



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

"REPORTE PROFESIONAL DE TRABAJO DEL AREA DE
PSICOLOGIA CLINICA DEL CENTRO CARITAS DE ATENCION
MEDICA PRIMARIA DE NUESTRA SEÑORA DEL
SAGRADO CORAZON 2000 - 2001".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REPORTE DE TRABAJO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N ;
MALAQIAS MARTIN CASTILLA HERNANDEZ
JORGE MORALES TERRAZAS

COMISION DICTAMINADORA: LIC. JOSE RENE ALCARAZ GONZALEZ
LIC. MARIA GUADALUPE AGUILERA CASTRO
LIC. JUANA AVILA AGUILAR

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

1
2003



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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIAS

A Jesús, por ser mi fuente inagotable de enseñanza y esperanza.

*A mis Padres por haberme dado el mejor regalo que le pueden dar a un hombre:
LA VIDA.*

A mis Hermanos por ser las otras partes de un todo que formamos juntos.

A mis Sobrinos, como un pequeño mensaje de trabajo y disciplina. Nada es fácil.

A José Luis, gracias por quererme tanto hijo.

A mi esposa, por su apoyo, paciencia, comprensión y por las tazas de café.

*A los AA responsables directos de esta nueva oportunidad que todavía no sé
cuántas cosas hermosas traerá.*

A Germán, gracias, no pude haber tenido un mejor compañero de viaje.

*A ti pequeño Emiliano, mi más grande tesoro por haber venido a darme todas las
cosas tan hermosas que me haces sentir, gracias hijo por las ganas nuevas que
me haces ponerle a la vida.*

*Finalmente a todas las personas que nos apoyaron en la realización de este
sueño: a René por creernos, a nuestros otros asesores. Mil gracias.*

SINCERAMENTE

Martin Malaquias Castilla Hernández

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SÓLO A DIOS:

Porque ha hecho cosas grandes y maravillosas en su humilde servidor:

*Me dio la vida por medio de una gran mujer: Mi madre,
quien siempre ha confiado en mí.*

*Y un gran hombre: Mi Padre,
quien me ha aportado su sabiduría y sencillez.*

*Me dio como compañera a Carmen,
sin cuya comprensión y cariño desvanecería en el camino.*

*Me recuerda la esencia de mi vida,
con la presencia de dos grandes amigos:
Salvador y Gregorio.*

*Me enseña que ante todo está la humildad
a través de Cáritas.*

*Y finalmente me ha trazado el camino a seguir
por el bien de los más necesitados a través de mi hijo:
Emmanuel, en quien me inspiré a lo largo de este estudio,
encontrando gente muy valiosa como el profesor René y la doctora Elia.*

*Sólo a Dios, quien sabe
por qué me escogió y favoreció con todas estas personas
a quienes llevo en mi corazón y agradezco su apoyo.*

Te amo Dios mío en todas estas personas.

Jorge Morales Terrazas

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. CÁRITAS ¿QUÉ ES, PARA QUÉ SIRVE Y QUÉ HACE?	3
1. Promoción de actuaciones coherentes y significativas	3
2. Coordinación y articulación	4
3. Comunicación cristiana de bienes	5
4. Espíritu de trabajo	6
5. Plan estratégico de Cáritas 2000-2005	9
6. Principios guía	12
CAPÍTULO II. ANTECEDENTES DEL CECAMP	12
1. Cómo fue creado el CECAMP de Nuestra Señora del Sagrado Corazón.	17
2. Proyecto a Cáritas, respuesta de Cáritas, cartas dirigidas, funcionamiento y ubicación del CECAMP	18
3. Evolución técnica y de funciones (servicios que se prestan, fechas, contratos)	19
4. Estadísticas de servicio que se prestaron en el año 2000 en el CECAMP del Sagrado Corazón	25
5. Actividades que lleva a cabo el Departamento de Psicología del CECAMP	34
6. Actividades paralelas	36
7. Organigramas	39
CAPÍTULO III. REPORTE PROFESIONAL DE TRABAJO DE MARZO DE 2000 A MAYO DE 2001	40
1. Características de las personas atendidas	44
2. Resultados, análisis crítico	47
CAPÍTULO IV. PROPUESTAS	47
1. Infraestructura	49
2. Administración	50
3. Servicio	51
4. Crecimiento	53
ANEXOS	53
REFERENCIAS	53

RESUMEN

Se presenta un reporte, primeramente, acerca de las actividades que lleva a cabo Cáritas como institución de asistencia privada en México y el espíritu con que debe trabajar en todo el mundo, así como los trabajos que lleva a cabo el Centro Cáritas de Atención Médica Primaria (CECAMP) del Sagrado Corazón, ubicado en la colonia Popo Tacuba, en el Distrito Federal. El reporte se efectúa desde los trámites que se realizaron para poner en marcha el CECAMP ante las autoridades competentes, el acondicionamiento del lugar en donde funciona, las actividades que se realizaron para recopilar los materiales y equipos para su acondicionamiento y la forma en la que comenzó formalmente a funcionar. Por lo que uno de los principales objetivos del presente, es precisamente el dar a conocer la metodología que se siguió para generar este centro de trabajo multidisciplinario, en donde confluyen varias especialidades: Médicos, Psicólogos, Odontólogos y Oftalmólogos.

En lo que se refiere al área de Psicología, se presenta un reporte detallado acerca de las actividades que lleva a cabo el departamento de Psicología del CECAMP, así como las actividades paralelas que realiza en la comunidad, se detalla de manera especial la metodología que se sigue en el área, en cuanto al diagnóstico, tratamiento, prevención y seguimiento de las diferentes problemáticas de sus clientes. Entre las que más se presentan según nuestras estadísticas tenemos: problemas relacionados con algún estado depresivo, de comunicación en la pareja, falta de habilidades para resolver problemas, falta de asertividad, etc. El fin que perseguimos es el de unificar criterios de los diferentes psicólogos que aquí laboran, para que este trabajo se haga de manera ordenada y que genere los recursos necesarios para que crezca y se desarrolle. Ya que el proyecto de Cáritas Salud CECAMP, es nuevo, el presente reporte pretende ser un aporte que permita ser una guía o sugerencia para el trabajo que se lleva a cabo en otros centros similares, los cuales se encuentran diseminados por el Distrito Federal. A partir de que, como podemos constatar en este reporte, la demanda por el servicio de psicología crece paulatinamente, principalmente entre la gente joven, es necesario para los centros, contar con una metodología propia que les permita llevar un servicio de calidad total a quien lo solicite.

Finalmente se presentan una serie de sugerencias, las cuales pensamos pueden servir para mejorar el funcionamiento del centro, así como para la puesta en marcha de otros centros, los cuales serán una oportunidad para que diversos profesionistas lleven a cabo su trabajo, incluso en aquellos casos como el que aquí reportamos, en donde de la nada, se gesta un modelo de trabajo importante que consideramos es bueno que otros lo retomen, con el único propósito de generar oportunidades de desarrollo tanto a nivel profesional como personal.

INTRODUCCIÓN

Un CECAMP, es un Centro de Atención Médica Primaria, a través del cual, Cáritas pretende atender las necesidades básicas de salud de una determinada comunidad. En dichos centros, se invita a personas preparadas profesionalmente en el área de salud (médicos, psicólogos, odontólogos, trabajadores sociales, etc.) y que de preferencia pertenezcan a la comunidad en donde se han implementado estos centros, para que aporten sus conocimientos en la búsqueda de una mejoría en el bienestar personal.

Actualmente Cáritas cuenta con diez CECAMPS dentro del Distrito Federal, los cuales se han clasificado en: Tipo I, cuenta con los servicios médicos básicos como son médico, psicológico y dental; Tipo II, incluye los servicios básicos además de especialidades médicas, como ginecología, dermatología, cardiología, etc.; Tipo III, que abarca hospitales. Este último es un proyecto actual a desarrollar.

El presente trabajo se realiza en un CECAMP Tipo I, en donde la función del psicólogo recae no solamente en la terapia, sino también en aspectos administrativos y de organización de las diversas actividades que permitan promover el centro. En esta experiencia de trabajo, nos permitimos explorar algunas áreas de proyección para el psicólogo, que le han permitido generar sus propios recursos e incluso crear fuentes de empleo que le permitan al egresado no sólo depender de una contratación empresarial, sino también ser él mismo, promotor de su propia economía y experiencia profesional.

Es así como en esta área clínica, el psicólogo se involucra de manera directa en la experiencia no sólo de una persona sino de una comunidad entera, en la que puede rescatar la imagen del psicólogo, aportando sus conocimientos en favor de las personas más necesitadas, ayudándoles a que sean ellas mismas las protagonistas de la modificación de su entorno, tanto individual como comunitario, lográndose como consecuencia, entre las mismas personas, una promoción y deseo de acercarse a recibir ayuda profesional por parte del psicólogo.

CAPÍTULO I CÁRITAS ¿QUÉ ES, PARA QUÉ SIRVE Y QUÉ HACE?

Podemos definir a Cáritas como una organización que administra la ayuda material que da la Iglesia Católica a las personas que más lo necesitan, para lo cual se inspira en la Doctrina Social Cristiana.

La Doctrina Social de la Iglesia tiene una base netamente Humanista, en donde es el hombre inmerso en la sociedad el fundamento, causa y fin de todas las instituciones sociales, las cuales deben por ende atender toda clase de problemas sociales; si tomamos en cuenta este fin último de la Doctrina Social de la Iglesia podemos ver que actualmente existen razones de sobra para servir a tanta gente que necesita la aplicación de estos principios. Con relación a lo anterior Bonin (1990) señala respecto a las cuestiones o problemas sociales: "Existe una cuestión o problema social cuando un grupo humano, un país, una clase social, un sindicato etc. toma conciencia de una situación que considera intolerable, injusta y trata de resolverla con los medios a su alcance por que lo considera justo y posible", en este sentido Cáritas trata de dar vida a través de sus actividades y con fundamento en la Doctrina Social de la Iglesia estos preceptos, e intenta ayudar a solucionar los problemas que surgen en la gente, producto de subdesarrollo y de los sistemas económicos actuales.

La tarea de la caridad al servicio de la cual se encuentra Cáritas, pretende promover una iglesia al servicio de los hombres comunes, que se implique y comprometa con los grandes desafíos de nuestros tiempos. El lugar de Cáritas está al lado de las víctimas y de los maltratados por las injusticias sociales actuales, y busca la unión entre todas las personas e instituciones que procuren a través de la caridad; la paz, la justicia, el respeto a la vida, a la naturaleza, la diversidad y el pluralismo. "Cáritas debe ser promovida, erigida y animada por el Obispo de la iglesia particular para cumplir el ministerio de la caridad que a él corresponde en comunidad con toda su iglesia y en comunión y solidaridad también con la iglesia nacional, regional y universal, personas, comunidades, proyectos, organizaciones de acción caritativas de la iglesia, pueden y deben confluir en objetivos, criterios y programas al servicio de y con los pobres. Cáritas es la expresión organizada, visible de la iglesia con relación a la pastoral de la caridad. Es una organización de organizaciones, programas y servicios caritativos". Zubillaga (1991) pp. 16, 17

La primer Cáritas surge en Friburgo Alemania en 1897, por iniciativa del sacerdote Lorenz Werthmann quien ve en ésta un brazo institucional de los Obispos para organizar y distribuir los recursos producto de las asociaciones socio-caritativas y de

alentar las obras de caridad, por cierto muy abundantes en las comunidades cristianas. De allí Cáritas se extiende por Europa surgiendo así Cáritas Suiza en 1901, Cáritas Holanda en 1924, sin embargo es con las dos Guerras Mundiales que se ve la necesidad de unir los esfuerzos hacia una unión caritativa internacional, dando origen en 1950 a la Confederación Cáritas Internacional, la cual es promovida desde Alemania por el Arzobispo Cardenal Montini, futuro Papa Paulo VI.

En el continente Americano Cáritas surge en Argentina, Brasil y Haití en 1956; y en Colombia en 1957. Cáritas Mexicana surge hasta 1973, sin embargo, desde septiembre de 1960 en la Arquidiócesis de México nace Cáritas en la parroquia de San Miguel Tacubaya, siendo su fundador Monseñor Moisés Ugalde, respaldado y autorizado por el señor Arzobispo Miguel Darío Miranda y Gómez. Zubillaga (op. cit.) p. 3

Actualmente Cáritas es una organización conocida y respetada en todo el mundo, la Confederación Internacional la componen 156 organizaciones nacionales presentes en 204 países o territorios, lo que la convierte en la organización pastoral de la caridad más grande y prolífica del mundo.

"En México en este momento Cáritas actúa formalmente en 45 diócesis y existe ya aunque todavía en proceso de formación, en otras 15 diócesis. Cáritas Mexicana es miembro de Cáritas Internacional y se constituye como un Departamento de la Comisión Episcopal de Pastoral Social de la Conferencia del Episcopado Mexicano". Zubillaga (op. cit.) p. 3

En la arquidiócesis de México, Cáritas vivió su primera etapa desde su fundación hasta 1985, año en el que se constituye la Fundación para el Apoyo de la Comunidad A.C. a raíz de los terremotos del 19 y 20 de septiembre de este mismo año, esta fundación hace las veces de Cáritas hasta 1988. En 1994 se liquida oficialmente ésta y se refunda Cáritas Arquidiócesis de México con la figura legal de Institución de Asistencia Privada, con el fin de coadyuvar junto con la sociedad en la lucha contra la pobreza, mediante el diálogo y la elaboración de programas tendientes a este fin. A partir de entonces y hasta 1998 bajo la dirección y apoyo del actual Arzobispo Primado de México Norberto Ribera Carrera, Cáritas en la ciudad de México ha intensificado su tarea conformando planes, organizaciones servicios y programas que han dado vida al espíritu y misión de Cáritas. Estas actividades por necesidad propia han tenido que irse profesionalizando, lo que coloca a Cáritas en una situación ricamente preparada aunque sin perder su carisma original. Actualmente Cáritas del D.F. cuenta con su propia sede, un fondo patrimonial y una red informática, la cual permite conocer la situación que guarda cada una de las parroquias, decanatos y vicarías, en cuestión socio pastoral; sin embargo quizás

hasta ahora el recurso más importante con el que cuenta Cáritas del D.F. siga siendo el humano, en donde se agrupan actualmente técnicos, profesionales y voluntarios, quienes bajo la dirección y asesoría de los clérigos, dan vida a la misión de la iglesia para dar desinteresadamente a los que menos tienen.

Existen algunas funciones permanentes que deben guardar las Cáritas de todo el mundo. Algunas de éstas se mencionan a continuación, tomadas casi como una transcripción de la Cáritas Española, con algunas aportaciones acordes a las necesidades locales. Zubillaga (op. cit.)

1. PROMOCIÓN DE ACTUACIONES COHERENTES Y SIGNIFICATIVAS

Cáritas debe impulsar y colaborar de acuerdo con su propia identidad, a cuantas iniciativas promuevan, la iglesia y la sociedad, al servicio de los pobres.

En algunos casos deberá promover y mantener iniciativas propias o de otras instituciones o grupos eclesiales, mientras que en otros casos podrá ejercer el deber de cooperar en actuaciones promovidas, tanto desde la sociedad civil como de los servicios gubernamentales.

Por tanto, Cáritas ha de cuidar que sus actuaciones sean punto de referencia y pauta que con una gran calidad, muestren a otros un talante propio de saber hacer, y ofrecer un estilo que invite a recorrer el camino del servicio a los pobres y excluidos, de manera peculiar, incluyéndolos siempre en el centro de la acción, como sujetos primeros de su propio desarrollo, evitando todo tipo de proselitismo que suponga una manipulación del necesitado.

Cáritas debe promover "modelos" de asistencia, promoción y cambio social que desencadenen un trabajo asociativo.

2. COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN

Cáritas tiene un papel de coordinación al interior de la iglesia en sus diversos niveles: interparroquial, Interdiocesano e Internacional. Cáritas colabora con diversas entidades eclesiales y coopera con otras organizaciones civiles y gubernamentales. Su papel de coordinación y articulación se concretiza en las siguientes tareas:

- a) Reconocer, animar y apoyar la diversidad de personas y servicios existentes en la comunidad eclesial.
- b) Facilitar el encuentro, intercambio y colaboración de comunidades, organizaciones, grupos y personas que actúan en el ámbito de la pobreza y la exclusión.
- c) Vincular la acción socio-caritativa tanto a la pastoral de conjunto como en concreto a otras acciones de la iglesia.

3. COMUNICACIÓN CRISTIANA DE BIENES

Cáritas en la Arquidiócesis de México no es lo que solemos llamar técnicamente una fundación de segundo piso, o sea, no tiene la función de financiar proyectos a partir de sus propias reservas económicas.

La tarea de Cáritas es la de movilizar a la comunidad en la perspectiva de compartir fraternalmente los bienes de todo tipo y no sólo económicos.

La Cáritas parroquial es un organismo presidido por el Párroco, que tiene como finalidad animar, coordinar y promover el testimonio de la caridad en los miembros de la comunidad. Su función es principalmente Pedagógica. Los objetivos de una Cáritas Parroquial son tres:

- a) La educación al testimonio comunitario de la caridad.
- b) Animación, comunicación de bienes y promoción del voluntariado.
- c) Coordinación, colaboración y cooperación.

La Cáritas Parroquial puede promover las acciones concretas que ya existen en la misma parroquia y tiene su historia e identidad propia, o bien puede activar algunas nuevas. Entre las más conocidas están: unidades médicas, apoyos nutricionales a enfermos y ancianos solos; formación de promotores de salud comunitarios, entre otros.

Para poner en marcha las Cáritas Parroquiales se requiere de un trabajo muy concreto a partir de estos criterios; se requiere elaborar manuales prácticos que surjan de experiencias y recursos didácticos para activar los procesos de formación; se requiere integrar y capacitar equipos promotores de esta iniciativa, se requiere empezar por experiencias de tipo piloto y después de un proceso de aprendizaje las Cáritas Parroquiales deben difundirse ampliamente.

Las Cáritas Parroquiales, dependerán totalmente de la asesoría y seguimiento de la Cáritas Arquidiócesis de México, quien actualmente cuenta con 9 programas de ayuda, de acuerdo con las necesidades particulares de las parroquias. (Ver organigrama).

4. ESPÍRITU DE TRABAJO

Todos los que trabajan y colaboran en Cáritas han de manifestar un espíritu de trabajo coherente con la identidad y funciones permanentes de la institución. Éste espíritu de trabajo se caracteriza por:

- A. Actitud de cercanía y empatía con los pobres respecto a su propia capacidad y vocación de desarrollo.
- B. Evitar las acechanzas de una burocratización exagerada.
- C. Profesionalizar y tecnificar el servicio caritativo sin que se mate el espíritu y no se deje lugar al estilo personal de los voluntarios.
- D. Actitud de sencillez y de servicio para todos, es decir hacia dentro de la propia organización como hacia la iglesia y las personas de la sociedad.
- E. No se pertenece sólo a una institución que canaliza recursos para otros, sino a una comunidad de trabajo en donde se aprende cotidianamente a compartir con los demás fraternalmente.
- F. Autenticidad y transparencia en lo que se es y se hace a favor de los demás, no vivir apariencias.
- G. Darle profundidad al trabajo caritativo.

- H. El trabajo, se debe hacer cuidadosamente en favor de los demás y de los pobres.
- I. En nombre de la caridad, el trabajo y la colaboración deben ser hechos con eficacia y excelencia. Esto no debe buscar el prestigio vanidoso personal ni de la institución.
- J. El trabajo o colaboración no ha de verse sólo como una actividad retribuable económicamente o friamente asalariada, sino como una oportunidad laboral y de colaboración que retribuye personalmente en el ser mismo por optar por la justicia y el servicio fraternal a los demás.

5. PLAN ESTRATÉGICO DE CÁRITAS 2000-2005

El plan estratégico resume la identidad y funciones permanentes de Cáritas en una concepción operativa válida para los próximos cinco años. Los elementos de planeación estratégica que aquí presentamos son elementos básicos que implican un ulterior desarrollo en vista al diseño de programas y actividades concretas.

5.1. "Nuestra visión"

Una visión es una ilustración mental o una imagen de los resultados que queremos alcanzar y, a menudo, en el caso de la Cáritas Arquidiócesis de México, de la ciudad en la que nos imaginamos vivir. Nuestra visión refleja el objetivo primordial como expresión socio-pastoral de la iglesia. Ella debe inspirarnos y llevarnos juntos a la unidad de acción. La visión es la luz que nos guía.

La visión de Cáritas Arquidiócesis de México es la de una fraternidad sin límites.

La fraternidad es un proceso inacabado:

- En el que la dignidad de la persona, es lo más importante.
- En donde no existe exclusión, discriminación, ni pobreza que deshumanicen.
- En donde todos los bienes y recursos de la ciudad son compartidos realmente por todos.

- En donde se respeta y cuida de toda la naturaleza y todo lo creado por el bien común de las generaciones futuras.
- Un proceso en el que todas las persona, sobre todo las más pobres, marginadas y oprimidas, como parte de la gran comunidad de los que vivimos en la ciudad, tienen esperanza fundada y se van habilitando organizadamente para llegar a la plenitud de su humanidad.

5.2. Declaración de la misión de Cáritas Arquidiócesis de México

Una declaración de misión describe lo que hemos de hacer para conseguir nuestra visión. La visión describe la ciudad que deseamos construir. La misión define nuestra función y contribución para realizar la visión.

Cáritas arquidiócesis de México quiere desempeñar una función de servicio en la promoción de la misión socio-pastoral de la iglesia de la Ciudad de México, irradiando solidaridad y justicia. Cáritas realizará esta misión del siguiente modo:

- Cáritas se siente animada por una misión permanente e irrenunciable: el servicio a los pobres, ayudando también a no caer en la tentación de la acumulación y del olvido de llevar "gozo" a los pobres.
- Cáritas sirve en la iglesia a fin de que el misterio de la caridad se integre en cada una de las comunidades como elemento fundamental de su vida y su misión; de manera específica a nivel de la Arquidiócesis pretende:
 - Facilitar a las organizaciones filiales a Cáritas, las de inspiración caritativa y las Cáritas regionales de la ciudad, diversos apoyos en orden a conseguir su propia habilitación, para que puedan servir de manera directa y con excelencia en su propio campo a los más pobres y marginados, principalmente a través de procesos comunitarios y organizaciones civiles de base social; promover proyectos a partir de necesidades de comunidades y sectores pobres y asumidos desde el principio por las mismas comunidades y grupos, para que puedan madurar hasta su autogestión; propiciar y organizar una red de servicios directos a la población pobre a fin de que las comunidades y las instituciones o los grupos voluntarios actúen en una verdadera asistencia social renovada; actuar como voz de las causas de los pobres, así como habilitándoles a que por ellos mismos asuman su propia defensa; facilitar la cooperación dentro y fuera de la familia Cáritas. Zubillaga (op. cit.) p. 20

5.3. Valores y principios guía de Cáritas Arquidiócesis de México

Los valores y principios guía representan la base moral y estratégica de todo el trabajo de la organización Cáritas, éstos no han de ser considerados metas por sí mismos, sino que han de servirnos a orientar y centrar todas las diferentes acciones que emprendamos.

Valores Guía

Sus raíces están en la historia misma de la humanidad, la enseñanza social de la iglesia y en la fidelidad a los hombres concretos, principalmente a los pobres de la Ciudad de México en su realidad socio-histórica. De estas raíces identificamos los siguientes valores clave:

Origen y Destino Universal de la Caridad

> Dignidad de toda persona humana

Se trata de un valor moral fundamental. Desechamos el puro asistencialismo a favor de los pobres, no queremos que ellos sean objeto de nuestra compasión, sino sujetos de su propio desarrollo y por ello, coautores de cambio.

> Opción por los pobres

Cáritas se compromete a combatir la pobreza, también a proporcionar los derechos de los pobres desde una perspectiva que permita un acercamiento real a sus diversos rostros. Cáritas no puede ser una institución que canaliza el compartir de lo otros, sino debe ser, ella misma, una verdadera experiencia de compartir. Cuando falta la caridad sobra la burocracia.

A los pobres no se les puede servir de memoria. El lugar privilegiado de las promociones de Cáritas es el trabajo de base, encarnado, acompañante, esperanzador, cercano y estimulante. Todo lo demás que se hace desde Cáritas no tiene más función que acompañar y servir estos procesos vividos por los pobres y con ellos.

> Destino universal de los bienes

En Cáritas tenemos que trabajar por el cambio de las estructuras sociales a favor de los pobres.

> Solidaridad

La solidaridad no es un sentimiento de compasión, sino de empatía, de ponerse en el lugar de los pobres y mirar el mundo desde su propio punto de vista. En palabras de Juan Pablo II "... es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien común, es decir, por el bien de todos y cada uno para que todos seamos verdaderamente responsables de todo" (Solicitud Rei Socialis). La solidaridad está estrechamente relacionada con el respeto mutuo y la cooperación, cuyo espíritu debe caracterizar todas las obras de Cáritas.

> Custodia

Cáritas se compromete a ser solidaria no sólo con las personas, sino con todo lo creado y por ello quiere actuar siempre respetando el medio ambiente.

6. PRINCIPIOS GUÍA

Hemos identificado los siguientes principios que sirven de guía para nuestro trabajo:

> Eclesialidad

Es una expresión socio-pastoral de la iglesia que se esfuerza por promover su misión social, procurando que sea la auténtica función de Cáritas.

> De base en el ámbito global

Uno de los objetivos clave de Cáritas reside en su capacidad de identificar los problemas a nivel de base, para luego organizar la reflexión y el análisis a nivel regional, de la ciudad y del país si es el caso, y entonces emprender la acción, de manera simultánea, a nivel global, regional y local.

> Subsidiariedad

Respetar el principio de la autonomía local y de las organizaciones mientras que, al mismo tiempo, ayudaremos a toda la familia Cáritas en la ciudad de México, a trabajar en unidad de manera eficaz y en armonía para organizar nuestra visión común.

> Aprender

Poner el mayor empeño para que Cáritas sea una organización de aprendizaje, compartiendo experiencias e ideas, además transformar este aprendizaje en una acción más eficaz.

> Asistencia promoción

Tratar de incluir lo más posible nuestra labor de asistencia y ayuda de emergencia en un contexto de promoción. Parte fundamental de este propósito será el de involucrar a las familias y comunidades de los asistidos.

> Colaboración

Cáritas México desea trabajar en colaboración con las organizaciones filiales, con las de inspiración caritativa y con las Cáritas regionales. La colaboración implica un mutuo compromiso con relación a los objetivos acordados basados en la clara conciencia de los valores compartidos.

> Cooperación

Fomentar y estrechar relaciones de trabajo con otras organizaciones católicas y cristianas, inter confesionales y laicas, que compartan nuestra visión.

> Custodia de recursos

Custodiar de manera responsable y eficiente los recursos que nos han sido confiados, siendo conscientes de nuestra obligación de tener siempre un comportamiento transparente y digno de confianza para con los pobres, la iglesia y entre nosotros mismos.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

> Potenciar la habilitación

Con el objetivo de impregnar el trabajo con nuestros valores y principios guía, potenciar la capacidad de nuestras organizaciones y de las Cáritas regionales y parroquiales para ofrecer servicios eficaces a los pobres. Mejorar la gestión y dirección de todos los niveles, utilizando la nueva tecnología de modo que esté al servicio de la humanidad.

> Ser testimonio

Ser testigos de nuestra esperanza no sólo con palabras sino con obras y con nuestro modo de afrontar el mundo. Este testimonio implica la apertura, transparencia y visibilidad.

Resulta necesario comentar que las personas que nos vimos involucradas en la creación del Centro Comunitario de Atención Médica Primaria (CECAMP), retomamos este espíritu de servicio que se puede palpar en la declaración de lo que hace Cáritas a través del mundo, de sus objetivos y sus formas de trabajar y es por eso y por nuestra formación que realizamos el trabajo de manera natural, con el espíritu de servicio a la sociedad que se nos ha transmitido a través de nuestra formación, y a pesar de la falta de experiencia y conocimiento en algunas cuestiones que tenían que ver con la puesta en marcha del centro, nos reunimos un grupo de psicólogos y profesionales, en su totalidad egresados de la UNAM y nos dimos a la tarea de fundar el CECAMP.

CAPÍTULO II ANTECEDENTES DEL CECAMP

Hacia finales de 1988 el Padre Salvador Palatto es nombrado párroco de la iglesia de Nuestra Señora del Sagrado Corazón, función que desempeña hasta octubre de 2000. Después de cuatro años de permanencia, el padre Salvador es invitado por el Obispo Ricardo Watti, a vivir la experiencia de un retiro de Evangelización fundamentado en el Sistema Integral de la Nueva Evangelización (SINE), organizado por el Padre Alfonso Navarro. Es así como motivado por esta experiencia, toma la iniciativa de implementar este proceso de Evangelización dentro de la parroquia mencionada.

Un año después auxiliado por el Diácono Permanente Gregorio Rico, el P. Salvador forma las primeras comunidades de trabajo, es decir, pequeños grupos de 12 a 16 personas que se reúnen una vez a la semana para trabajar en diversas actividades que organiza la iglesia. Entre las comunidades que funda el P. Palatto destaca la de Acción Social, la cual tiene como principal objetivo el trabajo hacia la comunidad y que va desde proporcionar un espacio alternativo en el cual la gente puede organizarse para aprender algunos talleres, comprar artículos de primera necesidad a precios accesibles, encontrar algún empleo, entre otras.

Fue en el año de 1995 cuando el P. Salvador invita a integrarse al sistema al Psicólogo Jorge Morales, para formar parte del Ministerio de Acción social, el cual era representado en ese entonces por la Lic. Isabel Martínez. Dicho ministerio estaba integrado por otras tres personas, quienes tenían como actividades concretas una caja de ahorro, bolsa de trabajo y asesoramiento jurídico a todas las personas que lo necesitaran, poco a poco el ministerio tuvo que responder a las necesidades urgentes y principales de las personas con lo que se llegó a definir a la Acción Social como la actividad que tiene como misión la caridad. (Navarro 1990) p. 11

En la Acción Social hay tres formas de responder a las necesidades de las personas por medio de la caridad: asistencia, promoción y liberación; tarea que implica ir hasta las estructuras sociales para transformarlas y así permitir a las personas vivir bajo los criterios de la Doctrina Social de la Iglesia.

Sin embargo como en todo proceso, surge la necesidad de buscar apoyo, asesoría y seguimiento para implementar actividades que permitieran llevar a cabo lo asimilado en las comunidades.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Es así como en 1997, se tiene el primer contacto con Cáritas Arquidiócesis de México, por medio del P. Salvador López Mora, quien amablemente nos presenta una breve visión de lo que es Cáritas y su forma de organizarse y trabajar. Muy pronto se firma un convenio entre la Parroquia de Nuestra Señora del Sagrado Corazón, encabezada por el P. Salvador Palatto y el P. Manuel Zubillaga, quien asigna al Dr. Rubén Hernández como el encargado de implementar los programas de Cáritas, adecuados a la comunidad parroquial.

En este mismo periodo y como necesidad de los miembros de la comunidad, surge la idea de implementar un consultorio de Psicología en el que se pudiera atender algunas de las demandas de las personas, sin embargo, para ese entonces no se contaba con los conocimientos necesarios para ofrecer una terapia como tal, por lo que sólo se ofrecen servicios de apoyo sin que esto implique un proceso de terapia. Es así como desde entonces, comienza a funcionar dicho consultorio.

Con el paso del tiempo y a través de la experiencia que da el trato directo con las personas de la comunidad, nos dimos cuenta que las necesidades de la gente, no solamente tenían que ver con aquellas relacionadas con la iglesia o la religión, sino que en la realidad, a las dificultades o problemáticas que la gente va teniendo a través de las diferentes interacciones personales que el individuo va creando. Dichas necesidades esperan en la mayoría de los casos, de acciones eficaces que permitan a los pacientes contar con las habilidades para manejar problemas reales como pueden ser el alcoholismo, la depresión, problemas de salud, de pareja, entre otros. Por esto ante esta necesidad tan palpable, pensamos en el CECAMP, como una alternativa para proporcionar ayuda a toda esta gente.

De esta forma y aprovechando las relaciones del P. Salvador Palatto con Cáritas nos dimos a la tarea de iniciar y hacer los contactos necesarios para conocer primero los prerequisites para la construcción del CECAMP, los cuales consistían propiamente en el lugar donde se iba a construir la unidad y los asuntos administrativos entre Cáritas y la Parroquia; después el acondicionamiento de dicho lugar, el equipamiento y finalmente la puesta en marcha de la Unidad Médica, la cual se da en medio de la cooperación de la gran mayoría de personas que asisten o tienen que ver con la Parroquia y por supuesto que es necesario también volver a mencionar aquí el gran apoyo que tuvimos tanto por parte de las autoridades de la Iglesia en este caso el P. Palatto, así como de los voluntarios, profesionales que más tarde ocuparían los diferentes puestos en las diferentes especialidades que atendería la unidad.

1. CÓMO FUE CREADO EL CECAMP DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN

Surge pues, la idea de acondicionar un lugar en la azotea de la parroquia , que pudiera tener el espacio suficiente para crear una unidad médica Tipo I , es decir, que contara con los servicios básicos de salud: medicina general, odontología y psicología, dicha unidad, con el paso del tiempo formará parte de los diez CECAMP con los que cuenta actualmente Cáritas, dentro de su programa CARITAS SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.

A partir de mayo de 1999, con el apoyo del Sr. Roberto Cárdenas, el P. Salvador Palatto y la comunidad parroquial, iniciamos la construcción de nuestro CECAMP. Nuestra participación consistió en participar desde la construcción del centro, hasta ofrecer atención psicológica.

Cabe mencionar que para la creación de este centro se llevaron a cabo una serie de actividades que permitieran reunir fondos para la construcción de los consultorios, así como reclutar personas voluntarias profesionistas que ayudaran para el funcionamiento del mismo. Dichas actividades comprendían rifas, hasta el buscar donadores de materiales y muebles, pero sobre todo se contó siempre con el apoyo y participación de Cáritas, para equipar y acondicionar los consultorios de nuestra unidad.

Durante este período de construcción se integran al equipo dos psicólogos y dos dentistas, quienes ofrecen sus servicios no sólo profesionales sino también en el acondicionamiento del centro.

Desde principios de 1999 nos dimos a la tarea de asistir a las juntas de los coordinadores de los centros ya existentes, para conocer acerca de sus experiencias, siendo allí donde nos dimos cuenta de la necesidad de llevar a cabo un estudio para conocer el impacto social que tendríamos en el área al implementar el proyecto de salud comunitaria.

En este estudio reafirmamos que aunque nuestro territorio está cubierto por los servicios médicos que requieren las personas, éstos no satisfacían sus demandas, por lo que era necesario crear una clínica que contara con personal profesional y que su servicio fuera de calidad . dándonos a la tarea inmediata de iniciar el proyecto para la creación del CECAMP.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En el territorio cercano a la parroquia , se cuenta con dos unidades médicas, una del IMSS y otra del ISSSTE, así como un hospital infantil y un general del ISSSTE. Pero la queja de las personas es la que todos conocemos, el tiempo que se pierde cuando se requiere de una consulta y el mal trato, abuso e ineficacia de algunos médicos.

Por otro lado, requeríamos manejar costos accesibles a las personas vecinas, por lo que se sugirió tener un apoyo de la parroquia para resolver los gastos de las personas que no tenían los recursos para cubrir el costo de una consulta.

En mayo de 1999 se hace una invitación a la comunidad parroquial, para que las personas profesionistas en las áreas antes mencionadas y que desearan integrarse al CECAMP lo hicieran de forma voluntaria mientras arrancaba de lleno el proyecto. A esta invitación, tuvimos como respuesta una cirujano dentista, egresada de la FES IZTACALA, quien se interesó en el proyecto y ofreció su cooperación mientras se adecuaba el centro. Al mismo tiempo se hizo una campaña de promoción, para dar a conocer el proyecto que se tenía. en las zonas aledañas a la parroquia, la cual consistió desde avisos en las misas, volanteo y visitas domiciliarias; se mandaron a hacer dos mantas promocionales del centro, lo cual despertó gran interés en las personas que asistían regularmente a la parroquia a quienes se les pidió asumieran el proyecto como una parte de su compromiso social.

Con este equipo y con la asignación de un médico por parte de Cáritas, nuestro sueño se hace realidad el 27 de noviembre de 1999, fecha en la que es inaugurado oficialmente el centro por el director general del patronato de Cáritas, el D.r. Tomás Barrientos. A dicha ceremonia asisten también el director general de Cáritas el P. Manuel Zubillaga, el Obispo de la zona el P. Nicolás Gómez y el padre Salvador Palatto .

Desde entonces Jorge Morales es nombrado coordinador de la Unidad Médica y responsable de la Acción Social de la Parroquia.

A partir de marzo de 2000 la Unidad Médica funciona adecuadamente y de forma constante, ya que por reacomodo y ubicación, sobre todo del personal médico, no se había tenido una presencia oficial en la comunidad parroquial, la cual cuenta con una población aproximada de 30,000 habitantes. Desde entonces nos hemos organizado en las tres áreas de trabajo para ofrecer un mejor servicio. Una de las necesidades surgidas a partir de la demanda en el servicio, nos llevó a nombrar responsable del departamento de psicología a Malaquias Martín Castilla Hernández.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En la actualidad el equipo de profesionales del centro lo conforman: dos médicos generales (pasantes de la Universidad Anáhuac), dos cirujanos dentistas, cuatro psicólogos y una optometrista; también se ofrecen los servicios de laboratorio de análisis clínicos, aunque éste no depende de nuestro CECAMP, sino de otro llamado "La Pasión" el cual coordina este trabajo y en nuestras instalaciones sólo se toman muestras y se entregan resultados.

Los horarios de atención son de 9:30 a 13:30 y de 16:00 a 20:00 hrs. de lunes a viernes y los sábados sólo hay servicio de psicología y odontología de 9:00 a 13:00 hrs.

Una vez inaugurado el CECAMP, se inicia nuestro servicio profesional, siendo Psicología el área que funciona con mayor regularidad, ya que los pacientes que se tenían anteriormente, continúan demandando el servicio.

En la temporada en la que se inaugura el centro no se alcanza un servicio constante en otras áreas ya que a las dos semanas inician las vacaciones decembrinas, lo que nos dificulta mantener una constancia de pacientes, por lo que es hasta el mes de marzo de 2000, cuando se empieza a notar cierta estabilidad en el número de consultas. Cabe mencionar que en un inicio se tenía un control a mano de las consultas y demás procesos administrativos, hacia el mes de mayo del mismo año, el servicio se regulariza también por la llegada de los nuevos médicos que asigna la Universidad Anáhuac, lo que sin duda ayuda al centro, ya que la gente, generalmente acude al centro buscando la atención médica y una vez que se da este primer contacto se le pone al tanto de los servicios que ofrece el centro, lo que nos ayuda a captar más pacientes para las distintas áreas.

Por otra parte en el mes de junio del año 2000 llega también a ofrecer sus servicios un oftalmólogo el cual mediante un convenio ofrece sus servicios de forma gratuita quedando establecido que un porcentaje de las ganancias que se obtengan de la venta de anteojos será retenida por el centro.

Como ya se ha mencionado, desde su fundación el centro cuenta con la colaboración de dos cirujanos dentistas quienes atienden regularmente a sus pacientes. Primeramente ambos trabajaban por las tardes en días terciados, sin embargo, y ante la demanda del servicio se optó por que uno de ellos junto con un médico trabajara en un horario matutino para satisfacer la demanda del servicio. De esta forma intentamos tener cubierta la demanda de los servicios que ofrece el centro durante todo el día lo que nos ha permitido captar un número mayor de usuarios.

2. PROYECTO A CÁRITAS, RESPUESTA DE CÁRITAS, CARTAS DIRIGIDAS, FUNCIONAMIENTO Y UBICACIÓN DEL CECAMP

En la primer visita realizada por los representantes de Cáritas a las instalaciones de la Parroquia del Sagrado Corazón, se les solicita el apoyo para llevar un mejor control administrativo en los servicios de optometría y odontología que eran los que se prestaban en ese momento, debido a esta petición, los representantes de Cáritas sugieren implementar un CECAMP básico que preste además los servicios médicos y psicológicos, para lo cual era necesario acondicionar un local, en este caso solamente se contaba con la azotea de la parroquia. Para llevar a cabo esto era necesario firmar un convenio entre el Párroco, representante legal de la parroquia y Cáritas Salud, dicho contrato estipula que la Parroquia presta el espacio para que Cáritas Salud implemente el proyecto de salud CECAMP. (Anexo I)

Dicho contrato se firma y se acuerda en el mes de agosto de 1999, fijándose como fecha de inicio de trabajos del CECAMP, el mes de noviembre de 1999. Durante este plazo se llevan a cabo diversas actividades que más adelante se detallan y que permiten obtener los recursos necesarios para el acondicionamiento del centro, durante todo este tiempo. Cáritas supervisa el acondicionamiento del lugar, así como proporciona el instrumental para el equipamiento de los consultorios médico y dental, finalmente da el visto bueno y con ello se inaugura el CECAMP del Sagrado Corazón, ubicado en el tercer piso de la Parroquia antes mencionada (Anexo II), la cual se encuentra entre las calles de Lago Ginebra esquina con Norte 4, en la Colonia Popo Tacuba, Delegación Miguel Hidalgo, en el Distrito Federal (Anexo III).

En este plazo de acondicionamiento del centro, se llevaron a cabo también campañas para contactar a la gente que pudiera hacernos algunos donativos en especie, que nos permitieran obtener algunos materiales y accesorios para acondicionar el CECAMP, dichos materiales van desde muebles de baño, de oficina, cortinas etc. Es también importante resaltar aquí el apoyo que nos proporcionó siempre el Padre Salvador Palatto, quien en todo momento estuvo al pendiente de las necesidades y nos brindó su apoyo tanto moral como económico, sin el cual el trabajo que realizamos hubiese sido más difícil. Además de que sus relaciones con la gente de Cáritas fueron un factor importantísimo que nos permitió el acercamiento con la institución, la obtención de recursos y equipo, pero sobre todo, un trato justo y equitativo en cuanto a las exigencias para la puesta en marcha del CECAMP.

3. EVOLUCIÓN TÉCNICA Y FUNCIONES (SERVICIOS, FECHAS Y CONTRATOS)

Al arranque del CECAMP en 1999 solamente se cuenta con los servicios constantes de dos odontólogos, dos psicólogos y un optometrista, ya que dentro de la comunidad no se contaba con la disponibilidad de un médico que pudiera aportar sus servicios, lo cual dio lugar a que éste fuese asignado desde Cáritas y por lo mismo su participación no era muy constante, ya que en ese entonces era el primer año en el que Cáritas estableció un acuerdo con la Universidad Anáhuac, para que ésta asignara determinado número de médicos pasantes, designados a realizar su servicio social dentro de los CECAMP, esta constancia por parte del servicio médico no se da hasta el mes de marzo de 2000, fecha en la que es asignado el Dr. Renato Susunaga para desempeñar este trabajo en el mes de agosto de este mismo año, con la asignación de la nueva generación de médicos pasantes son nombrados dos nuevos médicos para el CECAMP, con lo cual el horario de atención se amplía a dos turnos, dándose un servicio de 9 a 19 horas.

Debido a la demanda por el servicio de psicología, nos damos la oportunidad de reclutar a otros dos psicólogos, para cubrir dicha demanda, incluso por la misma necesidad de atención a la gente, el departamento de psicología empieza a dar servicio incluso los días sábado; esto nos llevó a organizarnos de tal forma que el servicio que se prestaba en el dicha área abarcara no solamente el aspecto terapéutico, sino que trascendiera a otras áreas como fueron la asesoría tanto a profesores como a padres en las escuelas que nos lo solicitaron, incluso en la Escuela Primaria Legaria se fundó el departamento de psicología, atendiéndose una vez a la semana. De la misma forma se buscó que las otras áreas como medicina y odontología, llevaran a cabo campañas de ginecología, pediatría, limpieza dental y aplicación de flúor. Este modelo de trabajo nos permitió asimismo trabajar en forma multidisciplinaria, ya que en los periodos de ingreso escolar, por ejemplo, había mucha demanda por los exámenes médicos, los cuales inicialmente estaban enfocados al aspecto médico, pero una vez allí, se implementó realizarlos de manera más completa, dándose la revisión por parte de los odontólogos e incluso llegó a haber pacientes canalizados al área psicológica, con lo cual el trabajo se fue realizando en forma multidisciplinaria al mismo tiempo que se promovían futuras consultas que se detectaron a través de estas campañas. Como una consecuencia directa de este tipo de trabajo, surgió la necesidad de contar con un servicio de laboratorio que contara con las pruebas requeridas por los médicos. Es aquí nuevamente que recibimos el apoyo de Cáritas Salud quien asigna a una persona que asiste al centro una vez a la semana a realizar dichas pruebas, inclusive dos

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

personas de la comunidad parroquial asisten a capacitación para llevar a cabo dicho trabajo.

En el aspecto técnico en un principio no se contaba con los recursos que nos permitieran tener un control administrativo, el cual se realizaba a mano, nos damos entonces a la tarea de conseguir un equipo que permitiera diseñar formatos, tanto para el control administrativo como para los servicios (historias clínicas, recetas médicas, expedientes clínicos etc.) finalmente generamos los recursos para contratar los servicios de nuestros implementos de papelería, folios, credenciales.

Con el paso del tiempo también pudimos contar con los programas de cómputo que proporciona Cáritas para informar sobre ingresos, número de consultas, honorarios y reportes de caja chica. Esto sin duda que se convierte en una gran ayuda en el aspecto administrativo, lo que finalmente repercute en una mejor atención a la gente y una mejor relación a nivel administrativo entre Cáritas y el CECAMP.

4. ESTADÍSTICAS DE SERVICIOS QUE SE PRESTARON EN EL AÑO 2000 EN EL CECAMP DEL SAGRADO CORAZÓN

A continuación se presentan las estadísticas mensuales de las consultas atendidas por cada especialidad en el CECAMP durante el año 2000.

Mes	Semana	SERVICIO					Cons. total
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
ABRIL	1						
	2		6	6			12
	3		3	2	3		8
	4	1	6	3	3		13
	5						
TOTAL		1	15	11	6		33

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
MAYO	1	3	12	8	13		36
	2	3	6	3	2		14
	3	3	2	5	1		11
	4		1	4	1		6
	5						
TOTAL		9	21	20	17		67

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
JUNIO	1	3	5	7	5	2	22
	2	1	6	6			13
	3						
	4		5	3	6	1	15
	5						
TOTAL		4	16	16	11	3	50

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
JULIO	1	2	11	3	5		21
	2		5	6	1		12
	3	6	3	2	9		20
	4	3	1	7	8		19
	5						
TOTAL		11	20	18	23		72

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
AGOSTO	1	5	5	3			13
	2	11	4	4	3	1	23
	3	15	5	4	2	3	29
	4	4	3	1	4	1	13
	5		2	1	2		5
TOTAL		35	19	13	11	5	83

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
SEPTIEMBRE	1	14	5	6	2		29
	2	6	1	2	1		10
	3	3		6			9
	4	2		7			13
	5			1			
TOTAL		25	6	23	3		57

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
OCTUBRE	1	3	2	6	8		19
	2	4	6	5	3		18
	3	16	10	8		1	35
	4	7	6	6	6		25
	5						
TOTAL		30	24	25	17	1	97

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
NOVIEMBRE	1	2	4	9			15
	2	7	5	5			17
	3	3	4	5			12
	4	6	1	4	5		16
	5	8	7	4			19
TOTAL		26	21	27	5		79

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
DICIEMBRE	1	12	5	4		6	27
	2	5	5	2			15
	3	7	7				14
	4						
	5						
TOTAL		27	17	6		6	56

4.1. Estadísticas de servicios que se prestaron en el año 2001 en el CECAMP del Sagrado Corazón

A continuación se presentan las estadísticas mensuales de las consultas atendidas por cada especialidad en el CECAMP durante los primeros cinco meses de 2001.

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
ENERO	1	10	6	1			17
	2	6	5	7		2	20
	3	9	10	1			20
	4	10	9	7			26
	5						
TOTAL		35	30	16		2	83

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
FEBRERO	1	5	4	9		4	15
	2	5	7	5		3	21
	3	14	4	7		7	31
	4	6	10	7		2	21
	5						
TOTAL		30	25	28		16	96

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
MARZO	1	13	7	9		4	33
	2	12	11	5		3	31
	3	11	9	7		7	34
	4	4	8	7		2	21
	5						
TOTAL		40	35	28		16	119

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
ABRIL	1	10	6	10	3	2	31
	2	9	9	11		3	32
	3	10	9	9	5	1	34
	4	5	7	11		4	27
	5						
TOTAL		34	31	41	8	10	124

Mes	Semana	SERVICIO					TOTAL
		Médico	Dental	Psico.	Opto.	Labor.	
MAYO	1	5	6	8		3	22
	2	5	10	10	5	4	34
	3	13	8	11	4	2	38
	4	5	7	15		3	30
	5						
TOTAL		28	31	44	9	12	124

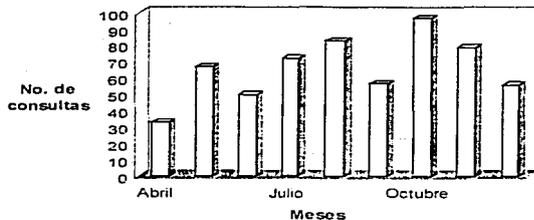
Como podemos observar al analizar estos datos, el número de consultas que se dieron en el CECAMP, fueron aumentando paulatinamente en la medida que se tenía una constancia en los servicios y que el centro se daba a conocer, pasando de 33 consultas en el mes de abril del 2000 a 134 en el mes de mayo del siguiente año.

Observamos que durante el mes de diciembre del 2000, se tuvo una baja sensible en el número de consultas totales, llegando éste a descender hasta 56 consultas, debido principalmente a las dos semanas de vacaciones asignadas al personal del

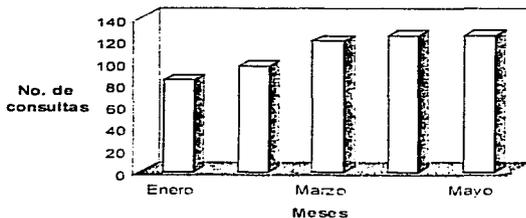
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

centro, siendo este mes el tercero más bajo durante el año 2000, sólo por arriba de los meses de abril y junio.

Particularmente notamos cómo se fue incrementando el servicio de psicología, llegando a desplazar al médico en los meses de abril y mayo de 2001, convirtiéndose con esto en la principal fuente de ingresos por especialidad para el centro.

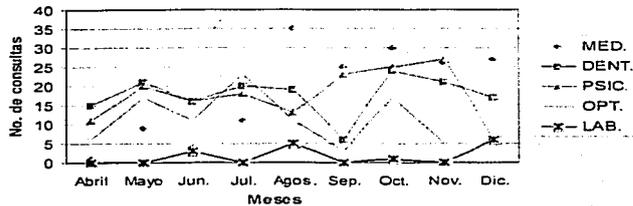


GRAFICA 1. Consultas totales por mes durante el año 2000, que se atendieron en el CECAMP.

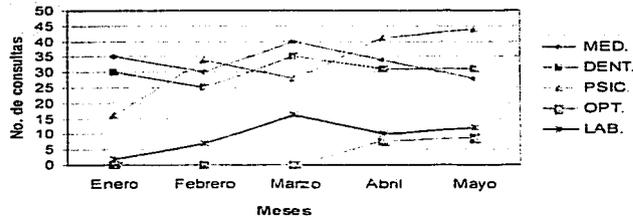


GRAFICA 2. Consultas totales atendidas los primeros cinco meses del año 2001.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



GRAFICA 3. Número de consultas por especialidad atendidas en el año 2000.



GRAFICA 4. Consultas totales por especialidad atendidas durante los primeros cinco meses de 2001.

5. ACTIVIDADES QUE LLEVA A CABO EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL CECAMP

El departamento de Psicología clínica del CECAMP del Sagrado corazón cuenta con 3 psicólogos desde su inicio y se maneja para atender a los clientes que solicitan el servicio, con base en una lista de espera (Anexo IV), en la cual se anota al cliente. Generalmente los clientes son asignados de manera indistinta aunque hay ocasiones en que el coordinador del departamento realiza la entrevista inicial con el cliente y es él quien asigna a los psicólogos con base en la experiencia mostrada en casos anteriores. En un principio se contó con el apoyo de los diversos grupos de trabajo que existen en la parroquia para reclutar a los primeros clientes, pero poco a poco se ha tenido demanda por personas que llegan solas a solicitar el servicio, esto como resultado de las campañas de promoción realizadas por el personal del centro, la colaboración que lleva a cabo el departamento con algunas instituciones educativas del área y la elaboración y difusión de talleres en diversas instituciones.

Una vez que el cliente es contactado por el psicólogo que habrá de atenderlo, éste tiene que entrevistarlo, para lo cual se utiliza un formato de entrevista (Anexo V), el cual debe de ser contestado en su totalidad, sin embargo, esto se hace con fines de control y estadísticos ya que siempre se recomienda a los psicólogos que en lo que puedan, lleven a cabo entrevistas abiertas que permitan evaluar de manera más completa la situación que presenta el cliente. Cormier y Cormier (1991) p. 24 señalan respecto a esta etapa de evaluación: "El consultor debe interesarse básicamente en ayudar a los clientes para que se exploren a sí mismos y sus preocupaciones. La evaluación está diseñada para ayudar al consultor y al cliente a obtener un boceto o idea más clara de lo que le sucede al cliente y qué lo condujo a solicitar su ayuda en esta ocasión". Una vez realizada esta primera entrevista, el psicólogo informa al coordinador del departamento acerca del caso y juntos van tratando de establecer el curso que debe de tomar el proceso terapéutico en cuestión. Cabe mencionar también que el departamento de psicología realiza juntas mensuales entre sus miembros, en las cuales se discuten los diversos casos que se están tratando actualmente, y se proponen alternativas.

El enfoque que implementa el departamento de Psicología del CECAMP del Sagrado Corazón, pretende ser un modelo que aborde todos los factores que pueden intervenir en los distintos casos que se tratan, de tal forma que esto ayude a la comprensión y el tratamiento de las quejas de los diferentes clientes. El modelo que manejamos ve estas quejas como una compleja interacción de factores afectivos, biológicos, conductuales, cognitivos, sociales y ambientales. En este sentido nuestro enfoque no ve un solo factor como la causa principal e independiente de la problemática de los clientes, sino que contempla una influencia recíproca entre

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

factores que dan como resultado las diferentes quejas entre los usuarios, por lo tanto para nosotros es de vital importancia que se lleve a cabo una exploración meticulosa de las complejas interacciones entre factores, para que de esta forma podamos establecer cuidadosamente la estrategia de tratamiento.

El modelo teórico que pretendemos manejar en el CECAMP es el de la TEORÍA INTERCONDUCTUAL, ya que nos permite trabajar libres de categorizaciones a priori, al entender como objeto de estudio a la conducta, ésta no puede enfermarse o ser mala, si es valorada como tal, debemos ubicar en dónde, cuándo, ante quién y bajo qué circunstancias la conducta está siendo valorada como problemática, si tenemos en cuenta que una de las principales premisas de esta teoría se refiere precisamente al concepto de comportamiento entre individuos, el cual debe ser visto de forma total como la interacción que se da entre el individuo y su medio ambiente, esto nos permite precisamente construir la propia categorización de cada uno de nuestros usuarios, tomando en cuenta todas las variables que pueden presentarse, para que la conducta sea valorada como problema, por él o por los demás. Ribes y López (1985), definen el comportamiento como "la interacción del organismo total con su medio ambiente físico, biológico y social, modificable por y en el transcurso de la historia". (Rodríguez 2002).

Es necesario aclarar que aunque intentamos aplicar esta teoría de la Ciencia Básica en nuestro modelo como una técnica particular, a través del análisis que hacemos de cada caso, todavía tenemos problemas para llevarlo a cabo, entre otros: la poca información que se tiene sobre el modelo y la diversa formación de los psicólogos del centro. Es por eso que en algunos casos echamos mano de diferentes enfoques como el Cognitivo o la Psicología Conductual Aplicada, sin embargo intentamos siempre que nos sea posible evitar las caracterizaciones a priori, observar un modelo dualista, causal o que no reconozca la complejidad de los diferentes procesos psicológicos involucrados en algún comportamiento.

El análisis que hacemos incluye tres fases generales para su aplicación: diagnóstico o reconceptualización, adquisición y ensayo de habilidades y aplicación.

En la primera de ellas que podríamos llamar de diagnóstico o reconceptualización, se trata de establecer una relación de calidez, colaboración y confianza entre el terapeuta y el cliente para poder distinguir la situación valorada como problema. "No es probable que se produzca un cambio en el cliente si no existe una relación terapéutica efectiva. Una relación efectiva proporciona el ímpetu y la base para que las estrategias de intervención directas logren los efectos deseados". (Goldstein, 1980, p. 20) citado en Cormier y Cormier 1991.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Las quejas de los pacientes se reconsideran y ven como complejas cadenas de acontecimientos que se están llevando a cabo en ese momento y no como acontecimientos únicos, subyacentes y difíciles de aterrizar. Las quejas tratan siempre de reconceptualizarse como falta de habilidades conductuales, estímulos ambientales estresantes, distorsiones cognitivas y falta de información; a partir de esta fase se busca la estrategia que habrá de seguirse siempre orientada hacia el trabajo del cliente consigo mismo, de tal manera que estas estrategias permitan a quien solicita el servicio, encontrar los "cortocircuitos" en la complicada cadena de acontecimientos e interacción de factores que dan lugar a su problemática específica. Es importante resaltar que lo que aquí se menciona no se aplica de manera automática a los distintos casos que manejamos, sino que por el contrario con este modelo tratamos de poder abordar los distintos y muy variados factores que pueden intervenir a la hora de llevar a cabo esta reconceptualización.

En este modelo se requiere que el psicólogo mediante la relación terapéutica dé al paciente la confianza y lo ayude de tal forma que los conceptos acerca de sus problemas y sus características personales ofrezcan la menor resistencia por parte del paciente. Es por eso que en el centro tratamos de que cada psicólogo trabaje con los pacientes indicados, con base en la experiencia y capacidad mostrada con casos anteriores. Esta relación que debe ser vista como de trabajo entre el psicólogo y su paciente debe permitir una comprensión conjunta de sus preocupaciones y una evaluación profunda de los diferentes factores que intervienen en su conformación. Las estrategias que se utilizan para llevar a cabo esta evaluación deben procurar una participación total y muy activa del paciente, así como una discusión posterior por parte del psicólogo. Aunque estas estrategias de evaluación pueden cambiar en el estilo de cada psicólogo, procuramos que se lleven a cabo al menos una de las siguientes:

Entrevistas. Estas serán tantas como sean necesarias y pueden llevarse a cabo tanto con el paciente como con otras personas implicadas en la problemática. Quizá el primer aspecto a aclarar junto con el paciente sea especificar el problema, es decir aterrizarlo de una generalidad como puede ser deprimido, triste o enojado a morfologías conductuales como llanto, falta de apetito, pensamientos de muerte, etc., enseguida se sugiere que se trabaje en otras dimensiones como pueden ser: el impacto que tiene el problema en la vida del paciente y de los demás. Para esclarecer esto es necesario que el psicólogo conozca también con qué frecuencia aparece el problema, qué lo desencadena, qué parece frenarlo, si ocurre con más frecuencia, así como las consecuencias que se presentan como resultado de la aparición de estas conductas. Esta exploración debe realizarse tanto a nivel conductual, como emocional y cognitivo de tal forma que nos permita una comprensión situacional completa de la problemática.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

A medida que se va obteniendo esta información, el psicólogo debe ir descubriendo las conexiones entre factores que se van dando para que se presente determinada problemática. Se intenta y recomienda que siempre el psicólogo evite realizar interpretaciones por sí solo, sino que permita que el cliente las vaya descubriendo bajo la guía del terapeuta. Es necesario también explorar los antiguos intentos de solución al problema así como la manera en que éste ha sido manejado con anterioridad, con el fin de que el terapeuta sepa cuáles son las barreras que el cliente ha puesto anteriormente para solucionar su problemática. Esta fase de entrevista es un trabajo arduo que se lleva a cabo de manera conjunta entre el terapeuta y su cliente. Así mismo es importante que el terapeuta vaya evaluando de manera continua la forma en que pueden ir cambiando las expectativas y atribuciones del paciente respecto así mismo, a su problemática, hacia otras personas, etc., para esto el terapeuta debe establecer los mecanismos que mejor le convengan según sea el caso. Esto se puede registrar por medio de las tareas que el terapeuta puede dejar al paciente para casa, siempre y cuando el caso lo permita o realizarlo durante la entrevista misma mediante preguntas que permitan conocer los cambios que se van generando en el paciente, los cuales pueden incluso ser positivos si ayudan a modificar su entorno o no, de aquí la importancia de estarlos monitoreando con frecuencia. Los datos que arrojen la interacción terapeuta-cliente también puede arrojar información importante acerca de los cambios que va observando el cliente. Por ejemplo podemos ver en el transcurso del tiempo, cómo su ansiedad al hablar de su vida va disminuyendo, le sudan menos las manos, piensa, evalúa y actúa de forma diferente, etc., esto nos proporciona datos "vivos" acerca del comportamiento de nuestro cliente. Aunque en el modelo que manejamos en el CECAMP no usamos indiscriminadamente los test psicológicos, si los consideramos en ocasiones y según sea el caso, como un elemento más para llevar a cabo nuestra evaluación multifactorial.

A partir de este proceso de evaluación conjunta se pretende llegar a una reconceptualización de los problemas del cliente, la cual se presenta de manera tentativa, es decir a manera de hipótesis que nos permita entender el problema, nunca se presenta como un producto terminado, ya que nuevos datos pueden enriquecerla o incluso cambiarla. Esta reconceptualización es también compartida ya que es el producto del trabajo del terapeuta y su cliente, pero tomando siempre en consideración la experiencia del cliente. El terapeuta puede aportar datos o información, más nunca interpretar o cancelarla. Es multifactorial porque muestra al paciente la implicada red de elementos que pueden presentarse para que se vaya tejiendo su problemática, trata de mostrar la complejidad de elementos que contribuyen a sus dificultades, en vez de recurrir a explicaciones únicas y subyacentes que son con las que a menudo llegan los clientes. Finalmente la reconceptualización debe verse como un modelo de trabajo no sólo por la manera en que se obtiene sino por la forma en la que debe señalar hacia donde dirigir la

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

intervención, ya sea que ésta tenga que ver en el trabajo con los estímulos ambientales, emocionales, fisiológicos, cognitivos, falta de habilidades, déficit o excesos conductuales etc., obviamente que éstos no son los únicos factores que pueden intervenir en la presentación de la problemática de nuestros clientes, sin embargo es necesario que una vez que los ubiquemos, desarrollemos las intervenciones y demos las habilidades necesarias para que nuestros clientes puedan trabajar con las variables y las cadenas de acontecimientos que sostienen su problemática.

En la fase II de nuestro modelo clínico de tratamiento se intenta definir, ensayar y refinar aún más a los componentes de la intervención. Ya que los objetivos de ésta, se basan en la evaluación conjunta que hemos hecho junto con nuestro cliente, nuestra intervención se realiza de manera individual. Según sea el caso del cliente y si lo que queremos es que adquiera habilidades que le permitan manejar mejor su problemática, podemos comenzar por entrenarlo para que adquiera habilidades de relajación, ya que consideramos que ésta es una técnica que puede aprenderse con relativa facilidad, que a los pacientes se les antoja muy lógica, ya que rápidamente presenta una sensación de eficacia y puede ser la llave para el entrenamiento en otras áreas. Si es que el terapeuta se decide por esta técnica se deja a su elección la manera en que habrá de utilizarla. Una vez que el paciente domina ya la técnica se puede incluso implementar como una técnica para que el paciente la utilice "en vivo", ante los distintos estímulos que desencadenen su problemática, como pueden ser las referencias fisiobiológicas (sudor, dolor de estómago, tartamudeo etc.) o situacionales (personas, sucesos etc.).

Otra de las técnicas terapéuticas que utilizamos es la Reestructuración Cognitiva, mediante la cual tratamos de abordar los pensamientos erróneos que han acompañado a nuestros clientes y que son los responsables tanto de sus trastornos emocionales como de su problemática conductual. "Uno de los principales principios de la Terapia Racional Emotiva consiste en establecer cuáles son las creencias (o hipótesis) irracionales de la persona sobre sí misma y sobre las demás y, luego, discutir tales hipótesis si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales" (Ellis y Abraham 1980). Estos pensamientos entre otros muchos pueden ser: absolutistas: "tengo que lograr ese ascenso"; sobregeneralizados: "no hago nada bien, nadie me quiere"; catastróficos: "me va ir mal", "va a ser muy difícil". Mediante la reestructuración cognitiva, tratamos de que el cliente pueda cambiar estos pensamientos, por otros que presentan menos sesgos en la información con la que cuenta nuestro paciente. El primer paso consiste en que el paciente sepa que estos pensamientos existen en él y que se presentan de manera automática, regulando con ello tanto sus emociones como sus conductas. Esta evaluación se presenta al paciente como hipótesis ya que por medio de estos pensamientos, el

terapeuta, debe demostrar las presuposiciones que el paciente tiene del mundo y debe demostrar en caso de que así sea, de qué manera lo afectan. Luego de recoger la información a favor y en contra, el terapeuta cuestiona al cliente con preguntas socráticas como pueden ser: ¿puedes comprobar eso?, ¿qué es lo peor que sucedería?, ¿quién puede asegurar que eso no ocurrirá? Y enfrenta al paciente ante las incongruencias de la información proporcionada por él mismo y sus propios pensamientos. Si alguien ha sido capaz de formar una familia y terminar una carrera, no puede decir que todo lo hace mal, o que siempre le toca perder. De esta forma se intenta cambiar estos pensamientos por otros funcionales que ayuden al cliente a modificar las interacciones que tiene en el medio ambiente y que vayan más de acuerdo con su vida. Mediante este entrenamiento se intenta que el cliente sustituya sus pensamientos, por otros que le permitan afrontar las diversas situaciones sin ser absolutistas, sino dar a cada acontecimiento la particularidad y objetividad que se requiere y no evaluarlos como si fueran uno solo, con la carga de todo el aprendizaje social con que el paciente se ha enfrentado a través de los años a los diferentes sucesos de su vida.

"La terapia Cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; 2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; 4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y 5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias" (Beck, Rush, Shaw y Emery 1979)

Una vez diagnosticado, se le da al paciente una breve explicación de lo que es la Terapia Racional Emotiva; resaltando las conexiones causales y correlacionales entre las situaciones, los pensamientos, creencias y emociones, para que descubra la necesidad de hacer frente o superar los pensamientos automáticos que surgen ante una situación. Este objetivo tan importante se consigue resaltando las secuencias naturales de acontecimientos que ocurren en la vida de los pacientes, así como en la sesión. De esta forma, los pacientes aprenden que la terapia implica algo más que simplemente desahogarse de sus problemas, y que éstos comprenden una serie de acontecimientos internos y externos comprensibles que, si no se descubren y no se manejan, conducen de forma automática su vida.

A continuación se estudia, junto con el paciente, la lista de las diez distorsiones cognitivas de Beck. Citado en Burns (1980 p. 55) con la intención de identificar las principales distorsiones que se hacen presentes más frecuentemente en la situación del paciente. (Anexo VI). Para ello nos apoyamos en el formato de registro diario de pensamientos disfuncionales del mismo autor.

En las sesiones subsiguientes, se revisa con el paciente su registro de pensamientos surgidos en la semana así como las distorsiones que se correlacionan, a fin de que se haga la diferencia entre pensamientos y sentimientos, para que esto facilite el registro del paciente.

Una vez dominado el paso anterior, se le indica la necesidad de contraatacar estos pensamientos distorsionados con pensamientos racionales que permitan un grado de emoción más placentero. Para ello hacemos uso de la técnica de la triple columna y del registro diario de pensamientos disfuncionales. (Anexo VII)

Cuando el paciente sabe identificar sus pensamientos automáticos, se le sigue revisando a fin de reafirmar el dominio de las ideas racionales como una forma de asegurarse que está dando un paso importante en la superación de su situación problema, sin embargo se sigue evaluando a través de la escala de actitudes disfuncionales, a fin de determinar los cambios en su estado emocional.

Finalmente, el paciente es nuevamente evaluado a través de los instrumentos antes señalados y de las situaciones reales a las que se enfrenta en su vida cotidiana, a fin de observar y determinar el grado de vulnerabilidad en que se encuentra, para determinar si es necesario nuevamente reforzar algunos puntos o dar por terminado el tratamiento con la Terapia Racional Emotiva.

En la práctica clínica, también hemos observado que una de las principales características que presentan los pacientes que acuden al CECAMP es la falta de un repertorio que les permita resolver problemas, por lo que entrenamos al usuario para que desarrolle una secuencia de solución de problemas mediante la cual puedan enfocar, analizar y reducir los problemas que vive; comenzamos mediante la auto instrucción a generar pensamientos objetivos que les permitan ver el problema como un caso particular y concreto, es decir identificar claramente el qué, quién, cómo y cuándo, esto de paso nos permite si es necesario dividir el problema en partes más pequeñas y tal vez esto facilite a su vez la solución del mismo, es necesario que aquí la posición del terapeuta sea la de fomentar el que el paciente enumere tantas soluciones como pueda imaginarse, una vez que se han delineado las posibles soluciones, el cliente deberá evaluar aquellas susceptibles de ser realizadas,

tomando en cuenta los recursos y habilidades con las que cuenta, las ventajas y desventajas que conlleva la posible solución. Esto permitirá finalmente a juicio del cliente tomar la mejor decisión, una vez que la decisión ha sido tomada es necesario que el terapeuta oriente y anime al paciente a seguir adelante, pensando siempre positivamente acerca de los esfuerzos que éste está llevando a cabo y considerando incluso reciclar las decisiones, ya que si tomamos en cuenta que no existe una perfecta, es posible que aquella que se ha tomado no esté funcionando por lo tanto debamos rectificar, es necesario resaltar que siempre el terapeuta debe orientar al cliente y dotarlo de pensamientos que fomenten en él la autoinstrucción hacia pensamientos que le permitan pensar objetivamente y de manera clara, incluso en aquellos casos en los que no exista solución, como pueden ser las muertes o enfermedades, en donde se debe ayudar al cliente a salir de su aturdimiento y de manera sensible pero objetiva aceptar que tal vez esta ocasión no exista solución a su problema.

Muy a menudo los clientes pueden estar sujetos a determinados hábitos de comportamiento debido a que no favorecen sus propios esfuerzos, son muy críticos con ellos mismos y atribuyen sus logros generalmente a factores externos, para ello es importante que se entrene a estos pacientes mediante la autorrecompensa y la autorregulación, es necesario que los clientes evalúen de manera positiva todos sus esfuerzos, crean en los cambios graduales, evaluar siempre como buenas sus actuaciones por intentar el cambio, atribuirse los logros a sí mismos y conservar estos pensamientos incluso para acontecimientos futuros, es decir ayudar a los pacientes a autoprogramarse.

En el modelo que manejamos en el CECAMP centramos nuestros esfuerzos en ubicar cuáles son los repertorios conductuales en los que el cliente presenta déficit, los exploramos, aislamos y una vez que se tienen identificados, trabajamos en ello para que el cliente cuente con los repertorios que le permitan manejar su situación, mediante el establecimiento de repertorios de los cuales carece, por eso las técnicas o la técnica que utilizamos varía de caso en caso, ya que a veces incluso la simple información que se dé al interesado puede ayudarlo a solucionar su problemática la cual es como ya lo hemos señalado antes, única e irreplicable, por lo tanto la técnica a utilizar varía según el caso de que se trate, aún en los casos en los que la queja se asemeje a la de otro paciente, debemos evaluar minuciosamente para saber cuáles son las variables que intervienen para que se dé la problemática de este caso en particular. Una vez que se ha trabajado con el cliente en cuanto a su problemática real, y que hemos de proporcionarle las herramientas necesarias para contrarrestar su problemática a través de las diferentes técnicas que aquí hemos mencionado, pasamos a otra fase en donde tratamos que estas herramientas se pongan realmente en práctica en situaciones reales, al mismo tiempo tratamos de prevenir

posibles recaídas y el mantenimiento de las conductas alcanzadas, para esto es necesario que el psicólogo observe detalladamente al paciente durante las sesiones controladas y una vez que observa que el paciente domina la situación, se procede al establecimiento de una generalización.

Este entrenamiento para la práctica real se debe realizar de manera gradual, para lo cual el psicólogo se puede valer de varias técnicas; entre las que más utilizamos en el centro —más no las únicas— podemos entrenar al paciente en escenas simuladas que asemejen situaciones reales, en donde el terapeuta puede jugar roles específicos por ejemplo, de personas ante las cuales el cliente presenta episodios de ansiedad, así gradualmente el terapeuta va guiando al paciente a través de escenas que van de lo menos a lo más ansioso para el paciente, a través de la retroalimentación se debe de ir señalando al paciente sus fallas para que las vaya corrigiendo, esto puede ayudarlo a enfrentarse a las situaciones reales a las cuales el terapeuta debe confrontarlo con base en las habilidades que el paciente vaya demostrando. También podemos valernos de la imaginación para entrenar al paciente en situaciones que le den dificultad, a través de ella podemos ensayar casi cualquier situación y observar cómo reacciona el paciente a las diferentes variables que intervienen en nuestro ensayo. Esta etapa es muy importante, ya que aquí podemos ver cómo se da la desprofesionalización del psicólogo, a través de la enseñanza a otros, de sus conocimientos, para que estos apliquen esos conocimientos en situaciones reales en donde se da la interacción entre el individuo y el medio ambiente, es decir la conducta valorada como problema.

Una parte muy importante del proceso terapéutico —hemos observado— lo constituye el seguimiento que se debe realizar de los clientes a través del tiempo, como sabemos, es común que la gente cambie de la noche a la mañana su comportamiento y aún aquellas que se esfuerzan por hacerlo, pueden en determinado momento volver a sentir, actuar o pensar como antes o al momento de comenzar con su proceso de tratamiento, por eso es importante que el psicólogo lleve a cabo un seguimiento de sus pacientes, en el cual primeramente trate de espaciar las ocasiones en las que se ve con su cliente, así como comunicarle que es posible que con el tiempo vuelvan a presentarse situaciones como las que antes ha presentado, de tal manera que es importante hacerle mención que no debe descuidar y dejar de practicar las estrategias y habilidades que ha logrado desarrollar en el proceso, incluso se recomienda llevar a cabo escenas simuladas con el paciente en las cuales se vea él mismo envuelto nuevamente en situaciones parecidas a las que antecedieron su llegada con nosotros y que demuestre las estrategias que pondría en práctica para salir adelante, por último nosotros llevamos a cabo un registro de seguimiento personal y luego telefónico con los usuarios que terminan su proceso (Anexo VIII) el cual vamos espaciando, primero cada 15 días

hasta llegar a los 3 meses, estamos atentos a sus llamados y programamos una cita cuando creemos que es necesario.

6. ACTIVIDADES PARALELAS

Otra de las actividades que realiza el departamento de psicología del CECAMP, se refiere al apoyo a las escuelas de nuestro alrededor, principalmente a la escuela Legaria y al Kinder Heidi, en donde hemos aplicado algunos psicodiagnósticos solicitados tanto por los padres de familia como por los profesores. Todos estos estudios han sido con niños escolares y se llevan a cabo por medio de los siguientes pasos:

Primero se hace una entrevista abierta con los padres del niño para obtener datos sobre la historia de vida del niño. En esta sesión se abordan los aspectos pre, peri y postnatales que pueden resultar relevantes para la situación actual del niño. De acuerdo con la información obtenida en la entrevista, se diseña la batería de pruebas que pueda ayudar en este caso particular. Principalmente nos hemos apoyado en una batería que evalúe o cubra las diversas áreas del desarrollo del niño, la batería que más utilizamos está compuesta por: WISC-RM, mediante el cual evaluamos aspectos de inteligencia; Test Gestáltico Visomotor Bender, el cual evalúa aspectos del desarrollo y maduración visomotora; Prueba de figura y familia humana, en las cuales evaluamos aspectos de desarrollo y emocionales; CAT, se utiliza para evaluar aspectos emocionales.

Una vez terminada la batería que se aplica, se procede a hacer la interpretación y se realiza un informe de los resultados de la misma, el cual se presenta a los padres y profesores, incluyendo las respectivas sugerencias o pasos a seguir para el tratamiento del caso que se trate y el seguimiento terapéutico que se requiere; se deja a juicio de los padres que se le siga atendiendo en este centro o si lo llevan a otro lado. (Anexo IX).

Esta experiencia nos llevó a iniciar el departamento de psicopedagogía en la Escuela Legaria, en el cual ofrecemos actualmente asesoría a la persona encargada del departamento, en los casos particulares que se presentan semanalmente y que sean solicitados para proporcionarle un tratamiento terapéutico efectivo.

Asimismo, debido a la demanda y necesidades que se presentaron en dicha escuela, nos hemos visto en la necesidad de realizar un taller de Entrenamiento a Padres, con la finalidad de proporcionar de manera clara y sencilla, herramientas

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

útiles que ayuden a los padres a modificar la conducta de sus hijos. Esto dio lugar a que el departamento de Psicología elabore un folleto accesible, claro y contundente para los padres (Anexo X). Este taller se ha ofrecido a otras escuelas que nos lo han solicitado, al mismo tiempo, este folleto nos sirve de apoyo para con algunos pacientes dentro del CECAMP.

PARROQUIA SAGRADO CORAZÓN

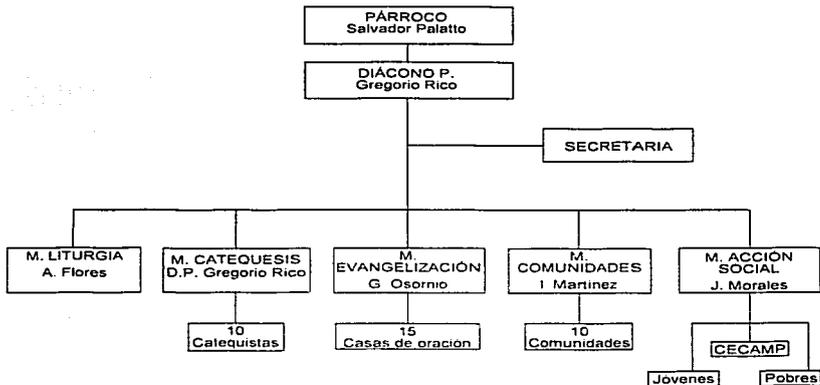


FIG. 2. Organigrama de la estructura parroquial del Sagrado Corazón.

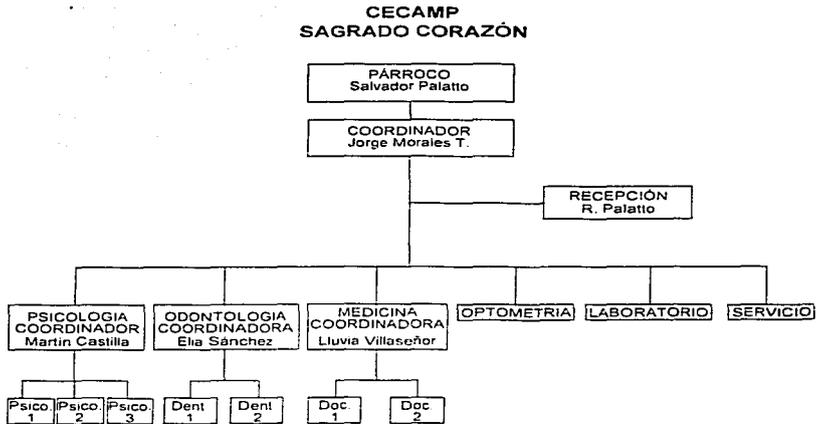


FIG. 3. Organigrama de la Estructura del Centro Cáritas de Atención Médica Primaria Sagrado Corazón.

CAPÍTULO III REPORTE DEL TRABAJO REALIZADO DE MARZO DE 2000 A MAYO DE 2001

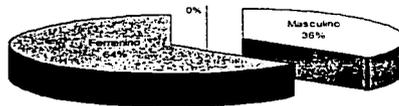
Como una respuesta a las necesidades de las personas del territorio parroquial, nos dimos a la tarea de ofrecerles una respuesta que les permitiera tener un mayor impacto en su vida cotidiana. En el acercamiento personal que tuvimos con ellas, pudimos cerciorarnos de la importancia de ofrecer un servicio profesional y de caridad en el servicio que le permitiera vernos como el principal recurso para la necesidad de salud, entendiendo a ésta no sólo biológica sino también mental, ya que la queja constante en las personas era la falta de humanismo en el trato hacia ellos por parte de las instituciones de salud ubicadas en nuestro territorio, de ahí la importancia de que las personas voluntarias y profesionistas sobre todo, compartieran esta idea de la caridad hacia los demás.

En este lapso de tiempo, pudimos cubrir la demanda de la mayoría de los pacientes que nos lo solicitaron y dada la buena impresión que se llevaron del servicio, ellos mismos nos promocionaban entre sus conocidos y familiares, dándose un gran reconocimiento por parte de la comunidad hacia el personal que laboramos en el CECAMP, esto lo comprobamos a través de las encuestas realizadas entre los usuarios, acerca de la impresión que se formaron del centro. Cabe mencionar también, que teníamos una gran competencia por algunas instituciones gubernamentales, como anteriormente mencionamos, que operaban en el territorio y que ofrecían servicios con costos más bajos que los nuestros, por lo que algunos pacientes preferían continuar con estos servicios, ya que por considerar que somos parte de la iglesia, debíamos ofrecer un servicio gratuito, y al no proporcionárselo, optaban por retirarse. Sin embargo encontramos personas que ya habían tenido experiencia con otros profesionistas, pero que optaban por un mejor servicio, que les ofrecimos, inclusive llegamos a tener pacientes de zonas más alejadas, que por recomendaciones familiares, deseaban contar con nuestro apoyo.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

Del total de pacientes atendidos, encontramos los siguientes datos demográficos: el 64% de nuestros pacientes son de sexo femenino, mientras que el 36% son del sexo masculino. (Gráfica 5)



GRAFICA 5. Porcentaje total de pacientes por sexo.

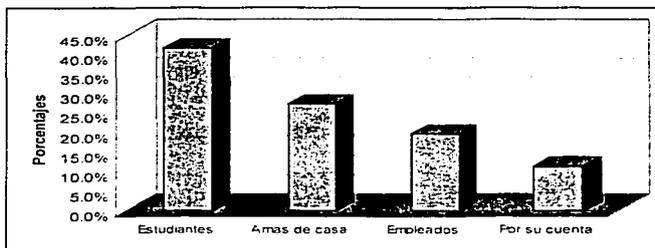
En cuanto al estado civil de nuestros pacientes, tenemos los siguientes datos: el 58% solteros, 38% casados y el 2.7% divorciados. (Gráfica 6)



GRAFICA 6. Estado civil de pacientes.

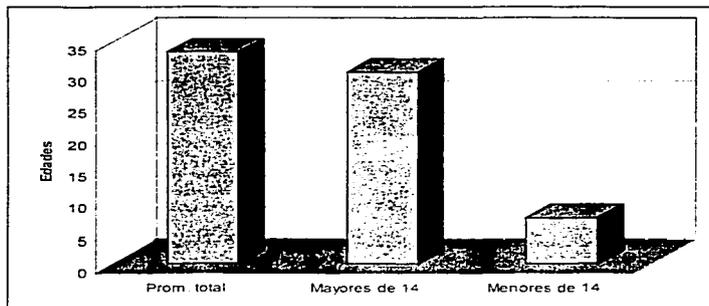
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la ocupación de los clientes encontramos que el 41.4% son estudiantes, el 27% amas de casa, el 19.4% son empleados y el 11.1% trabajan por su cuenta. (Gráfica 7)



GRAFICA 7. Ocupación del total de pacientes

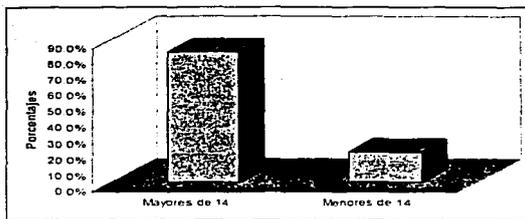
Las edades del total de pacientes promedian 33.2 años. De ahí dividimos las edades de aquellos pacientes con más de 14 años y menores, encontrando que la edad de los mayores de 14 es de 30 años en promedio, mientras que para los menores es de 7 años en promedio. (Gráfica 8)



GRAFICA 8. Promedio total de edades.

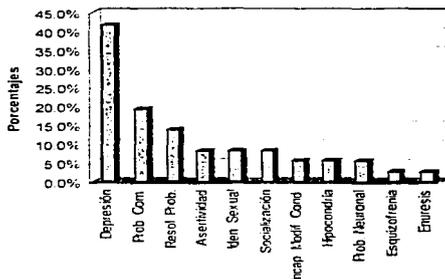
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El porcentaje de pacientes mayores de 14 años es del 81.8% y de los menores de 14 del 18.9%. (Gráfica 9)



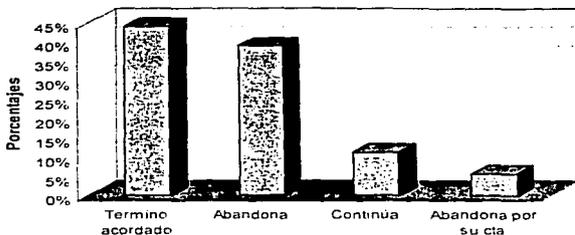
GRAFICA 9. Porcentaje total de edades.

El diagnóstico más frecuente que hemos encontrado del total de nuestros pacientes son los cuadros depresivos, los cuales ocupan el primer lugar con el 41.6%, seguidos de algún problema relacionado con la comunicación con el 19.4%, la falta de habilidad para resolver problemas 13.8%, la ausencia de asertividad, los problemas de identidad sexual y de socialización empatan con un 8.3%, la incapacidad en modificación conductual, la hipocondría y los problemas de tipo neurológico presentan un 5.5%, finalmente la esquizofrenia y enuresis 2.7%. Si sumamos el total de los porcentajes nos da un 116% debido a que en algunos casos encontramos que algún diagnóstico se presenta en varios casos. (Gráfica 10)



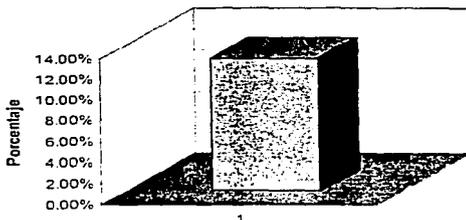
GRAFICA 10. Diagnosticos más frecuentes.

En lo concerniente a las altas en los pacientes, tenemos que el 44% termina con el tratamiento acordado, el 38.8% abandona antes de terminar, el 11.1% continúa y el 5.5% abandonó por su cuenta. (Gráfica 11)



GRAFICA 11. Diagnosticos mas frecuentes.

Finalmente, el promedio de sesiones que se manejan de acuerdo con el número de pacientes es de 12.61%. (Gráfica 12)



GRAFICA 12. Porcentaje tota de sesiones.

2. RESULTADOS, ANÁLISIS CRÍTICO

Debido a las escasas oportunidades con las que cuentan los psicólogos para desarrollar su profesión, en países como el nuestro, en donde la salud parece no ser un asunto prioritario y en donde aún peor para nuestra causa, la demanda de una atención psicológica de calidad parece no importarle a nadie, nosotros nos dimos a la tarea desde un principio de ser autogestores de nuestros propios espacios para proporcionar a las personas un servicio profesional de calidad los cuales fueron apareciendo paulatinamente, de acuerdo con las demandas de la comunidad.

Inicialmente en la Parroquia del Sagrado Corazón se ofrecían servicios de optometría una vez a la semana y la asesoría psicológica, la cual era proporcionada por los psicólogos Castilla y Morales a las personas que estaban involucradas en un proceso de trabajo parroquial y a través del cual intentamos conocer los intereses de las personas involucradas. Al ver la demanda e interés de la gente por estos servicios, se llevan a cabo dos campañas médicas a principios de 1999. Estas campañas se llevan a cabo en la calle anexa a la parroquia y en las cuales se atiende a un promedio de 45 personas, contando con los servicios de dos médicos y un psicólogo. En dicha campaña se hace contacto también con una persona que ofrece sus servicios de odontología, es con esta campaña que nos damos cuenta del gran interés de la gente por el seguimiento a su demanda por este tipo de servicios y nos damos a la tarea de buscar los medios para ofrecer estos servicios de manera formal, en este momento es que surge el primer contacto con Cáritas, quienes nos proponen implementar un CECAMP que cuente con los requisitos mínimos tanto a nivel de infraestructura, administrativos y profesionales que exige la SSA para operar este tipo de centros.

Respecto a la infraestructura se requería acondicionar el espacio con el que contábamos para construir el CECAMP, era necesario por lo tanto generar recursos económicos ya que Cáritas aportaba solamente el 50% de éstos y el resto nosotros, por lo cual nos propusimos generar los recursos contando siempre con el apoyo de la comunidad parroquial. Estos recursos los obtuvimos principalmente a través de dos actividades: la rifa de una televisión y una kermesse, de la misma manera nos dimos a la tarea de buscar algunas organizaciones que nos pudieran apoyar con donativos de mobiliario principalmente. En lo que se refiere al acondicionamiento del local cabe mencionar que el personal profesional con el que se contaba colaboró en estos trabajos.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En cuanto al aspecto administrativo en la medida que el centro fue tomando forma era necesario tener una estructura administrativa que nos permitiera controlar diversos aspectos relacionados con el funcionamiento del CECAMP como son: ingresos económicos generados principalmente en ese tiempo por odontología, buscando la generación de recursos tanto para el centro como para los profesionistas, así como el control del personal profesional que laboraba en el centro, esta estructura administrativa nos fue proporcionada por Cáritas que además se convirtió en la institución que respaldaba todo nuestro trabajo.

A raíz de la puesta en marcha de la unidad médica, nos vimos también en la necesidad de contratar a gente no profesional que nos ayudara en la recepción y aseo del CECAMP, con lo que además el centro fue una fuente aunque sea modesta de empleo para la gente de la comunidad.

Al mismo tiempo las necesidades internas del centro y las exigencias de Cáritas requieren de un profesionista que lleve a cabo estas actividades administrativas, las cuales recaen desde un principio en un psicólogo a diferencia del resto de los CECAMPS los cuales son coordinados por médicos, lo cual nos lleva directamente a considerar el que los psicólogos podemos generar nuestros propios espacios de trabajo y llegar a ocupar puestos para los cuales en la mayoría de los casos no somos considerados, empezando por nosotros mismos, ya que nuestra formación nos lleva a buscar alguien que nos dé un empleo.

Como resultado de todo esto y conforme las actividades profesionales del CECAMP se fueron desarrollando, administrativamente nos dimos cuenta que necesitábamos de un responsable o coordinador en cada área de especialidad al que se le encomendarían determinadas tareas específicas que permitieran alcanzar la promoción y autosuficiencia del centro a través de diversas actividades dentro y fuera del CECAMP; por ejemplo en el área de odontología se llevaron a cabo campañas tanto de limpieza dental como de aplicación de flúor, en el área médica se realizaron campañas de atención especializada como ginecología y pediatría, así como la elaboración de un diagnóstico de salud comunitario. En lo que respecta al área de psicología, ésta llevó a cabo diversas actividades como la impartición de talleres, el apoyo a instituciones educativas y la creación de un espacio juvenil, el cual proporcionaba a los jóvenes de la comunidad una alternativa que les permitiera convivir con personas de su edad, participar en actividades recreativas y culturales y sobre todo contar con un servicio psicológico disponible en el cual pudieran ventilar sus problemáticas, de hecho este espacio fue una fuente constante de pacientes para el departamento de psicología.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Todo este trabajo que se llevó a cabo en el CECAMP constituye un ejemplo de espacio multidisciplinario en el cual resalta el trabajo de los psicólogos no solamente en su especialidad, sino también siendo capaces de generar ideas que permitan amalgamar diversos servicios con un único objetivo, proporcionar un servicio de calidad a las personas que lo soliciten y que esto sea a la vez una fuente de ingresos que le permitan ejercer su profesión.

Con el tiempo y el trabajo en el CECAMP se alcanzó un punto de equilibrio económico, el cual nos permitió contar con algunos servicios indispensables para el funcionamiento del CECAMP (teléfono, computadora, máquina registradora) lo que nos ha permitido ofrecer un mejor servicio a nuestros clientes. Esta autosuficiencia económica, nos permite incluso llevar a cabo algunas actividades conmemorativas tanto del personal como del propio centro, además nos da la posibilidad de aportar cierta utilidad aunque sea pequeña a Cáritas la cual es destinada a los diversos programas con los que se cuenta, ya que Cáritas Salud es el único programa autofinanciable y que además genera recursos hacia otros programas aunque contemos con un patronato.

Así mismo la demanda por el servicio psicológico fue en aumento y lo que en un principio se creyó que sería el área médica la de mayor interés por la gente, se ha visto rebasada por el servicio de psicología, incluso esto ha permitido que el costo por este servicio se haya incrementado por encima del costo del servicio médico, esta experiencia ha llevado a Cáritas Salud a considerar que el servicio de psicología se proporcione de manera obligatoria en todos los CECAMP.

Debido al trabajo realizado por el equipo de trabajo del CECAMP del Sagrado Corazón y al equilibrio económico alcanzado, se pidió por parte de Cáritas que este modelo de trabajo fuera llevado a otros centros, por lo que nuestra tarea en este CECAMP concluyó y fuimos trasladados al CECAMP Santa Ana, el cual está ubicado en una zona de la ciudad altamente conflictiva y que requiere de una atención principalmente psicológica.

CAPÍTULO IV PROPUESTAS

El CECAMP del Sagrado Corazón, requiere una continuidad e involucramiento por parte de las personas de la comunidad, ya que son ellas de quienes finalmente dependerá la permanencia del centro, es necesario hacer conciencia entre la comunidad para que los profesionistas de la salud, en ella existentes, hagan labor de caridad a favor de los más necesitados, haciendo a un lado la idea de beneficio personal, con esta idea, entendemos que el CECAMP debe ser un proyecto comunitario, que surja como una necesidad que beneficiará en gran medida a las personas que lo requieran y que lo lleguen a considerar como parte de su medio sin que esto requiera pertenecer a la iglesia.

De ahí la importancia que los CECAMP tengan la posibilidad de crecer tanto en estructura como en servicios, para que sean una fuente de reclutamiento tanto de profesionista como de personas que requieran el servicio.

1. INFRAESTRUCTURA

Una de las principales dificultades a las que se enfrentó el CECAMP, fue sin duda la ubicación de la unidad (piso 3), de la Parroquia del Sagrado Corazón, lo que sin dificultaba el acceso de la gente, si tomamos en cuenta que algunos pacientes eran personas de la tercera edad o en el caso de los niños pequeños, a veces se les dificultaba el acceso, además que la gente parece estar condicionada a tener las cosas a la mano o incluso a veces se nos llegó a comentar que a pesar de saber de la existencia del centro, la gente no subía a ver de lo que se trataba, esto sin duda nos ponía en desventaja frente a otros centros de salud comunitaria que se encuentran en el área, sobre todo si tomamos en cuenta que estamos hablando de instituciones de gobierno como el ISSSTE o el IMSS, los cuales cuentan con sendas unidades en las colindancias de nuestro centro, por lo anterior nos propusimos tener en cuenta estas dos variables tanto de ubicación como la existencia de centros de salud, ya que las consideramos muy relevantes al momento de elegir el lugar donde habrá de funcionar un centro como el CECAMP, ya que el solo hecho de ser una unidad nueva y con poca difusión, la pone en riesgo de fracasar si no se toman en cuenta estas variables y otras más, por lo tanto nosotros consideramos que es importante llevar a cabo estudios que permitan conocer no solamente el lugar en donde habrán de funcionar los CECAMP, sino que también se tomen en cuenta otras cuestiones como en este caso la ubicación del centro, los recursos que se habrán de otorgar no solamente para el funcionamiento del mismo ni los recursos humanos, sino que

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

también se tomen en cuenta el modo en el que promocionarán los centros, ya que como en el caso del CECAMP del Sagrado Corazón, no basta con la promoción que se da a las personas que asisten a la Iglesia, ya que si lo que pretendemos es llevar la Caridad a quien lo necesita, debemos llegar a más gente, de tal forma que estos centros signifiquen una alternativa real y verdadera que permita a la gente contar con un servicio de calidad a un costo accesible y sobre todo con un trato más humano.

A pesar de las personas que hemos atendido en el centro, consideramos que éste tiene la capacidad para atender a un mayor número de personas y que incluso en determinado momento llega a dar un poco de tristeza el ver los consultorios vacíos o con poca asistencia, sabiendo de los problemas de salud a los que se enfrenta la gente, la cual quizás por prejuicios, relacionados quizá con la religión, no asiste a que se le atienda.

En lo que respecta a la promoción del centro y como ya lo hemos señalado anteriormente, ésta aunque escasa se llevó a cabo con campañas en las cuales se visitaba por sectores, de puerta en puerta para promocionar el centro, se le informaba a la gente de los servicios que se prestaban en el centro, los costos, horarios y se les hablaba acerca de la no relación entre la religión y el carácter del centro; sin embargo consideramos que faltó fuerza a las campañas, pero sobre todo continuidad, ya que éstas las llevamos a cabo los mismos miembros del equipo profesional que asistía al centro, incluso podemos ver un repunte en el número de pacientes, durante el tiempo que se llevó a cabo esta campaña, por tal motivo propusimos que las labores de promoción de los centros las lleve a cabo directamente Cáritas a través de sus diferentes estructuras y que éstas sean permanentes y efectivas.

Sin duda alguna, el principal problema que enfrentan los CECAMP es la falta de recursos y materiales para su funcionamiento, ya que existe una limitación de recursos por parte de Cáritas para otorgarlos, sin embargo a pesar de estas carencias, la gente que trabaja en ellos presta los servicios, procurando siempre que éstos sean de calidad profesional. En lo que respecta al departamento de psicología del CECAMP de Nuestra Señora del Sagrado Corazón, en algunos casos como en la aplicación de algunas pruebas, no contamos con los recursos necesarios como pueden ser algunas pruebas psicométricas (WISC RM, o la prueba Bender), sin embargo hemos tratado de fabricar incluso dichas pruebas, en el caso concreto de aquellas que requieren para su aplicación de protocolos pues aunque dé pena decirlo hemos recurrido incluso a fotocopiar dichos instrumentos, lo mismo en lo que respecta a alguna bibliografía que se pudiera utilizar como consulta para abordar algún caso en particular. Procuramos que esta limitante en cuanto a los recursos

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

con los que cuenta el departamento de psicología, no afecte la calidad del servicio que se ofrece, incluso hemos llegado a comprar por nuestra cuenta algunos instrumentos e insumos que necesitamos para realizar nuestro trabajo. Ante lo cual hemos propuesto que así como se dota a los consultorios médicos o de odontología de los materiales e instrumentos para un funcionamiento aunque sea mínimo, también se proporcione al servicio de psicología lo necesario para dar un servicio de calidad, incluso como en el caso de las otras especialidades que se mencionan anteriormente, este equipamiento se lleve a cabo antes de que los consultorios de psicología comiencen a atender a las personas que lo requieran. Lo anterior no significa que el departamento de psicología fuera el único donde se presentaban carencias de este tipo, sin embargo los otros consultorios como ya hemos señalado, se equiparon antes de que el centro funcionara, incluso periódicamente se les otorgan materiales como son medicinas, elementos de curación, instrumentos y aún con limitaciones tienen más recursos.

2. ADMINISTRACIÓN

Tocante al aspecto de la administración, realmente nunca hemos contado con alguien que lleve a cabo esta función de manera completa, como hemos señalado en alguno de los apartados anteriores, la administración corre a cargo de uno de nuestros psicólogos, quien ha puesto todo su empeño y dedicación a esta labor, sin embargo a pesar de ello, hay ocasiones en las que no puede seguir atendiendo a la gente y a la vez llevar la administración del centro, incluso consideramos que un administrador podría entender mejor el manejo del centro y tal vez proporcionar los recursos necesarios. Por lo anterior proponemos que la administración de los centros se lleve a cabo directamente desde Cáritas y que sea un administrador asignado y coordinado por ellos quien esté al frente de los centros. Por qué señalamos esto, por que en ocasiones hemos visto cómo el administrador es visto por la dirección de Cáritas como alguien imparcial que sólo busca por todos los medios llevar la mayor cantidad de recursos a su centro, por lo cual encuentra muchas trabas por parte de la dirección; la cual además de los pocos recursos que otorga, se olvida de proporcionar estímulos que no necesariamente tendrían que ser del orden económico, ya que bien podría otorgar reconocimientos, apoyos en especie como de materiales y equipo para llevar a cabo las labores correspondientes en cada centro, incluso llevar a cabo un programa de ascensos, el cual contemple a integrar a todas las personas que laboran en los centros, en otros programas con los que cuenta Cáritas, incluso darles la oportunidad de asistir a cursos y congresos ya sean realizados por Cáritas u externos, en fin, consideramos que si la administración la realizara directamente Cáritas, le permitiría conocer más de cerca las necesidades

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

de los distintos centros y repartir de manera más equitativa los recursos con los que cuenta la institución .

Una de las carencias administrativas con las que cuenta no solo nuestro centro sino la mayoría de ellos, al menos en el área de psicología, se refiere a la falta de una metodología uniforme que presente los resultados obtenidos y éstos a la vez sean la justificante para la asignación de más recursos, en comparación con las otras disciplinas, esto se dificulta debido a la variada formación académica y teórica de los psicólogos, diferencia que se da no sólo entre los distintos centros, sino entre los psicólogos de un mismo centro, es por ello que el presente trabajo pretende si así se quiere ver un primer intento que permita alcanzar acuerdos que ayuden a presentar los resultados de manera uniforme y esto sea la base perfectible de una metodología que logre unificar criterios entre los diversos enfoques teóricos que manejan los psicólogos de los CECAMP, por ejemplo en algunos de los centros los psicólogos tienen una formación 100% clínica que antepone el modelo médico de salud-enfermedad y que trata mediante la aplicación de pruebas como el DSMIV de categorizar al paciente y "darle" su tratamiento específico, algunos otros dicen ser Psicoanalistas y por lo tanto rechazan todo intento por los registros o las estadísticas en cuanto al control de sus clientes, en nuestro y caso debido al modelo que intentamos manejar, en este caso, el modelo Interconductual, nos es difícil llevar a cabo categorizaciones, así como el uso indiscriminado de pruebas que ayudan a esta categorización, también se nos dificulta el registro metódico en cuanto a nuestros pacientes. A raíz de los desacuerdos que tuvimos con nuestros compañeros psicólogos, no en cuanto a la manera en que cada quien realiza su trabajo sino a la manera de reportarlo, es que buscamos como ya lo hemos informado una forma de conciliar nuestras posiciones y sin criticar o evidenciar a los diferentes modelos teóricos que manejamos hacer nuestro trabajo de manera un poco más organizada, buscando con ello la mayor asignación de recursos

3. SERVICIO

Otra de las dificultades a la que nos enfrentamos en el CECAMP ha sido el choque ideológico al que se ven expuestos algunos de nuestros clientes, ya que al saber que el centro pertenece de alguna manera a la Iglesia, se piensa que seguimos cierta línea religiosa, sin embargo al saber que esto no sucede, muchos de nuestros usuarios se sienten engañados o incluso abandonan las sesiones, o si no sucede lo contrario cuando la gente no se acerca o lo hace con cierto recelo pensando que vamos a adoctrinar o evangelizar por el hecho de estar en la Iglesia, definitivamente esto es un problema serio ya que a la vez que aleja clientes, otros llegan predispuestos y esto dificulta mucho el trabajo con la gente, sin embargo tratamos

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

por todos los medios que el usuario se de cuenta pronto de la separación ideológica que existe entre nuestro trabajo y la iglesia, la cual al menos en nuestro centro y en lo que se refiere específicamente al departamento de psicología ha sido respetuosa de nuestras creencias y de nuestra formación científica; aún y con todo esto nosotros consideramos que no es muy recomendable el que los CECAMP ocupen los mismos espacios físicos que las iglesias, tomando en cuenta lo anterior, la propuesta va encaminada a que los centros sean construidos o habilitados en otros sitios que los desvinculen de las iglesias o si esto no llegara a ser posible, por cuestiones de recursos, al menos que se tratara de construir anexos lo más independientes que se pueda de las parroquias.

Una de las prácticas que nosotros consideramos podría enriquecer el servicio de los CECAMP se refiere a estrechar los contactos entre los diferentes centros, incluso llevar a cabo intercambios temporales de personal, para que este conociera y fuera transmisor además de nuevas y variadas metodologías que pudieran ayudar para proporcionar un servicio de más calidad, en lo que se refiere al área de psicología ésta lleva a cabo juntas periódicas con los psicólogos de otros centros, sin embargo, creemos necesario que éstas se realicen entre todas las disciplinas, para dar a conocer necesidades y soluciones a los diversos problemas que se presentan.

Tradicionalmente los centros fueron pensados para que fuese la medicina la especialidad con más demanda y al menos en nuestro centro esto no ocurrió, ya que fue la psicología la disciplina con más demanda, por lo que nosotros hacemos una llamado para que siendo ésta la disciplina que recibe a más gente, sea también a la que se le dé un peso más específico a la hora de otorgar recursos materiales, que sin duda alguna serían la base de todo, pero más que nada tomar en cuenta esto para darle otra dirección no sólo en el tratamiento clínico, hablando específicamente de la psicología, sino que se llevaran a cabo estudios que permitieran conocer más en detalle la problemática de la población, e incluso nos permitiera trabajar en el ámbito de la prevención.

4. CRECIMIENTO

Como hemos señalado, a través del tiempo y con base en la demanda, el CECAMP del Sagrado Corazón fue creciendo y se convirtió de un consultorio de psicología a una unidad médica. En cuanto a los servicios que se prestan, después del de psicología, se incorpora el de medicina, odontología, optometría y pruebas de laboratorio. En lo que al área de Psicología se refiere, en un principio no se contaba con algunas pruebas o instrumentos que se requieren para llevar a cabo el trabajo, sin embargo, poco a poco se ha solucionando este problema ya sea mediante la

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

asignación de algunos recursos o a la compra o elaboración de las mismas por parte de los psicólogos. En lo que respecta al área médica, se han llevado a cabo campañas tanto de ginecología como de pediatría con relativo éxito, incluso la gente llega al centro preguntando por la atención en estas especialidades, desgraciadamente como ya mencionamos, ésta sólo se ha hecho mediante campañas en las cuales nos apoyan los especialistas de otros centros. En lo concerniente al banco de medicamentos con el que cuenta el centro, éste también ha crecido de manera importante, ya que cuando el centro inició su funcionamiento sólo se contaba con unas pocas medicinas, pero a medida que fue llegando la gente, en ocasiones se les pedía que nos apoyaran con alguna medicina que tuvieran, por parte de la administración del centro se llevaron a cabo varias campañas de donación e incluso se llegaron a celebrar algunos convenios verbales con personas que trabajan en instituciones públicas y éstas a su vez nos proporcionaron algunos medicamentos, ya que lo que se pretende en el centro es una atención integral, era muy importante para nosotros contar con una farmacia lo mejor equipada posible, pues de esta forma el paciente que acudía a una consulta médica podía obtener por medio de la cuota que pagaba su medicamento y sólo en aquellos casos en los que no se tenía, era un gasto más para los pacientes

4.1. Espacios

A pesar de que el centro se anexo un cubículo más para la administración del mismo, si carecemos de espacio, ya que uno de los cubículos destinados al área de psicología fue transferido para el trabajo de optometría y en ocasiones alguno de los psicólogos ha tenido que trabajar ya sea en el cubículo de medicina o en un jardín anexo al centro. Por lo tanto consideramos que es necesario dada la demanda del servicio de psicología, contar con otro cubículo que nos permita trabajar de manera simultánea cuando el caso lo requiera, ha ocurrido en varias ocasiones que los cuatro psicólogos tenemos sesión y no contamos con el espacio necesario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS



ANEXO I



CONTRATO DE COMODATO

CONTRATO PRIVADO DE COMODATO QUE CELEBRAN POR UNA PARTE LA PARROQUIA DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN, REPRESENTADA POR EL PRESBITERO SALVADOR PALATTO PÉREZ EN LO SUCESIVO "LA COMODANTE", Y POR LA OTRA, FUNDACIÓN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, I.A.P., REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL DOCTOR RUBÉN HERNÁNDEZ ZACARÍAS, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO "CÁRITAS-SALUD", AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS

DECLARACIONES

I. Declara el Representante Legal de la Comodante:

a) Ser representante legal de la Parroquia de Nuestra Señora del Sagrado Corazón, lo cual acredita mediante la escritura número, libro, de fecha de, otorgada ante la fe del Licenciado, Notario Público Número del Distrito Federal. Registrada ante la Dirección General de Asociaciones Religiosas de la Secretaría de Gobernación (SGAR/).

b) Que la clave de Registro Federal de Contribuyentes de su representada es: y su domicilio se encuentra en Lago Ginebra No. 176 Col. Popo Tacuba en la Delegación Miguel Hidalgo, en la Ciudad de México, Distrito Federal.

c) Que su representada es una Asociación Religiosa constituida conforme las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, según consta en la escritura señalada en el inciso a), y que dentro de su objeto social se encuentran los de colaborar con instituciones de asistencia privada en el desarrollo de proyecto de desarrollo comunitario en beneficio de la población de menores ingresos.

d) Que en virtud de estar constituida como Asociación Religiosa, forma parte de su patrimonio el inmueble ubicado en Lago Ginebra No. 176 col. Popo Tacuba en la Delegación Miguel Hidalgo, en la Ciudad de México, Distrito federal, y que la parte destinada a darse en comodato contiene las medidas de: 7.5 m x 10.75 m, la cual constituye el objeto del presente contrato.

e) Tener interés por la situación de salud en que se encuentra la población de la colonia Popo Tacuba y circunvecinas, motivo por el cual es su voluntad celebrar el presente contrato con Cáritas-Salud, además de que conoce su naturaleza jurídica y los proyectos que desarrolla.

II. Declara el representante Legal de Cáritas-Salud:

a) Ser representante legal de la Fundación Salud Familiar y Comunitaria I.A.P., lo cual acredita mediante la escritura número 76689, volumen 1439, folio 39755, de fecha 28 de enero de 1998, otorgado ante la fe del Licenciado Gerardo Correa Etchegaray, Notario Público Número 89 del Distrito Federal.

b) Tener su domicilio legal en la calle de Providencia número 339, en la colonia del Valle, perteneciente a la Delegación Benito Juárez en la Ciudad de México, Distrito Federal de Contribuyentes de su representada es el FSF 980129 H67.

c) Que su representada es una Institución de Asistencia Privada constituida conforme a la Ley de Instituciones de Asistencia Privada vigente para el Distrito Federal, según consta en la escritura número 76689, volumen 1439, folio 39755, de fecha 28 de enero de 1998, otorgada ante la fe del Licenciado Gerardo Correa Etchegaray, notario Público Número 89 del Distrito Federal, y que dentro de su objeto social se encuentra: "La atención a personas que por sus características socioeconómicas o por problemas de discapacidad, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo a través de la prestación de servicios de salud, educación y bienestar familiar en consultorios, unidades médicas y hospitales propios o de terceros. Así mismo la institución apoyará y colaborará con otras instituciones, asociaciones y toda clase de organismos tanto nacionales, autorizados para recibir donativos deducibles de conformidad con La Ley del Impuesto Sobre la Renta, como internacionales para la consecución de su objeto".

Expuestas las declaraciones anteriores, las partes manifiestan el presente contrato privado de comodato bajo las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA: La Comodante otorga a Cáritas-Salud, el uso en comodato del inmueble ubicado en Lago Ginebra No. 176 col. Popo Tacuba, en la Delegación Miguel Hidaigo, Distrito Federal. Dicho inmueble que se otorga para uso en comodato, tiene las siguientes medidas 7.5m x 10.75m, consta de una sola pieza

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mismo que forma parte de las instalaciones de la Parroquia de Nuestra Señora del Sagrado Corazón.

SEGUNDA: Cáritas-Salud se obliga a usar el inmueble única y exclusivamente para el establecimiento de un Centro Cáritas de Atención médica Primaria, en beneficio de las comunidades de bajos recursos de la colonia Popo-Tacuba y áreas circunvecinas.

TERCERA: El contrato de comodato es por tiempo indefinido contando a partir de la fecha de firma del presente convenio. En caso de rescisión del presente contrato por cualquiera de las partes, ésta deberá notificar a la otra por escrito con un mínimo de 30 días hábiles de anticipación.

CUARTA: Con fundamento en el artículo 2502 del Código Civil vigente para el Distrito Federal, Cáritas-Salud se obliga poner toda diligencia en la conservación del inmueble y se hace responsable por todo deterioro que éste sufra.

QUINTA: Con fundamento en el artículo 2504 del Código Civil vigente para el Distrito Federal, Cáritas-Salud responderá de la pérdida o mal uso que se le de al inmueble, objeto del comodato, mientras se encuentre bajo su encargo el mismo.

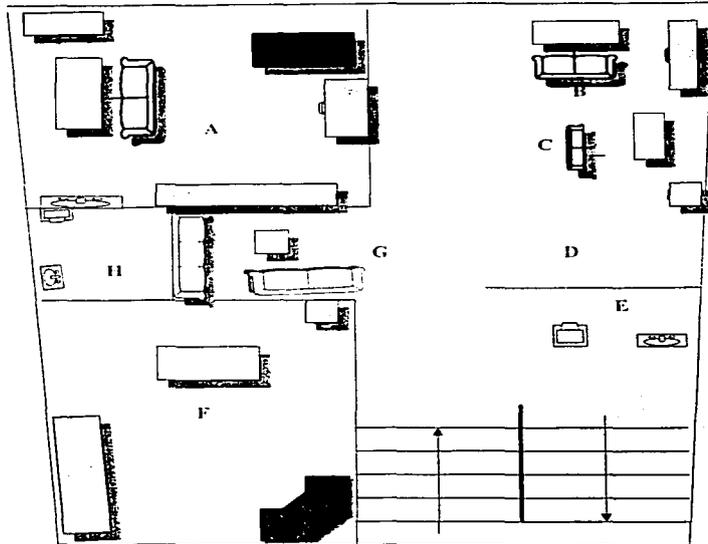
SEXTA: Son causas de rescisión del presente contrato de comodato, las siguientes:

- a) Ocupación del inmueble para fines distintos a los pactados por las partes.
- b) El hecho de que Cáritas-Salud pretenda arrendar el inmueble.
- c) El deterioro del inmueble por caso fortuito o de fuerza mayor.
- d) Cualquier acción de la comodante que obstruya o vaya en contra de las actividades que desarrolle Cáritas-Salud en el inmueble del contrato, siempre que la misma no demuestre fehacientemente voluntad para subsanar sus acciones.
- e) La transgresión por alguna de las partes de cualquiera de las cláusulas establecidas en el presente contrato.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO II

PLANO CECAMP SAGRADO CORAZÓN

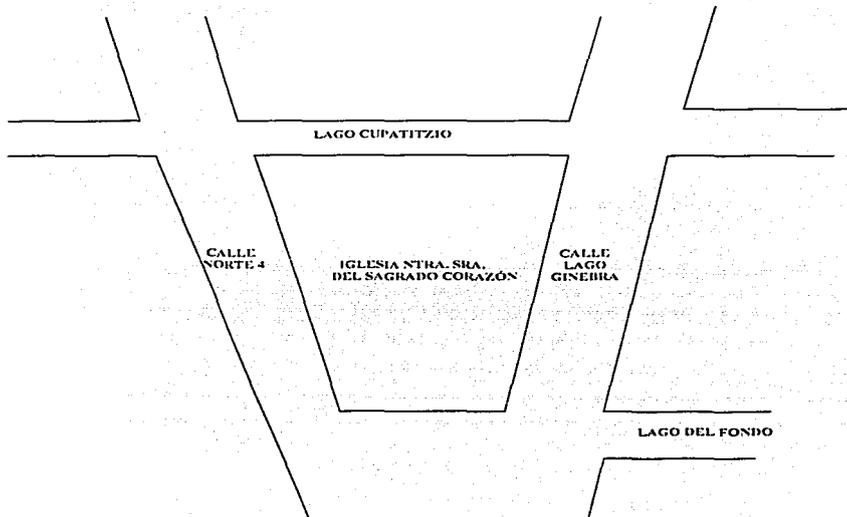


- A) Consultorio Médico
- B) Consultorio de Psicología (I)
- C) Consultorio de Psicología (II)
- D) Consultorio Dental
- E) W.C. Pacientes
- F) Administración
- G) Sala de espera
- H) W.C. Personal Médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO III

**PLANO DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA
DEL CECAMP SAGRADO CORAZÓN**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



ANEXO IV



CENTRO CÁRITAS DE ATENCIÓN MÉDICA
PRIMARIA SAGRADO CORAZÓN

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

CONTROL DE CITAS EN ESPERA

NOMBRE: _____

EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

FECHA DE REGISTRO: _____ TURNO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

FECHA DE REGISTRO: _____ TURNO: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ANEXO V

HISTORIA CLÍNICA

PSICÓLOGO:

EXPEDIENTE No:

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

SEXO:

OCUPACIÓN:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

EDO. CIVIL:

ESCOLARIDAD:

RELIGIÓN:

EL PACIENTE VIVE CON:

QUIÉN CANALIZA:

MOTIVO DE CONSULTA

INTENTOS ANTERIORES DE SOLUCIÓN:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

BREVE HISTORIA DEL CASO:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





ANEXO VI



DISTORSIONES COGNITIVAS

1. PENSAMIENTO TODO-NADA: Usted está viéndolo todo en categorías negro o blanco. Si su resultado no llega a ser perfecto, se considera un completo fracaso.

2. GENERALIZACIÓN EXCESIVA: Usted considera un solo hecho negativo como si fuera un completo modelo de derrota.

3. FILTRO MENTAL: Usted escoge un solo detalle negativo y se fija exclusivamente en él, de modo que su visión de toda la realidad se oscurece como la gota de tinta que tiñe toda la jarra de agua.

4. DESCALIFICACIÓN DE LO POSITIVO: Usted rechaza las experiencias positivas insistiendo en que no cuentan, por una u otra razón. De este modo, puede mantener una creencia negativa que se contradice con sus experiencias cotidianas.

5. CONCLUSIONES APRESURADAS: Usted hace una interpretación negativa aunque no existan hechos definidos que fundamenten convincentemente su conclusión:

- a) **LECTURA DE PENSAMIENTO:** Usted decide arbitrariamente que alguien está relacionando de modo negativo con respecto a usted, y no se toma la molestia de averiguar si es así.
- b) **EL ERROR DEL ADIVINO:** Usted prevé que las cosas resultarán mal, y está convencido que su predicción es un hecho ya establecido.

6. MAGNIFICACIÓN (CATASTROFE O MINIMIZACIÓN): Usted exagera la importancia de las cosas (por ejemplo: un error suyo o el logro de algún otro), o reduce las cosas indebidamente hasta que parecen diminutas (sus propias cualidades más notables o las imperfecciones de otro). A esto se le denomina también "truco binocular".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. RAZONAMIENTO EMOCIONAL: Usted supone que sus emociones negativas reflejan necesariamente lo que son las cosas en la realidad "lo siento, luego es verdad".

8. ENUNCIACIÓN DEBERÍA: Usted trata de motivarse con "deberías" y "no deberías", como si tuvieran que azotarlo y castigarlo antes de esperar que usted haga algo. La consecuencia emocional es la culpa. Cuando dirige este tipo de enunciación hacia los demás, siente irritación, frustración y resentimiento.

9. ETIQUETACIÓN Y ETIQUETACIÓN ERRÓNEA: Esta es una forma extrema de generalización excesiva. En lugar de describir su error, usted le pone una etiqueta negativa para usted mismo "soy un perdedor". Cuando la conducta de alguien no le sienta bien, le pone otra etiqueta negativa "es un maldito piojoso". La atribución de etiquetas erróneas implica la descripción de un hecho con un lenguaje muy vívido y con una gran carga emocional.

10. PERSONALIZACIÓN: Se ve a sí mismo como la causa de algún hecho negativo externo del cual, en realidad, usted no ha sido básicamente responsable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ANEXO VII

ACONTECIMIENTOS	PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	ACTOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ANEXO VIII
FICHA DE SEGUIMIENTO

EXPEDIENTE No:

NOMBRE DEL PACIENTE:

SEXO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

FECHA DE INGRESO:

EDO. CIVIL:

FECHA DE EGRESO:

PSICÓLOGO QUE LO ATIENDE:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

MOTIVO DE EGRESO:

ÚLTIMA FECHA DE ENTREVISTA:

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO No.

OBSERVACIONES:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





ANEXO IX
INFORME PSICOLÓGICO

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL NIÑO

NOMBRE: Ángel Rogelio Martínez Cano

EDAD: 10 años.

SEXO: Masculino.

GRADO ESCOLAR: 5º año de Primaria.

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO: Casa Amarilla #31 Bis. Col. Reforma Pensil

TELÉFONO: 53862596

NOMBRE DE LA MADRE: Francisca Cano Guarneros.

EDAD: 35 años

OCUPACIÓN: Contador Público

NOMBRE DEL PADRE: Ángel Martínez González

EDAD: 49 años

OCUPACIÓN: Empleado.

HERMANOS: Corina

EDAD: 3 años

SEXO: Femenino



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

II. MOTIVO DE CONSULTA

El niño es canalizado por medio del maestro y el psicólogo de la escuela "Legaria", ya que refieren es muy descuidado y desordenado tanto en su persona como en sus cosas.

III. ANTECEDENTES

La madre refiere ya otra canalización cuando el pequeño asistía al primer año de primaria, en esa ocasión, se realizó un psicodiagnóstico y la madre asistió a un programa de entrenamiento a padres. Asimismo, la madre menciona que en la guardería se le diagnostica al niño problemas de lenguaje.

IV. SÍNTESIS DE LOS ASPECTOS EVALUADOS

a) Aspectos cualitativos

De manera general, el pequeño muestra enorme disposición durante todo el proceso de evaluación, nunca refiere cansancio o aburrimiento, sino por el contrario siempre se muestra cooperativo y muy interesado en las diferentes pruebas que se le aplicaron, incluso llega a cuestionar algunas preguntas y tareas que el psicólogo le pide que realice.

b) Indicadores del desarrollo

Se evaluaron mediante el Test Gestáltico Visomotor Bender, figura humana y de familia, encontrándose una puntuación que se puede considerar normal, tomando en cuenta la edad de Rogelio, por lo que podemos decir que el grado de desarrollo del niño es adecuado.

c) indicadores de inteligencia

Se evaluó mediante la escala de inteligencia WIC RM, el cual nos arroja un coeficiente intelectual de 134, considerado como MUY SUPERIOR según protocolo de la escala WISC RM.

d) indicadores emocionales

Se evaluaron mediante las pruebas Bender, de dibujo de familia y figura humana, en las cuales encontramos algunos indicadores significativos como son: impulsividad, ansiedad, agresión, inestabilidad, dificultad para relacionarse con los demás, control interno rígido y sentimiento de culpa.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

V. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DE LOS RESULTADOS CON LA SITUACIÓN DE VIDA DEL NIÑO

Por medio de los resultados obtenidos en las diferentes pruebas podemos observar cómo en lo que se refiere al desarrollo, Rogelio no presenta ningún problema, sin embargo, respecto al factor emocional si observamos que los indicadores que aparecen en las diferentes pruebas son significativas para la edad del niño. Esta problemática definitivamente no surge de manera espontánea, sino que es el resultado de toda la historia del niño, sus experiencias, lo que ha vivido y lo que de alguna manera sigue siendo determinante para que se presenten estos síntomas. Si analizamos los aspectos prenatales, encontramos algunos sucesos muy significativos que pueden estar relacionados con la situación actual del infante. Así, a pesar de que la madre refiere a Rogelio como un niño planeado y deseado, también hace referencia a una situación angustiante durante la gestación del niño, provocada por diversos aspectos como la situación económica, algunos problemas con la familia extensa y con el padre del pequeño, toda esta tensión emocional se transmite directamente al producto, el cual presenta incluso una amenaza de aborto a los 3 meses de gestación y una hipoxia moderada al momento de nacer. Con estos antecedentes en su contra llega Rogelio a formar parte de una familia que vuelca en él toda clase de atenciones y cariños, esto ha provocado en el infante una situación de egocentrismo.

Si a esto le agregamos otros aspectos relevantes en la vida del pequeño como fueron un destete y control de esfínteres violentos, podemos encontrar aquí la causa de la inseguridad y la rigidez con la que se maneja Rogelio. Finalmente cabe señalar dos aspectos significativos en la vida del pequeño, por una parte la poca convivencia que hay entre Rogelio y sus padres y la manera en que los padres tratan al niño, es decir, al parecer no existe una congruencia o acuerdo entre lo que los padres quisieran que el niño hiciera, incluso llegan a contradecirse en la forma de tratarlo, esto se refleja también en el descuido en cuanto a la alimentación de Rogelio, cuya imagen le causa pena y conflictos para relacionarse.

VI. RECOMENDACIONES

a) Para el profesor

Mantener un contacto continuo con los padres, para estar al tanto de los pasos que se sigan en relación con los cambios conductuales que se pretendan generar. También se recomienda tratar de infundir confianza y seguridad en el niño, evitar que los demás hagan burla de él, así como implementar programas de premios o castigos que traten de hacer que Rogelio se responsabilice tanto de su persona como de sus cosas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b) Para los padres

En primer lugar, es necesario que exista un acuerdo entre los padres respecto de la forma en que se va a tratar al niño, no puede seguir sucediendo que existan contradicciones entre ambos, para esto deben tener presente que el rol principal del padre es la autoridad y como tal debe ejercerse, por otro lado, la madre debe brindar amor sin llegar a sobreproteger al pequeño. Es necesario asimismo que no se le dé a Rogelio todo lo que desea, sino que se le haga ver que existen otras personas como su hermana y que él debe competir y cooperar con ella por las cosas que dan los padres, para lograr esto es recomendable que Rogelio participe en juegos de conjunto, donde las reglas sean acatadas, ya que esto le permitirá modular un poco su conducta egocéntrica.

Del mismo modo se recomienda vigilar la alimentación del niño, incluso acudir con un especialista, ya que como hemos señalado la situación de su cuerpo lo hace cohibirse y por lo tanto encuentra dificultad para relacionarse con los demás. Por último, es recomendable poner atención a la información sobre técnicas de modificación conductual que el psicólogo proporcione, comentarlas, implementar algún programa, pero sobre todo es necesario que exista un acuerdo total entre los padres y que no permitan que el sentimiento les gane como hasta ahora permitiendo que Rogelio los manipule.

Es muy importante recalcar que en las pruebas de desarrollo y de inteligencia aplicadas, el infante presenta puntuaciones un poco por arriba de las esperadas, por lo tanto es necesario que esto se valore y se hagan los ajustes necesarios para que el niño pueda superar sus problemas conductuales y así aprovechar todos sus potenciales.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ANEXO X



ENTRENAMIENTO A PADRES

Cuando una persona no hace lo que nosotros queremos, lo hace a destiempo o simplemente no lo hace, podemos decir que presenta o tiene problemas con su comportamiento y aunque esto puede presentarse con cualquier persona sin importar sexo o edad, en la actualidad se presenta principalmente en los niños, situación que es entendible si tomamos en cuenta la dinámica familiar actual en donde la crianza de los hijos recae en terceras personas, como pueden ser los abuelos, tíos, maestros y cada vez menos en los padres, quienes en vez de buscar soluciones suelen buscar a quién culpar de la desobediencia de sus hijos, en lugar de preocuparse y prepararse de la mejor manera para poder manejar las carencias o excesos de conducta que presentan sus hijos.

Cada vez escuchamos con más frecuencia, quejas concernientes al comportamiento de los hijos y pareciera que estamos perdiendo la batalla, incluso se nos ponen plazos en las escuelas, la guardería, los deportes, acerca de los cambios conductuales que deben tener nuestros hijos y nosotros nos desesperamos por que ya lo hemos intentado todo: Los castigos, regaños, consejos, privaciones, incluso hemos llegado hasta los golpes y no logramos modificar esas conductas señaladas como problemáticas en nuestros hijos.

Es por esto y también como una medida de prevención que el departamento de psicología del CENTRO CÁRITAS DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN ha elaborado este sencillo folleto que pretende darte algunas herramientas con las cuales tú puedas tener los elementos para el manejo conductual de tus hijos o puedas ser transmisor de éstos a quien lo necesite.

Antes de comenzar quisiéramos presentarte la definición de forma clara, sencilla y directa; de una serie de conceptos con los cuales vamos a trabajar a lo largo de este folleto.

Conducta. Podemos entender como conducta, **todas aquellas exhibiciones de comportamiento que puede presentar la persona con la que vamos a trabajar;** por ejemplo: hablar en el salón de clases, llorar, quedarse dormido, quedarse callado, beber, ver la televisión, etcétera.

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

Conducta blanco. Es aquella que vamos a modificar o cambiar. La conducta blanco puede ser una actual u otra que quisiéramos que se observara; por ejemplo, podemos elegir cualquier conducta que ya existe como puede ser: eructar en la mesa, pelear con los compañeros de clase, llegar tarde o bien alguna conducta que no se exhiba actualmente como hacer la tarea, limpiar el cuarto, llegar temprano etcétera.

Reforzamiento. De manera sencilla podemos definir al reforzamiento como aquella consecuencia que se da a una persona cuando emite una conducta o deja de hacerlo. Por ejemplo, si el niño hace la tarea podemos darle un reforzamiento o premio por haberla hecho o bien podemos no darle ningún premio o incluso hasta un castigo cuando emita una conducta que deseamos eliminar.

Contingencia. Cuando hablamos de contingencia, nos referimos a la acción inmediata que se debe de tener cuando una conducta es exhibida o no; por ejemplo, cuando el niño emite la conducta de levantar los trastes de la cena, en ese preciso momento se debe reforzar su conducta, esto para que él sepa el por qué se le está premiando y con esto aprenda que cuantas veces emita esa conducta le será reforzada. En este caso podemos decir que el reforzador o premio se entrega como una contingencia a la conducta del niño de levantar los trastes.

Así mismo creemos que es importante que cuando laves a cabo un programa de modificación conductual tengas en cuenta algunas cuestiones importantes como las siguientes: generalmente cuando exhibimos una conducta, lo hemos venido haciendo durante periodos largos y constantes de tiempo, por lo tanto **no esperes lograr modificar una conducta en corto tiempo**, sino más bien prepárate para un trabajo que te puede llevar bastante tiempo.

Es necesario también que las medidas y técnicas que vayas a usar, **las apliques de manera sistemática**, es decir que no premies una conducta hoy y mañana dejes de hacerlo. Empieza trabajando con **una sola conducta blanco**, ya que si empiezas con varias te puedes confundir, desesperarte y perderte.

En un principio es necesario que apliques un programa de reforzamiento en el cual des un premio por cada exhibición de la conducta blanco, pero a medida que la conducta se va presentando con más frecuencia, es posible que vayas desvaneciendo el reforzador.

La idea de este folleto es que tú tengas las herramientas elementales para que sepas cómo puedes hacer un programa de modificación conductual; para lo cual es

necesario que observes los siguientes pasos: (1) **seleccionar la conducta blanco** (2) **recopilar la información necesaria para empezar a trabajar con esta conducta**, es decir, contar las veces que la conducta aparece o no (3) **identificar los reforzadores o premios adecuados** tomando en cuenta las características de la persona, sus gustos, el lugar donde se emite o no la conducta etc. (4) **implementar las diferentes técnicas de modificación conductual** que aquí se te ofrecen y (5) **volver a contar las veces que la conducta aparece o no**. De esta forma comparamos con el primer conteo y sabremos si nuestro programa ha dado resultado o no.

Si tú eres capaz de usar estas herramientas de manera adecuada, tomando en cuenta todo lo que aquí te recomendamos, es posible que puedas modificar casi cualquier conducta en cualquier persona y además, será posible que tú transmitas estos conocimientos a otras personas para su uso. Estamos seguros también de que esta no es la única forma como se puede llegar a modificar el comportamiento, sin embargo es nuestra intención presentar esto de manera clara y lo más sencillo posible, para que tú cuentes con estos elementos para trabajar en lo relacionado con la conducta de tus hijos, alumnos, compañeros de trabajo, familiares etcétera.

TÉCNICAS PARA INCREMENTAR LA CONDUCTA

Principalmente existen cuatro técnicas que si las aplicamos correctamente pueden propiciar el que una conducta se incremente o se siga presentando en el futuro, éstas son:

- a) Moldeamiento.
- b) Modelamiento.
- c) Contrato de contingencias.
- d) Economía de fichas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MOLDEAMIENTO

El moldeamiento es una técnica que consiste en reforzar una conducta inmediatamente después de que ocurre la conducta que se desea, pero para su efectividad deben irse reforzando paso a paso las conductas que se van presentando, hasta llegar a la conducta final. Esta técnica es muy útil cuando la persona presenta muy poco la conducta que se desea o de plano no la presenta.

Para poder aplicar esta técnica hay que seguir el siguiente procedimiento:

- Seleccionar una conducta blanco, la cual se desea modificar.
- Observar las conductas del niño, para saber de dónde debemos partir.
- Seleccionar el reforzador que se utilizará (dulces, programas de TV).
- Reforzar por aproximaciones sucesivas, esto es, poco a poco hasta llegar a la conducta final.

En ocasiones la persona no presenta la conducta que deseamos, por lo tanto será necesario instigarla, es decir, tomarla y llevarla a que haga aquello que queremos, sin embargo esta acción de instigamiento sólo se aplica en las primeras sesiones, por lo que la ayuda que se preste a la persona con la que trabajamos, debe de irse retirando poco a poco.

Ejemplo:

CONDUCTA QUE SE QUIERE MODIFICAR: Que el niño complete sus cinco lecciones de matemáticas que a diario le dejan de tarea.

OBSERVAMOS EN EL NIÑO: que solamente completa dos lecciones diarias.

REFORZADOR A UTILIZARSE: ver su programa favorito.

PROCEDIMIENTO: comenzar a dar el reforzamiento, permitiéndole al niño que vea su programa únicamente cuando realice correctamente más de dos lecciones diarias. De allí siempre que realice una lección de más se puede ir aumentando paulatinamente 10 minutos de su programa por cada lección que el niño realice.

MODELAMIENTO

Al implementar esta técnica, se espera que el aprendizaje de una conducta se presente por medio de la imitación u observación. Esta técnica se utiliza para que una persona adquiera conductas que no tiene; por lo tanto debemos utilizar un modelo apropiado, para que la persona aprenda la conducta que deseamos, sin embargo debemos buscar que nuestro modelo no represente una figura inalcanzable o demasiado brillante; también debemos considerar que si esta técnica se aplica con niños muy pequeños, éstos al menos deben de ser capaces de poder imitar a alguien.

Ejemplo:

- Detectar la conducta que deseo cambiar.
- Observar las conductas con las que cuenta la persona para de ahí partir, además de ver si la persona es capaz de imitar.
- Identificar el modelo adecuado.
- Identificar el reforzador adecuado.

En esta técnica primero se le pide al modelo que realice la conducta delante de la persona con la cual estamos trabajando y delante de él se le otorga el reforzamiento inmediatamente después que emita la conducta deseada. Con esto se espera que la persona adquiera la conducta por imitación ya que al observar que el modelo es reforzado, esto aumenta en él las posibilidades de que también emita la conducta.

CONTRATO DE CONTINGENCIAS

Un contrato es un acuerdo entre dos o más personas o grupos, en el cual se especifican las responsabilidades de cada una de las partes, en relación con un objetivo preestablecido. Un contrato de contingencias es un arreglo de condiciones para que una persona haga lo que ella quiere, después de que realice lo que tú quieres que haga. Las ventajas de este tipo de técnicas son que mediante ellas se determina el tipo y la cantidad de trabajo que realizará la persona con la cual estamos trabajando, así como los tiempos y lo que recibirá a cambio de este esfuerzo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Identificar la conducta que se desea modificar.
- Observar y registrar la conducta para saber de dónde estamos partiendo.
- Seleccionar los reforzadores adecuados.
- Realizar el llenado del contrato, en caso de que sea necesario.

Las reglas básicas para un contrato deben ser:

- El pago por el cumplimiento del contrato debe ser inmediato.
- Deben existir recompensas frecuentes, aunque en pequeñas cantidades.
- El desempeño debe premiarse inmediatamente después de que ocurre.
- El contrato debe ser justo para ambas partes.
- Los términos deben ser claros, honestos y positivos.
- Debe ser acordado libremente por ambas partes, incluir el criterio de logro y especificar la fecha de inicio y término.

ECONOMIA DE FICHAS

Esta técnica consiste en la acumulación de fichas por presentar diversas conductas deseables, las cuales pueden ser convertidas en reforzadores de apoyo.

- Definir la conducta blanco.
- Registrar la conducta para saber de dónde partimos.
- Seleccionar los reforzadores de apoyo y la forma en la que se administrarán.
- Seleccionar el tipo de ficha.
- Identificar la ayuda posible.
- Posibles causas de castigo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Procedimiento: en esta técnica se otorgará una ficha (reforzador de apoyo) cada vez que la persona emita la conducta deseada y una vez que tenga un número determinado de éstas, previo acuerdo, se le cambiarán por un reforzador preestablecido.

TÉCNICAS PARA DISMINUIR LA CONDUCTA

Existen diferentes métodos para disminuir o extinguir la conducta, la efectividad de cada uno depende en gran medida de la constancia y persistencia con la que se apliquen, es decir, una vez que se ha seleccionado una conducta blanco a disminuir o eliminar, es importante que el método elegido se lleve a cabo todas las veces que se presente la conducta elegida. Los métodos son: la extinción, el tiempo fuera y el castigo.

EXTINCIÓN

Es la discontinuación o eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente era reforzada. La manera de llevar a cabo es ignorar total y consistentemente la conducta blanco. Este método puede utilizarse si el niño o la persona con la cual trabajamos no se causa daño a sí mismo o a terceras personas.

Ejemplo: un niño de tres años continúa haciéndose popo en el calzón y se requiere que el niño deje de hacerlo. En este caso, la madre puede aplicar la extinción, es decir, cada vez que el niño se haga popo, la madre tendrá que ignorarlo, no cambiarlo aunque lllore y se roce, así él aprenderá a ya no hacerlo, por que la mamá no le hará caso y con esto dejará de reforzar la conducta del niño de hacerse popo y una conducta que no es reforzada, tiende a desaparecer en el futuro.

TIEMPO FUERA

Es un procedimiento por medio del cual al niño o a la persona con la que estamos trabajando se le retira de una situación de reforzamiento al llevarlo a un área alejada de la actividad pero dentro de la misma habitación donde ésta se desarrolla, quitarle objetos o de plano conducirlo a otra habitación. La efectividad de este método está condicionada por varios factores como son:

- Características del o de la persona: se utiliza para personas agresivas, que muestren preferencias por actividades de grupo o que sean muy activos. Estos niños tienden a participar en grupo y desean captar la atención de los demás. En consecuencia para ellos, el área de tiempo fuera no es un lugar de

recompensa, sino un castigo. Caso contrario para una persona retraída, pasiva o solitaria en la cual aplicar un tiempo fuera pudiera parecer más un premio que un castigo.

- Consistencia de la aplicación por parte de los padres o las personas encargadas del cuidado de las personas: debe utilizarse en forma consistente por un periodo de tiempo previsto, si no es así, el niño se confunde y la conducta tiende a ser reforzada inconsistentemente: por ejemplo, un niño a quien el lunes, miércoles y viernes se le obliga a comer verduras cuando está su padre, pero a quien martes y jueves no se le insiste en comer las verduras y el domingo en casa de la abuela puede dejar de comerlas, esta actitud por parte de los padres más que ayudar puede perjudicar la conducta de la persona con la que se intenta hacer cambios en alguna de sus conductas.
- Comprensión de las reglas por parte de la persona : las personas y en especial los niños, deben saber qué conductas específicas no son aceptables y conocer las consecuencias de esas conductas prohibidas. El tiempo fuera no es una técnica que implique sermones, reprimendas o regaños antes, durante o después del mismo.
- Características del área de tiempo fuera: debe ser un área no reforzante para la persona, no se puede aplicar tiempo fuera a un niño en el cuarto de sus juguetes por ejemplo. Debe carecer de todo tipo de estímulos visuales o auditivos, alejada del tránsito, de puertas y ventanas.
- Duración del tiempo fuera: el tiempo fuera pierde su efectividad si se deja a la persona un tiempo demasiado corto o demasiado largo. Se debe limitar a aproximadamente dos minutos después de que el niño se ha calmado y tomar el tiempo justo, previo acuerdo entre las partes.

Es muy importante que después del tiempo fuera, la persona se reintegre a la actividad que fue interrumpida por la aplicación, exigiéndole que continúe con el cumplimiento de su actividad, así el niño aprenderá que el tiempo fuera no es un método para evitar tareas que encuentre difíciles o que simplemente no le agraden.

CASTIGO

Esta técnica consiste en añadir un estímulo aversivo como consecuencia de una conducta inaceptable. El castigo de este tipo puede ser físico (nalgadas, pellizcos, manazos etc.), psicológico (regaños, reprimendas, sarcasmos, insultos etc.) o la privación de algo que la persona considera deseable, por ejemplo, ver televisión,

salir a jugar, acostarse más tarde, o la pérdida de fichas y puntos que se aplican en la técnica de economía de fichas. El castigo por privación es el más recomendable, ya que es el menos dañino para las personas. El castigo debe ser el último recurso para tratar de disminuir una conducta, ya que éste no la elimina sólo la suprime por un tiempo. Si se utiliza el castigo, quien lo aplique debe seguir las siguientes pautas:

- Identificar y comunicar a la persona cuáles serán las conductas castigadas según las reglas de casa.
- Colocar las reglas en un lugar visible y revisarlas con frecuencia.
- Dar ejemplos de conductas aceptables.
- Aplicar el castigo de manera constante y no caprichosamente.

Las consecuencias y probables consecuencias de la conducta, más que cualquier otro factor, determinan el comportamiento del individuo. En el campo de la modificación de la conducta, las consecuencias de ésta se llaman **REFORZADORES**, los cuales si se aplican correctamente pueden hacer que la conducta aumente, disminuya, se mantenga o se extinga.

Las consecuencias de la conducta humana podemos clasificarlas para su aplicación en reforzamiento positivo, negativo, extinción y castigo.

REFORZAMIENTO POSITIVO.

Es la presentación de un reforzador agradable después de que la conducta deseada se ha exhibido, estos reforzadores o consecuencias de la conducta, tienden a aumentar o mantener la aparición futura de la conducta original.

Ejemplo.

Conducta original	Consecuencia	Probable efecto futuro
Karina limpia su cuarto	Sus padres la elogian	Karina seguirá limpiando su cuarto

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EXTINCIÓN

La extinción no es otra cosa más que la eliminación de una consecuencia que mantiene o intensifica una conducta. Se utiliza para disminuir conductas indeseables. La extinción requiere la eliminación del reforzador responsable de mantener la conducta inapropiada.

Ejemplo:

Conducta original	Consecuencia	Probable efecto futuro
Juan grita en el salón	La maestra lo ignora	Juan dejará de gritar

REFORZAMIENTO NEGATIVO

Es la eliminación de un estímulo aversivo ya funcionando. Como consecuencia de dicha eliminación, la conducta blanco se fortalece.

Ejemplo:

Conducta original	Consecuencia	Probable efecto futuro
Los niños se levantan de sus lugares	El maestro elimina la tarea	Los niños dejan de levantarse

PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO

Un programa de reforzamiento es el patrón de presentación (o no) del reforzador, es la respuesta a la manifestación de la conducta blanco. Los cuatro tipos de programas de reforzamiento más comunes son:

Programa de razón fija. En este tipo de programas, el reforzador se presenta después de un determinado número de respuestas adecuadas, emitidas por la persona con la que estamos trabajando.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Ejemplo: El niño resuelve 5 problemas de aritmética antes de recibir un chocolate.

Programa de razón variable. Aquí se entrega el reforzador después de un número variable de respuestas adecuadas.

Ejemplo: el maestro recompensa al niño con elogios, un promedio de una de cada tres veces que este participa en clase.

Programa de intervalo fijo. En este tipo de programas, debe transcurrir un determinado periodo de tiempo antes de la presentación del reforzador. Este se aplica inmediatamente después de la primera respuesta posterior al término del intervalo establecido.

Ejemplo: el niño es recompensado con dulces por quedarse sentado 5 minutos en su asiento.

Programa de intervalo variable. Este programa tiene la particularidad de que el reforzador se entrega en un tiempo variable, es decir, se trata que el individuo no sepa en qué momento se le dará el reforzador y mientras tanto siga emitiendo respuestas.

Ejemplo: El maestro le da atención individual al niño cada 2 minutos en promedio como respuesta a la conducta deseada, que en este caso consiste en que hable acerca del tema que está tratando en clase.

BIBLIOGRAFÍA

Walker J. Y Shea T. (1984) Manejo Conductual. Manual Moderno, México D. F.

Martín y Pear (1999) Modificación de Conducta. Prentice Hall, Madrid.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

Beck A. Rush J. Shaw B. y Emery G. 1983. "*Terapia cognitiva de la depresión*". Desclee de Brouwer, Henao, 6 -Bilbao- 9

Bonnin E. 1990. "*Naturaleza de la doctrina social de la iglesia*". IMDOSOC. México.

Burns D. 1980 "*Sentirse bien*". Paidós, México.

Cormier W. y Cormier L. 1991. "*Estrategias de entrevista para terapeutas*". Desclee de Brouwer, Henao, 6 -48009 Bilbao.

Ellis A. y Abrahms E. 1980. "*Terapia racional emotiva*". Pax, México.

Navarro. 1990. "*Instructivo de acción social*". Sistema integral de evangelización.

Rodríguez M. 2002. "*Análisis contingencial*". UNAM. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Zubillaga M. 1991. "*Así es y actúa Caritas*". Pastoral de la caridad. Material de trabajo. México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN