo conoció a su pareja? _____

- 6.- ¿Cómo se lleva con su pareja?
a)Excelente b)Bien c)Regular d)Mal
7.- ¿Su pareja participa en todas las actividades del hogar?
a)SI b)En la mayoría de los casos c)A veces d)Casi nunca e)NO
8.- ¿Cómo colabora y en qué actividades? _____

- 9.- ¿Cuántos hijos tiene? _____

Nombre de cada uno de sus hijos, edad y ocupación.

NOMBRE	EDAD	OCUPACIÓN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 10.- ¿Existen otras personas que vivan en la casa?
a) SI b)NO
NOMBRE PARENTESCO

- 11.- ¿Cómo considera que es la comunicación con su familia?
a)Excelente b)Buena c)Regular d)Mala
¿ Por qué? _____

D) ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES

A) Indicar cuáles de las siguientes enfermedades han padecido tanto los padres como los abuelos del niño.

ENFERMEDAD			PATERNO		MATERNO	
	Padre	Madre	Abuelo	Abuela	Abuelo	Abuela
1) Diabetes						
2) Afecciones Cardiacas						
3) Problemas Pulmonares						
4) Problemas Psicológicos						
5) Consumo de Tabaco						
6) Consumo de Alcohol						
7) Consumo de Sust. Tóxicas						
8) Otros						

B) Especificar problema, tratamiento, etcétera

- 1.- Diabetes _____
- 2.- Problemas cardiacos _____
- 3.- Problemas respiratorios _____
- 4.- Problemas pulmonares _____
- 5.- Problemas psicológicos _____
- 6.- Consumo de tabaco _____
- 7.- Consumo de alcohol _____
- 8.- Consumo de sustancias tóxicas _____
- 9.- Otros _____

E) INFORMACION ESPECIFICA

- 1.- Nombre del hijo (a) que acude al hospital _____
- 2.- EDAD _____
- 3.- ¿Qué es lo que le agrada a su hijo(a)? _____
- 4.- ¿Cuál es el juguete que más le gusta? _____
- 5.- ¿Cuál es el platillo favorito de su hijo(a)? _____
- 6.- ¿Cómo le demuestra el cariño a su hijo(a)? _____
- 7.- ¿Qué sabe usted sobre la situación en la cual vive su hijo? _____
- 8.- ¿ Sus familiares saben acerca de esta situación? _____
- 9.- ¿ Qué miembros de la familia, y cual es la información que tienen? _____

10.- ¿A pensado en el futuro de su hijo? _____

11.- ¿Cómo espera que sea? _____

12.- ¿Recibió algún tipo de información por parte del médico, ginecólogo al nacimiento de su hijo y del pediatra actualmente?

¿Cuál fue esta? _____

13.- ¿Cuanta información tiene acerca del desarrollo de su hijo (a)

- a) Suficiente b) Poca c) Escasa d) Nada

¿Cuál? _____

14.- ¿A platicado con su hijo sobre lo que tiene? _____

15.- ¿Qué le ha dicho? _____

F) GENERALES

1.- ¿ Con quién habitualmente se reúne para salir, platicar, o efectuar cualquier otra actividad? _____

2.- ¿ Dónde los conoció? _____

3.- ¿ Qué hace con su tiempo libre? _____

4.- ¿Qué es lo que sabe acerca de la educación sexual?

5.- ¿Quién le proporcionó dicha información?

6.- ¿Se considera ud. una persona supersticiosa?

7.- ¿Cuántas horas duerme al día?

8.- ¿Cuántas comidas hace al día?

G) CURSOS PARA PADRES

1.- ¿Cómo se enteró usted del servicio que presta el hospital?

2.- ¿Ha asistido a otro taller o curso para padres?

A)SI B)NO ¿A cuál?

Lugar _____

Fecha _____

Tiempo aproximado o duración del curso _____

Responsables del curso

A)Doctores B)Ginecólogos C)Pediatras D)Psicólogos E) Madres voluntarias

E)Otros _____

3.- ¿Qué información recibió en ése taller?

4.- ¿Cree usted que el taller le aportó algo, qué le gustó, y que fue lo que no le agradó del taller?

5.- ¿Volvería asistir a otro taller? Y ¿Por qué?

A)SI B)NO

6.- ¿Cuál es el motivo de su asistencia al hospital?

7.- ¿Qué espera recibir al acudir a este servicio?

8.- ¿Qué espera recibir del terapeuta?

H) ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE

1) Altura y peso aproximadamente _____ MTS. _____ KGS.

2) Breve descripción del atuendo

3) Comentarios Generales de la Entrevista

ENTREVISTADO POR:

NOMBRE Y FIRMA

_____/_____/_____
FECHA

ANEXO 20
VALORACIÓN APGAR

VALORACIÓN APGAR¹

La evaluación Apgar debe de tomarse un minuto posterior al parto y 5 minutos después. La puntuación se adquiere por medio de cinco subpruebas, las cuales muestran apariencia o color, pulso o ritmo cardíaco, gestos o irritabilidad refleja, actividad o tono muscular y respiración o esfuerzo respiratorio. Al recién nacido se le otorga una puntuación de 0, 1, o 2 en cada prueba, alcanzando un máximo de 10 puntos.

Se considera una asfixia leve con un Apgar de 6 a 7, asfixia moderada con una calificación entre 4 y 5; y asfixia grave con un Apgar de 0 a 2.

PUNTUACIÓN	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	NO	LENTA 100	100 o más
ESFUERZO RESPIRATORIO	NO	LLANTO DÉBIL	LLANTO/ VIGOROSO
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ TOTAL	FLEXIÓN DISCRETA	FLEXIÓN COMPLETA
RESPUESTA A ESTÍMULOS	NINGUNA	REACCIÓN DISCRETA	LLANTO
COLORACIÓN	CIANOSIS ²	ACROCIANOSIS ³	SONROSADO

¹Tomado de Negrete, E y Quintanar, G. (1998). "Descripción y análisis del psicólogo en un hospital de segundo nivel de atención en el municipio de Naucalpan." Tesis Inédita. Tlalnepantla, Edo. México: UNAM FES Iztacala. pp 64-65.

²Coloración azulada de la piel y mucosas debido a un exceso de hemoglobina reducida, en la sangre.

³Afección caracterizada por una coloración cianótica intensa de las manos y de los pies.

ANEXO 21
ETAPAS DEL DESARROLLO DEL SISTEMA NERVIOSO
CENTRAL

ETAPAS DEL DESARROLLO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL¹

Apedal:

En esta etapa predominan los reflejos primitivos espinales y de tallo cerebral con el desarrollo motriz de un niño en posición supina o prona (boca arriba y boca abajo).

Cuadrupedal:

En esta etapa predomina el desarrollo del mesencéfalo con reacciones de enderezamiento y el desarrollo motriz del niño que se puede enderezar por sí mismo, rodarse, asumir la posición de gateo y de sentado.

Bipedal:

En esta etapa predomina el desarrollo cortical con reacciones de equilibrio en el desarrollo motriz de un niño que puede asumir la posición de pie como la de ambular, se desarrollan también los niveles cognitivos.

¹Fiorentino, F. (1987). Métodos de examen de reflejos para evaluar el desarrollo del Sistema Nervioso Central. México: Prensa Mexicana.

ANEXO 22
PROPUESTA PARA LAS DAMAS VOLUNTARIAS

ISEM

CAP

HOSPITAL GENERAL
"DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
Naucalpan de Juárez 13 de Septiembre de 1999.

At'n: Comité de Damas Voluntarias del Hospital "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"

Sra. Olga Stordia de Romero

Presidenta

Sra. Ma. Teresa Rodríguez de Santaella.

Tesorera

Sra. Rosalinda Bocanegra Martínez.

Secretaria

Presente:

Por medio de este conducto me permito saludarle cordialmente y a su vez, agradecer de antemano el apoyo brindado al *Centro de Atención Psicológica*, desde el inicio de nuestras actividades. Aprovecho el momento para presentarle una propuesta de "*Cuota de Recuperación Voluntaria Donativo*", para recaudar fondos para el centro.

De igual forma le comunico que el día 14 de junio del año en curso se le presentó al Director del Hospital "Dr., Maximiliano Ruiz Castañeda" el *Dr. Rafael de J. Marentes Garza* una propuesta de Extensión de Servicio Psicológico (que adjunto a este documento) en el que se notifica que el Centro de Atención Psicológica prestará los siguientes servicios:

- 1 Terapia de Grupo.
- 2 Terapia Familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 3 Terapia de Pareja.
- 4 Terapia Individual.
- 5 Terapia de Intervención en Crisis.
- 6 Apoyo Tanatológico.
- 7 Servicio de Urgencia.
- 8 Asesoría Psicológica.
- 9 Valoración y Diagnóstico Psicológico.
- 10 Caracterización de la población que demanda el servicio.
- 11 Divulgación (Conferencias y Asesoría Académica)

En el caso de la Terapia Individual la población que se atenderá será:

- 1 Niños (a partir de cuatro años en adelante).
- 2 Adolescentes.
- 3 Adultos.

Características de la población infantil que puede demandar el servicio:

1 Trastornos de conducta.

- A Problemas familiares.
- B Problemas de socialización.
- C Problemas en el área de comunicación.
- D Problemas de agresividad.

2 Trastornos académicos.

A Problemas de lectoescritura

- Discriminación de palabras.
- Dislexia.
- Discalculia.
- Disgrafía.

B Problemas lógico-aritméticos.

- 1.- De razonamiento.
 - 2.- Mecanización.
- Sensoriomotricidad.
 - Capacidad de Atención.
 - Concentración.

- Desarrollo de las Nociones Espacio Temporales.

3 Trastornos en el área de lenguaje.

- Deficiencia en el habla.

Cabe señalar que en el caso de los trastornos de conducta se efectuará la evaluación, el diagnóstico y la terapia. En los trastornos académicos y de lenguaje se brindará el servicio de evaluación y diagnóstico para su posterior canalización a algún centro especializado, debido al tiempo y los materiales que precisan estos casos.

Para la evaluación de estos pacientes se requerirá de la Instrumentación de una Batería de Pruebas Psicológicas, que dependerá de las características del paciente.

El horario de atención será de 9:00 a 14:00 hrs., los días Martes y Jueves a partir de septiembre del año en curso.

El Centro de Atención Psicológica solicita la gestión de una *cuota de recuperación* para la compra de materiales que son indispensables en la Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de los Pacientes. Es por ello que le presento un esquema que nos permita crear un fondo de recuperación para la compra de los mismos. Para ello *se sugiere*:

- 1) Nombrar un Representante por parte del *Voluntariado* del hospital que labore con el *Tesorero del Centro de Atención Psicológica*.
- 2) Recibos para la notificación de la aportación del paciente.
- 3) Se solicita una cuota de recuperación voluntaria por consulta.
- 4) El paciente se presentará en la Oficina del *Voluntariado del Hospital* para efectuar su aportación. Posteriormente se le otorgará un recibo, mismo que será presentado en el momento de su consulta al psicólogo que lo atienda.
- 5) Al finalizar la semana se entregarán los recibos al *Tesorero del Centro de Atención Psicológica*, quien al finalizar el mes se los presentará al *Representante del Voluntariado*.

6) Los fondos que se obtengan serán administrados por el *Representante del Voluntariado* conjuntamente con el *Tesorero del Centro*.

7) Para el empleo de los fondos en la compra de material se presentará una solicitud con el costo de los mismos la cual será gestionada por el *Voluntariado*.

8) Una vez adquirido el producto se presentará la nota/factura al *Representante del Voluntariado* y al *Tesorero*.

9) Se llevará un expediente de los movimientos registrados.

10) Se informará a quien lo solicite de los resultados obtenidos.

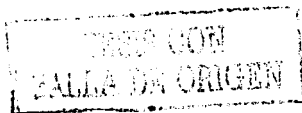
Sin más por el momento, agradezco la atención prestada y espero su respuesta.

Atentamente

Psic. Esther Huidobro Catalán
Tesorero del Centro de Atención Psicológica

c.c.p. Dr. Rafael de J. Marentes Garza, Director General. Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda".

295



ANEXO 23
FORMATO DE COMPRA

246

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ISEM

CAP

HOSPITAL GENERAL
"DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Naucalpan de Juárez, ___ de ___ de ___.

Comité del Voluntariado "Margarita Labardini"

Sra. Olga Siordia de Romero

Presidenta

Sra. Ma. Teresa Rodríguez de Santaella.

Tesorera

Sra. Rosalinda Bocanegra Martínez.

Secretaria

Sra. Guadalupe Morales Covarrubias

Presente

Por medio de la presente se les informa que se adquirió para el Departamento de Psicología Descripción de la Compra con un costo de \$ Cantidad en número (cantidad con letra 00/100 M.N.).

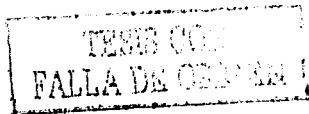
Sin más por el momento, agradezco sus atenciones.

Atentamente

Psic. Esther Huidobro Catalán
Vínculo Damas Voluntarias
Centro de Atención Psicológica

Psic. Darío Ramos López
Coordinación General del
Centro de Atención Psicológica

297



ANEXO 24
ENTREGA DE LAS DONACIONES A LAS DAMAS
VOLUNTARIAS



ISEM

CAP

HOSPITAL GENERAL
"DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Naucalpan de Juárez, ___ de _____ de _____.

Comité del Voluntariado "Margarita Labardini"

Sra. Olga Siordia de Romero

Presidenta

Sra. Ma. Teresa Rodríguez de Santaella.

Tesorera

Sra. Rosalinda Bocanegra Martínez.

Secretaria

Sra. Guadalupe Morales Covarrubias

Presente

Por medio de este conducto se les presentan los pacientes que se atendieron en la semana del día al día del m e s del año. Así mismo la cantidad recaudada por donaciones voluntarias.

No. de Recibo	Nombre del Paciente	Fecha	Servicio	Donativo
				\$
				\$
			Total	\$

Recibí la cantidad de \$ Cantidad en número (cantidad con letra 00/100 M.N.) por concepto del monto reunido de la cuota de Recuperación Voluntaria del Centro de Atención Psicológica de la semana del día al día de m e s de año.

299

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

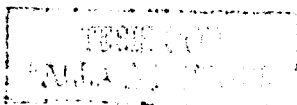
Sra. Guadalupe Morales Covarrubias
Voluntariado " Margarita Labardini"

Sin más por el momento, agradezco sus atenciones.

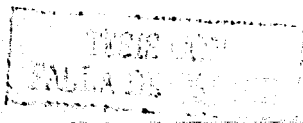
Atentamente

Psic. Esther Huidobro Catalán
Vínculo Damas Voluntarias
Centro de Atención Psicológica

Psic. Darío Ramos López
Coordinación General del
Centro de Atención Psicológica



ANEXO 25
REGISTRO DE DONACIONES VOLUNTARIAS Y
COMPRAS DEL CAP



**REGISTRO DE DONACIONES VOLUNTARIAS Y COMPRAS
DEL "CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA"**

Talonario 1 Recibo No.	Cantidad	Fecha	No. Entrega	Total	Compras	Fecha	Descripción
00001	\$15.00	30-Sep-99	1	\$75.00			
00002	\$15.00						
00003	\$15.00						
00004	\$15.00						
00005	\$15.00						
00006	\$15.00	8-Oct-99	2				
00007	\$15.00						
00008	\$15.00						
00009	\$15.00						
00010	\$15.00						
00011	\$15.00						
00012	\$15.00	15-Oct-99	3	\$120.00			
00013	\$15.00						
00014	\$15.00						
00015	\$15.00						
00016	\$15.00						
00017	\$15.00						
00018	\$15.00						
00019	\$15.00						
00020	\$15.00						
00021	\$15.00						
00022	\$15.00						
00023	\$15.00						

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**REGISTRO DE DONACIONES VOLUNTARIAS Y COMPRAS
DEL "CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA"**

Talonario I Recibo No.	Cantidad	Fecha	No. Entrega	Total	Compras	Fecha	Descripción
00024	\$15.00						
00025	\$15.00			\$180.00			
00026	\$15.00	22-Oct-99	4				
00027	\$15.00						
00029	\$15.00						
00030	\$15.00						
00031	\$15.00						
00032	\$15.00						
00033	\$15.00						
00034	\$10.00			\$130.00			
00035	\$15.00	29-Oct-99	5				
00036	\$15.00						
00037	\$15.00						
00038	\$15.00						
00039	\$15.00						
00040	\$15.00						
00041	\$15.00						
00042	\$15.00						
00043	\$15.00			\$135.00			
00044	\$15.00	12-Nov-99	6				
00045	\$15.00						
00046	\$15.00						
00047	\$15.00			\$60.00			

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

**REGISTRO DE DONACIONES VOLUNTARIAS Y COMPRAS
DEL "CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA"**

Talonnario 1 Recibo No.	Cantidad	Fecha	No. Entrega	Total	Compras	Fecha	Descripción
00048	\$15.00	26-Nov-99	7				
00049	\$15.00			\$30.00			
00050	\$15.00	3-Dic-99	8				
00051	\$15.00						
00052	\$15.00						
00053	\$15.00						
00054	\$15.00	10-Dic-99	9	\$60.00			
00055	\$15.00						
00057	\$15.00	17-Dic-99	10	\$15.00			
00058	\$15.00	7-Ene-00	11	\$15.00			
00059	\$10.00	21-Ene-00	12		\$80.00	8-Ene-00	Perchero
00060	\$10.00						
00061	\$10.00						
00062	\$15.00						
00063	\$15.00						
00064	\$15.00						
00065	\$15.00						
00066	\$15.00						
00067	\$15.00			\$120.00			
00068	\$15.00	28-Ene-00	13		\$12.00	28-Ene-00	2 Litros de Agua electropura
00069	\$15.00						
00070	\$15.00						
00071	\$15.00						

**REGISTRO DE DONACIONES VOLUNTARIAS Y COMPRAS
DEL "CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA"**

Talonario I Recibo No.	Cantidad	Fecha	No. Entrega	Total	Compras	Fecha	Descripción
00072	\$15.00						
00073	\$15.00						
00074	\$15.00						
00075	\$15.00						
00076	\$15.00			\$135.00			
00077	\$10.00	4-Feb-00	14		\$150.00	4-Feb-00	Teléfono
00078	\$15.00				\$29.70	9-Feb-00	Copias
00079	\$10.00						
00080	\$15.00						
00081	\$15.00						
00082	\$15.00						
00083	\$15.00						
00085	\$15.00						
00086	\$15.00			\$140.00			
00087	\$15.00	11-Feb-00	15				
00088	\$15.00			\$30.00			
00089	\$10.00	18-Feb-00	16		\$170.00	18-Feb-00	Payaso
00090	\$15.00			\$25.00	\$12.00	18-Feb-00	Jgo. E.T.
00091	\$15.00	3-Mzo-00	17a				
00092	\$15.00						
00093	\$15.00						
00094	\$15.00						
00095	\$15.00						

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

REGISTRO DE DONACIONES VOLUNTARIAS Y COMPRAS DEL "CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA"

Talonario 1 Recibo No.	Cantidad	Fecha	No. Entrega	Total	Compras	Fecha	Descripción
00096	\$15.00			\$90.00			2 Litros de Agua Electropura
00097	\$15.00	5-Mzo-00	17a	\$15.00	\$12.00	5-Mzo-00	
00098	\$15.00	10-Mzo-00	18a				
00099	\$15.00						
00100	\$15.00			\$45.00			
Total	\$1,420.00	10-Mzo-00		\$1,420.00	\$465.70	Total	\$954.30

(Novecientos cincuenta y cuatro pesos 30/100 MLN.)

Talonario 2 Recibo No.	Cantidad \$999.30	Fecha	No. Entrega	Total	Compras	Fecha	Descripción
00001	\$15.00	17-Mzo-00	18b		\$50.00	17-Mzo-00	1 Reloj de Pared
00002	\$15.00						
00003	\$15.00						
00004	\$15.00						
00005	\$15.00			\$75.00			
00007	\$15.00	7-Abril-00	20	\$15.00			
00008	\$15.00	14-Abril-00	21	\$30.00			
00009	\$15.00						
00010	\$15.00	19-Abril-00	22	\$15.00			
00011	\$15.00	28-Abril-00	23				
00012	\$15.00						
00013	\$15.00						

TASA CON
 BAJA DE ORIGEN

**REGISTRO DE DONACIONES VOLUNTARIAS Y COMPRAS
DEL "CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA"**

Talonnario 2 Recibo No.	Cantidad	Fecha	No. Entrega	Total	Compras	Fecha	Descripción
00014	\$15.00						
00015	\$15.00			\$75.00			
00016	\$15.00	12-Mayo-00	24	\$15.00			
00017	\$15.00	19-Mayo-00	25	\$15.00			
00018	\$15.00	26-Mayo-00	26				
00019	\$15.00						
00020	\$15.00			\$45.00			
00021	\$15.00	2-Junio-00	27				
00022	\$15.00						
00023	\$10.00			\$40.00			
00024	\$15.00	9-Junio-00	28				
00025	\$15.00						
00026	\$15.00						
00027	\$15.00			\$60.00			
00029	\$15.00						
00030	\$15.00						
00031	\$15.00			\$60.00			
00032	\$15.00	23-Junio-00	30				
00033	\$15.00						
00034	\$15.00						
00036	\$15.00						
00037	\$15.00			\$90.00			
00038	\$15.00	30-Junio-00	31				

**REGISTRO DE DONACIONES VOLUNTARIAS Y COMPRAS
DEL "CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA"**

Talonnario 2 Recibo No.	Cantidad	Fecha	No. Entrega	Total	Compras	Fecha	Descripción			
00039	\$15.00	7-Julio-00	32	\$73.00						
00040	\$15.00									
00041	\$13.00									
00042	\$15.00									
00043	\$15.00									
00044	\$15.00									
00045	\$15.00									
00046	\$15.00									
00047	\$15.00							\$2,274.00	7-Julio-00	1 escritorio ejecutivo
00048	\$15.00							\$1,586.00	7-Julio-00	1 Archivero de 3 gavetas
00049	\$15.00	\$100.00	7-Julio-00	Flete						
00050	\$15.00			\$120.00						
Total	\$1,697.30	7-Julio-00		\$728.00	\$4,010.00	Total	-\$2,312.70			
Menos (Dos mil trescientos doce pesos 70/100 M.N.)										
Total Global	\$2,208.00			\$2,208.00	\$4,475.70		-\$2,267.70			

Sra. Guadalupe Morales Covarrubias
Voluntariado "Margarita Labardini"

Psic. Esther Huidobro C.
Tesorero CAP

Psic. J. Dario Ramos L.
Coordinador CAP

308

ANEXO 26
PERMISO DE INMUEBLE

ISEM

CAP

HOSPITAL GENERAL
"DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Naucalpan de Juárez, 30 de Septiembre de 1999.

Dr. María Estela Ramírez San Martín
Subdirector Médico
Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"

Presente

Por medio del presente se le solicita su aprobación para recibir un clóset como parte de un donativo que se efectuó a través del voluntariado "*Margarita Labardini*" para el Centro de Atención Psicológica. Dicho mueble se empleará para el resguardo de los materiales que se emplean en el Área de Estimulación Temprana; así mismo será colocado en el aula donde se imparte el Taller.

Sin más por el momento, agradezco su colaboración.

Atentamente

Psic. Esther Huidobro Catalán
Vínculo Damas Voluntarias
Centro de Atención Psicológica

Psic. Julieta Vélez Belmonte
Responsable del Módulo. de Estimulación
Temprana

Dra. María Estela Ramírez San Martín
Subdirector Médico

c.c.p. Dr. Rafael de J. Marentes Garza. Director General. Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda".

c.c.p. Psic. J. Darío López Ramos. Coordinación del Centro de Atención Psicológica. Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda".

310

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN