



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"

LA ENTREVISTA CLINICA UNA
GUIA PRACTICA

REPORTE FINAL DE SERVICIO
SOCIAL DE LA CARRERA DE
P S I C O L O G I A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMIREZ



MEXICO, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

INDICE

| | <u>pág</u> |
|--|------------|
| INTRODUCCION | 1 |
| <u>PRIMER CAPITULO</u> | |
| 1 MARCO CONCEPTUAL. | 4 |
| 1.1 ¿QUIÉN UTILIZA LA ENTREVISTA COMO TECNICA PROFESIONAL? | 4 |
| 1.2 DEFINICIONES DE LA ENTREVISTA. | 5 |
| 1.3 FINES DE LA ENTREVISTA. | 7 |
| 1.4 TIPOS DE ENTREVISTA. | 8 |
| 1.5 FASES DE LA ENTREVISTA. | 10 |
| 1.6 ASPECTOS PRESENTES EN LA ENTREVISTA. | 13 |
| <u>SEGUNDO CAPITULO</u> | |
| 2 UNA GUÍA PRACTICA (PROPUESTA). | 16 |
| 2.1 LA RELACION TERAPEUTA-PACIENTE. | 17 |
| 2.1.1 Credibilidad. | 17 |
| 2.1.2 Condiciones Facilitadoras. | 17 |
| 2.1.2.1 Empatfa. | 18 |
| 2.1.2.2 Respeto. | 18 |
| 2.1.2.3 Calor Humano. | 18 |
| 2.1.2.4 Autenticidad. | 19 |
| 2.1.2.5 Especificidad. | 19 |
| 2.1.2.6 Confrontación. | 19 |

pág.

| | |
|---|----|
| 2.1.3. Paso por paso en la primera sesión | 20 |
| 2.1.4. Evaluación. | 24 |

TERCER CAPITULO

| | |
|---|----|
| 3 OBJETIVOS. | 25 |
| 3.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA DE LA ENEP ZARAGOZA. | 25 |
| 3.2. OBJETIVOS DE LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS (CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO UNAM) | 28 |
| 3.3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR DE LA ESCUELA "ARQUELES VELA" | 28 |
| 3.4. SUBPROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD. | 29 |
| 3.5. OBJETIVOS PERSONALES DEL PASANTE. | 31 |

CUARTO CAPITULO

| | |
|---|----|
| 4 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN | 32 |
| 4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS. | 32 |
| 4.2. FUNCIONES DE LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS. | 38 |
| 4.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESCUELA PRIMARIA PROFESOR "ARQUELES VELA S." | 39 |

QUINTO CAPITULO

| | |
|---|----|
| 5 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ATENDIDA. | 41 |
|---|----|

pág.

SEXTO CAPITULO

6 ACTIVIDADES DESARROLLADAS. 46

SEPTIMO CAPITULO

7 RESULTADOS. 49

OCTAVO CAPITULO

8 ANALISIS. 52

CONCLUSIONES. 54

BIBLIOGRAFIA. 55

ANEXOS. 59

INTRODUCCION

El presente trabajo es una revisión de lo que es la entrevista psicológica, sus características y los objetivos que pretende alcanzar, con el fin de enfatizar su importancia como instrumento de psicodiagnóstico en el área de psicología clínica y al mismo tiempo mencionar aspectos relevantes que sirvan como guía para su mejor conducción.

El reporte de Servicio Social anexo, contiene el trabajo desarrollado en la Dirección General de Servicios Médicos (Centro Médico Universitario UNAM), donde se recurrió a la entrevista como parte de un estudio multidisciplinario para evaluar diferentes aspectos de la población en la Escuela Primaria "Arqueles Vela".

Tradicionalmente el Servicio Social ha sido considerado por los universitarios como un trámite para la obtención del título profesional, dicha actividad se realiza como una retribución a la comunidad, de manera simbólica, por el privilegio que ésta les dió al tener acceso a la Educación Superior.

Sin embargo, la presentación del Servicio Social permite al estudiante el desempeño de labores propias de su campo en situaciones y escenarios reales, sin la asesoría continua de los profesores como ocurre durante la etapa de entrenamiento.

Se constituye pues el Servicio Social en el primer paso en la búsqueda de lograr un buen papel como profesionista.

La labor del psicólogo en la actualidad, se ha diversificado al otorgarle un papel como profesionista que puede intervenir tanto a nivel individual, como de comunidad, incidiendo en problemas de diversa índole y

no sólo a nivel clínico como anteriormente se creía .

El papel del psicólogo a nivel de prevención, detectando futuros "problemas" cobra vital importancia, para ello siempre se va a necesitar de información de ahí el interés de que cuente con instrumentos que faciliten su labor.

El presente trabajo enfatiza el valor de la entrevista como elemento que todo psicólogo debe manejar en el desempeño de su profesión, y propone una guía práctica que surge a partir del trabajo y de la investigación realizada en las actividades correspondientes al Servicio Social.

Dentro de los puntos que se tocan en el trabajo están en primer lugar: ¿Quién utiliza la entrevista como técnica profesional?, algunas definiciones de entrevista resaltando la de Bleger ya que le añade el rubro de psicológica, cuales son los fines y tipos de la entrevista además de las fases y aspectos presentes en ésta.

A continuación se presenta el punto más importante de éste trabajo que consiste en una guía práctica para la entrevista, y éste se divide en dos partes:

- 1) Las habilidades claves que se requieren en la entrevista.
- 2) Los pasos que hay que seguir en ésta.

Espero que esta aportación sea de utilidad para la comunidad del psicólogo.

Después se mencionan los objetivos del Programa de Servicio Social de la Carrera de Psicología de la ENEP Zaragoza, de la Dirección de Servicios Médicos, del Programa de Salud de la Escuela "Arqueles Vela", del Subprograma de Educación para la Salud, y personales del pasante.

Finalmente se presentan las características generales de la institución y de la población atendida, así como las actividades desarrolladas en el Servicio Social seguidas de los resultados, análisis y conclusiones.

PRIMER CAPITULO

MARCO

CONCEPTUAL

1 MARCO CONCEPTUAL

1.1 ¿QUIEN UTILIZA LA ENTREVISTA COMO TÉCNICA PROFESIONAL?

En principio todos aquellos profesionales que tratan problemas humanos y tienen un contacto directo con individuos. La entrevista puede tener entre sus múltiples usos una gran variedad de objetivos, como en el caso del periodista, jefe de empresa, director de escuela, maestro, juez, psicólogo, etc., aquí nos interesa la entrevista psicológica entendiéndola por tal aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos de investigación, diagnóstico, terapia, etc., que guíen la conversación de acuerdo con ciertas reglas y tomen en cuenta los factores psicológicos de la situación.

"Limitar esta noción es posible, sosteniendo que la entrevista psicológica es la que llevan a cabo los psicólogos prácticos - porque además de tomar en cuenta las reglas y factores psicológicos, su propósito es resolver problemas que normalmente caben en el marco de la psicología (selección y orientación profesionales, investigaciones psicológicas, examen de la personalidad, psicoterapia, etc.)"

Nahoum, Ch. (1961).

Algunos de los profesionales que utilizan la entrevista psicológica como una técnica de estudio y observación del comportamiento humano, con miras a la solución de problemas que atañen a la psicología, la sociología o la medicina mental son:

- a) Los asistentes sociales.
- b) Los entrevistadores (de opiniones y actitudes políticas, religiosas, económicas, etc.).
- c) Los sociólogos investigadores (cuando deben recoger información sobre grupos culturales, geográficos, profesionales, etc.).
- d) Los psiquiatras.

- e) Los psicoterapeutas.
- f) Los psicólogos, investigadores y prácticos (que trabajan en medios - escolares o universitarios, en centros de aprendizaje, hospitales o establecimientos de tratamiento etc.).

1.2 DEFINICIONES DE LA ENTREVISTA

Sullivan H. S. (1977), al intentar definir la entrevista lo hace de la manera siguiente:

"Situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto - cliente, con el propósito - de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y que pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio".

Bingham y Moore (1957), la definen como:

"Una conversación que se sostiene con un propósito definido y no por la mera satisfacción de conversar... entre la persona que entrevista y la entrevistada existe una correspondencia mutua y gran parte de la acción recíproca entre ambas consiste en ademanes, posturas, gestos y otros medios - de comunicación. Incluso las palabras adquieren gran variedad de significados y valores al ser pronunciadas con inflexiones diferentes o al formar parte de contextos distintos, todos estos elementos de comunicación concurren al intercam

bio intencionado de conceptos que constituye la entrevista".

Morgan, H. y Cogger, J. (1975) mencionan al diccionario American College que define a la entrevista como:

"Un encuentro de personas cara a cara, especialmente para una conferencia formal".

Symond, citado en Nahoum (1961) escribe:

"...La entrevista es un método para reunir datos durante -- una consulta privada o una reunión; una persona que se dirige al entrevistador, cuenta su historia, da su versión de los hechos o responde a las preguntas relacionadas con el problema estudiado o con la encuesta emprendida...".

Para Kerlinger (1975) la entrevista:

"es una confrontación interpersonal, en la cual una persona (el entrevistador) formula a otra (el respondiente) preguntas cuyo fin es conseguir contestaciones relacionadas con el problema de investigación".

Por último, para Bleger (1978), la entrevista, añadiéndole el rubro de Psicología, es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico de la psicología -- que debe actuar en ese rol, y el otro a los otros necesitan de su intervención técnica. Aquí el técnico no solo utiliza en la entrevista sus conocimientos psicológicos para aplicarlos al entrevistado, sino que esta aplicación se produce precisamente a través de su propio comportamiento en el curso de la entrevista. "La entrevista psicológica es entonces una relación entre dos o más personas en la que estas intervienen como tales".

Diciéndolo de otra manera, la entrevista consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento. Depende que se satisfagan los objetivos posibles de la entrevista psicológica (investigación, diagnóstico, orientación, etc.).

Esta última definición de "entrevista psicológica" dada por Bleger (1978), será tomada como punto de referencia para el presente trabajo.

1.3 FINES DE LA ENTREVISTA.

La entrevista puede emplearse para alcanzar 3 fines, Kerlinger (1975).

En primer lugar dice, puede ser un instrumento de exploración que ayuda a identificar variables y relaciones, a sugerir hipótesis y a guiar otras fases de la investigación.

En segundo lugar, puede ser el principal instrumento de la investigación y en tal caso las preguntas encaminadas a medir las variables, quedarán incluidas en el programa de la entrevista. En semejantes circunstancias las preguntas se han de considerar como reactivos de un instrumento de medición y no meros medios de captación de datos. En tercer lugar puede completar otros métodos: al examinar ulteriormente resultados imprevistos, profundizar en las motivaciones de los respondientes, en sus razones para contestar en determinada forma y como forma de validación.

Para Bernstein y Nietzel (1982), la entrevista es un instrumento muy empleado en la Psicología Clínica porque su función es importante en muchas de las formas de tratamiento psicológico porque es un componente principal en la evaluación que precede, acompaña y sigue al tratamiento.

1.4. TIPOS DE ENTREVISTA.

Se pueden clasificar los tipos de entrevista según su objetivo y su forma. Según su objetivo serían:

- a) De diagnóstico: Se intenta extraer datos biográficos, las tendencias afectivas, emocionales y conductuales debidas a necesidades personales. Se informa o se motiva al sujeto a buscar ayuda a su problema. Existe interés por el sujeto en sí.
- b) De investigación o encuesta: Generalmente se evalúa a un grupo interesándose sobre un aspecto o problema en particular. Se realizan reactivos sistematizados de validación, para encontrar soluciones al problema. Debe haber un interés por el grupo de parte del investigador o investigados.
- c) De interrogatorio ó selección de personal: En donde ninguna de las dos partes se interesa mucho como individuo sino como medio de obtención de datos para beneficio mutuo, debido a la posible productividad del entrevistado.
- d) Terapéutica: Se le conoce así a cualquier técnica que permite tener un conocimiento completo del comportamiento, apartándose sugerencias, orientación y una solución tentativa al problema central en donde la responsabilidad está en el sujeto.

Según su forma pueden ser: Estructurada, no estructurada y auto-dirigida.

a) Estructurada o cerrada:

En este tipo de entrevista, se elabora previamente un formato con diferentes áreas que incluyen los aspectos que se desea investigar.

b) No Estructurada o abierta:

Es la entrevista en la cual no se sigue un patrón o "machote" para la recolección de información. Esta forma de entrevista puede ser de dos tipos: dirigida o no dirigida.

- Dirigida.-También llamada directiva: Es aquella en la cual el entrevistador conduce la secuencia de la entrevista dependiendo de las circunstancias específicas de cada caso; resultando así un orden diferente de entrevista para cada entrevistado.
- No dirigida.- Se establece un diálogo informal en donde el entrevistador permite expresarse libremente al entrevistado; teniendo como objetivo recabar información de la situación actual del sujeto.

c) Autodirigida:

La finalidad de esta clase de entrevista es que el sujeto mismo, al través de autorreportes y cuestionarios y/o inventarios, proporcione la información requerida.

Para Bingham y Moore (1959), hay límites en cualquier intento de clasificar los tipos de entrevista:

"La naturaleza de la entrevista varía evidentemente con el propósito o el uso al cual se destina. Pero en rigor, pueden reducirse a tres: recoger hechos, informar y motivar o influir. Generalmente, en una entrevista domina una de estas intervenciones, sin excluir las otras dos. Pero lo que distingue entre sí los tres tipos principales de entrevista, es que uno de los tres objetivos predomina".

Nahoum (1961), también los clasifica como:

"Entrevista de diagnóstico, Entrevista de investigación y la Entrevista terapéutica o de consejo cuya diferenciación

queda determinada igualmente por el objetivo que se persigue".

1.5.- FASES DE LA ENTREVISTA.

- a) Comienzo Formal.
- b) Reconocimiento.
- c) Investigación o interrogatorio.
- d) Terminación o cierre.

a) Comienzo Formal:

En el comienzo formal o primera fase, se incluye la recepción del entrevistado; siendo su objetivo principal el establecimiento del rapport, para la obtención de la información indispensable para la evaluación adecuada del problema y en general para lograr una relación productiva a lo largo del proceso terapéutico, que abarca desde la entrevista misma hasta el cierre formal del caso o terminación del tratamiento. En esta etapa - se establecen los objetivos o metas terapéuticas a seguir.

b) Reconocimiento:

Esta fase tiene como finalidad obtener un breve bosquejo general del entrevistado. En esta parte se intenta conformar la ficha de identifica

ción a través de la cual se pueden empezar a formular hipótesis acerca del sujeto a partir de las relaciones que guarden los datos entre sí. Es decir, en esta etapa se trata de explorar los diferentes aspectos de la vida del sujeto sin entrar en su cuestionamiento o interrogatorio muy detallado.

c) Investigación Detallada:

Durante las primeras etapas de la entrevista, el entrevistador habrá recibido una buena cantidad de impresiones respecto de la clase de persona a la que está observando. Esas impresiones, derivadas de las dos fases iniciales de una entrevista, deberán ser muy útiles para llevar rápidamente a efecto los procedimientos que componen el interrogatorio detallado. Esas impresiones necesitarán una gran revisión conforme van avanzando las entrevistas.

Las impresiones son, en su sentido más puro, hipótesis que, como todas las demás hipótesis, deben ser puestas a prueba. Así, las impresiones que uno tiene durante las dos primeras etapas son puestas a prueba en el prolongado interrogatorio detallado.

La fase del interrogatorio detallado es una cuestión de mejorar las primeras aproximaciones de comprensión, proceso en el cual puede producirse un cambio drástico de las impresiones del terapeuta acerca del paciente.

En un gran número de casos, el terapeuta o entrevistador ha tenido que realizar revisiones profundas de las primeras impresiones referentes al paciente.

d) Terminación o cierre:

Una parte importante de toda entrevista es su terminación. Al poner fin a la entrevista o interrumpirla por algún tiempo, lo importante es consolidar el progreso que pueda haberse alcanzado durante las sesiones.

Ese progreso está representado no por las interpretaciones que han sido hechas por el entrevistador, sino por el grado hasta el cual, - el propósito haya sido logrado, sienta éste la expectativa del entrevistado de obtener algún beneficio que sea duradero, como resultado de la - experiencia.

La consolidación del propósito de la entrevista es realizada, en términos generales, mediante las cuatro medidas que siguen:

- 1.- El entrevistador formula una declaración final al entrevistado en la cual resume todo cuanto ha sabido durante el curso de la entrevista.
- 2.- El entrevistador da al entrevistado una prescripción de acción, la - cual deberá llevar a la práctica.
- 3.- El entrevistador hace una apreciación final de los probables efectos sobre el curso de la vida del entrevistado, que puede razonablemente esperarse de la declaración y prescripción; y,
- 4.- Despedida o cierre. La despedida se presenta cuando la entrevista -- tiene como objetivo una evaluación o impresión diagnóstica del sujeto hecha por un profesional, con el fin de remitirlo a otro para un tratamiento posterior; o cuando la entrevista en sí representó de he cho un proceso terapéutico y no solo una parte del continuo terapéutico.
El cierre tiene lugar tanto al final de cada sesión, como al final - del proceso terapéutico.

1.6.- ASPECTOS PRESENTES EN LA ENTREVISTA.

Transferencia:

Es importante dentro de la entrevista, ya que con ella se inicia de hecho el proceso terapéutico, implicando un desplazamiento de valores, de sentimientos y de identidades de parte del entrevistado - hacia el entrevistador; en la cual se presenta una identificación in consciente que hace del último con personajes significativos para el sujeto (padres, hermanos, maestros, figuras autoritarias, etc.), que forman parte de su experiencia, actuando frente al entrevistador como lo hizo con esos personajes y situaciones (confianza ciega, cariño, hostilidad, desconfianza, miedo, aversión, etc.). De esta forma el sujeto reacciona a situaciones tipo de manera frecuentemente inadecuada o absurda, pues no corresponde a la situación actual aparente, sino a otras pretéritas.

La transferencia depende en gran medida de la actitud, aspecto físico, manera de vestir, gestos, tono de voz, etc. del entrevistador.

En la situación transferencial puede surgir en el entrevistado - la tendencia a repetir en su relación con el entrevistador o terapeuta, un patrón de dependencia emocional semejante al que obstaculizó su adaptación emocional y su desarrollo de personalidad en el pasado.

La transferencia es importante porque aclara la relación del individuo con la persona a quien el terapeuta o entrevistador representa. El descubrimiento y la comprensión de las emociones que el sujeto originalmente sintió hacia otras personas importantes en su experiencia pasada, y que luego reflejó en el entrevistador o terapeuta durante la terapia, pueden tener un efecto terapéutico definido so-

bre el paciente mismo. Por consiguiente, el terapeuta debe estudiar con el sujeto esos sentimientos en forma objetiva, señalárseles y -- tratar de investigar la evolución de los mismos hasta llegar a su so lución.

En la actualidad se encuentra una especial dificultad en propo-- ner una definición de transferencia, debido a que este término ha ad quirido para muchos autores una extensión muy amplia, llegando a de-- signar el conjunto de los fenómenos que constituye la relación del - sujeto con el terapeuta.

Contratransferencia:

Se le donomina contratransferencia al grupo de fenómenos de pro-- yección sobre el individuo de la propia estructura inconsciente del terapeuta, creándole sentimientos de simpatía, hostilidad, agresión, necesidad de recibir afecto o admiración, etc., injustificados, inadecuados que pueden entorpecer la buena actuación del profesional, - pudiendo por consiguiente originar muchos errores y fracasos en la - relación paciente-terapeuta.

En su mayor parte, las relaciones de contratransferencia surgen - en el terapeuta como un resultado de la influencia en el paciente so bre los sentimientos inconscientes del terapeuta.

Hay que agregar, sin embargo, que así como la contratransferen-- cia puede ser responsable del fracaso en el tratamiento, un terapeu-- ta o entrevistador hábil puede darle un buen uso diagnóstico y tera-- peúutico.

Desde el punto de vista de la delimitación del concepto, se en--

cuentran grandes diferencias: algunos autores designan como contra--transferencia todo aquello que, por parte de la personalidad del entrevistador, puede intervenir en la cura; otros en cambio, limitan la contratransferencia sólo a los procesos inconscientes que el entrevistado provoca en el entrevistador; y otros más, como reacciones del terapeuta, especialmente dirigidas frente a la transferencia del sujeto.

Rapport:

La palabra rapport significa una relación cordial, afectuosa, de confianza, armoniosa, de aprecio y respeto mutuo que debe unir al terapeuta con el sujeto.

Es importante ya que va a ser producto del adecuado manejo de la capacidad empática; es básico y necesario para establecer una relación genuina de interés. Es una forma de comprensión hacia el sujeto que permite infundirle confianza y seguridad en sí mismo y en el terapeuta.

A través del establecimiento del rapport, el cual implica confianza, se puede obtener mayor información, con una mayor probabilidad de que sea veraz y confiable.

SEGUNDO CAPÍTULO

UNA GUIA PRACTICA (PROPUESTA

Antes de indicar las habilidades que se requieren para un psicodiagnóstico es necesario hacer algunas observaciones introductorias que convertirán el proceso diagnóstico en una perspectiva correcta.

Una de esas observaciones trata las preguntas de "cuándo" hace el terapeuta un diagnóstico y "cuánto tiempo" requiere para desarrollarlo. El proceso diagnóstico se inicia con la primera sesión de terapia, y dependiendo de la destreza de habilidades del terapeuta y de la complejidad de los problemas del paciente, puede tomar desde una hasta varias sesiones. Los practicantes expertos, usualmente pueden establecer un diagnóstico bastante completo y comenzar la intervención desde la primera sesión; los clínicos con menos experiencia naturalmente pueden invertir más tiempo para su psicodiagnóstico.

Será un error pensar que para hacer un diagnóstico se requiere de mucho tiempo y que éste debe de estar perfectamente establecido antes de iniciar la intervención. Después de una o dos entrevistas el practicante, usualmente tiene la suficiente información como para conceptualizar correctamente los problemas del paciente. Este cuadro diagnóstico se pule entonces conforme avanza la terapia y el paciente revela más información.

Otra observación será cuando la situación global de la terapia puede dictar cómo y cuándo usar las habilidades diagnósticas. Esto porque muchos terapeutas no disfrutan de los beneficios que proporcionan un paciente motivado y una situación de terapia claramente definida; y el psicodiagnóstico al igual que el tratamiento pueden ser dados en una forma que no sea la de libro de texto. Ésta es la realidad; es probable que las habilidades del terapeuta para el psicodiagnóstico tengan que ser adaptadas y dadas en forma innovadora debido a ciertas circunstancias difíciles.

A continuación deliberaremos y explicaremos las habilidades claves que se emplean durante el proceso diagnóstico.

2.1. LA RELACION TERAPEUTA-PACIENTE.

Una habilidad multifacética que figura en el primer plano de una sesión inicial y del comienzo del psicodiagnóstico es el establecimiento de una relación terapeuta-paciente que conduce a una psicoterapia efectiva. Esta guía práctica no propone una "relación standar", puesto que los terapeutas son usualmente más efectivos cuando usan sus propios y singulares atributos de personalidad que cuando imitan el estilo personal de un clínico "experto".

Sin embargo, existen condiciones que deberían caracterizar a los psicoterapeutas y existen además ciertas cualidades que son ampliamente aceptadas como clínicamente ventajosas, las mencionaremos a continuación porque son muy accesibles a la relación terapeuta-paciente.

2.1.1 Credibilidad.

La actitud del paciente y las condiciones de la relación que ayudan a determinar la elección de un terapeuta, es la credibilidad o la destreza.

Una vez que el paciente se haya sentido la conducta del terapeuta confirmará o contradirá la atribución preterapéutica del paciente en cuanto a destreza del terapeuta; en que el terapeuta sea activo y enérgico en sus intervenciones desde la primera sesión y que conduzca al paciente sensata y firmemente lleva a una exploración diagnóstica productiva del problema(s), y traerá como consecuencia, que el paciente se incline a pensar que el terapeuta está realmente interesado en él o ella, y lo más importante es que el paciente llega a percibir que el terapeuta es competente. Con este proceder del terapeuta se transmite un mensaje al paciente que es: "Estoy aquí para ayudarle a resolver sus problemas, sé como hacerlo así que vamos a empezar". Un mensaje como éste genera credibilidad.

2.1.2 Condiciones facilitadoras.

Más controversial que creíble, con lo cual la mayoría de los enfoques terapéuticos están de acuerdo, es el lugar de las condiciones facilitadoras

El terapeuta también demuestra interés y atención al cliente en alguna de las siguientes formas: prestando atención cuidadosamente a la conducta -- del cliente, preguntando frecuentemente para aclarar o para intervenir te rapeuticamente, recordando detalles personales del cliente y sus proble-- mas, usando el buen humor e intentando rápida y activamente ayudar al - - cliente a resolver problemas difíciles.

2.1.2.4 Autenticidad.

Ser genuino o auténtico es no ser falso, ni tratar de jugar papeles. Que sus comportamientos verbales y no verbales sean congruentes. Su comporta miento, en la relación terapéutica no necesita ser dramáticamente diferen te de la relación externa. Así, es probable que el terapeuta esté en de sacuerdo abiertamente con el cliente, le pida directamente aclaración - - cuando haya alguna confusión y responda al cliente preguntas sin titubear. Esta actitud requiere de autenticidad y a su vez, de honestidad.

2.1.2.5 Especificidad.

Se refiere al trabajo del terapeuta sobre problemas específicos del pacien te. La atención a los detalles es importante; el terapeuta preguntará de talles concretos (el qué, porque, cuando, dónde y cómo), de la experiencia del paciente. Algunos terapeutas concretos a menudo piden ejemplos especí ficos y guían al cliente a un examen comprensivo de éstas situaciones.

2.1.2.6 Confrontación.

Las confrontaciones se usan cuando el terapeuta detecta discrepancias:

- a) Entre que los clientes dicen y los que han dicho antes,
- b) Entre que los clientes comunican verbalmente y no verbalmente, y
- c) Entre la forma en que los clientes visualizan su problema y la forma en

dentro de la relación terapeuta-paciente. Estas condiciones son: empatía, respeto, calor humano, autenticidad, especificidad y confrontación; y por lo tanto son consideradas como indispensables para la relación terapéutica (Rogers, 1951) y (Carkhuff, 1969).

2.1.2.1 Empatía.

Es la habilidad para percibir acertadamente lo que otra persona está experimentando y comunicar esta percepción. El terapeuta empático estará atento no solo a las palabras de sus clientes sino a sus conductas no verbales, para así poder percibir apropiadamente sus sentimientos. Por medio de sus respuestas, el terapeuta empático hace saber a sus clientes que entiende los sentimientos positivos e incomodidades-emocionales que experimentan.

2.1.2.2 Respeto.

El respeto es evidente cuando el terapeuta indica una aceptación genuina y profunda del valor de los clientes, separada completamente de su comportamiento. El sólo hecho de la existencia de los pacientes justifica este -- respeto. El terapeuta respeta el derecho de los clientes para tomar sus - propias decisiones, aún si están en un error, ya que se puede aprender mucho fallando. Como terapeuta respetuoso, no están ni rechazando, ni sobre protegiendo, al contrario, alienta la independencia del cliente, la auto--- confianza y la seguridad en sí mismos.

2.1.2.3 Calor humano.

El calor humano se comunica al cliente por medio del uso apropiado de sonrisas, tacto y otros gestos no verbales de estimación, así como comentarios positivos de interés y afecto por el cliente.

que el terapeuta lo visualiza. Las confrontaciones requieren valor, sin embargo, están dentro de las armas más poderosas y valiosas del terapeuta.

Carkhuff, (1969), ha descrito los niveles de las estrategias de confrontación, que varían desde los suaves hasta frontalmente auto-afirmativas. Sin embargo, se aconseja que se haya establecido una buena relación terapeuta-paciente, antes de que se use las confrontaciones de más alta jerarquía.

Tres cualidades adicionales son importantes para establecer una buena relación: mostrarse, el uso del humor y un estilo activo-directivo.

2.1.3 Paso por paso en la primera sesión.

En la primera entrevista existe una rutina, luego de observar la secuencia detalladamente, intente que el proceso sea automático para que no lo esté -- pensando. Cuando mejor funciona, es cuando lo sabe suficientemente bien como para hacerlo de memoria y a la vez poderse desviar de él sin temor a perderse.

Paso 1: Recopile los datos rutinarios.

Obtenga del paciente sus datos personales:

- Nombre, edad, dirección, teléfono, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, quien lo refirió, etc.

Paso 2: Si es posible determine el problema.

Simplemente pregunte: ¿Cómo puedo ayudarle? ó ¿Cuál parece ser el problema? ó ¿Qué puedo hacer por usted?. Puede demorar una entrada tan directa por unos momentos, comentando sobre el clima un acontecimiento noticioso o sobre el buen gusto que tiene para vestir su paciente. Y después de estos detalles, vaya al grano y trate de averiguar el problema del paciente o por el -

momento cuál es la situación por la que se siente perturbado. En esta fase, estará atento en cuanto a los problemas reales de la vida, el tipo de problemas por los cuales solemos preocuparnos, Respecto al fracaso de ciertos logros, el rechazo de personas significativas o la tendencia de culparse a sí -- mismos o a otros.

Deje que el paciente hable no puede averiguar estos hechos importantes si usted domina la conversación. Para entonces, -- tendrá alguna idea de una parte del problema y podrá hacer recomendaciones al respecto.

Paso 3: Haga preguntas.

Si usted quiere saber cuál es el problema, pero a menudo el - paciente divaga tanto y expone tantos problemas que podrían - desorientarlo, evítelo, más vale que tome el mando y haga preguntas. Averigüe quién está involucrado en el problema, cuando ocurre, bajo que circunstancias y como reacciona el paciente ante el problema. En raras ocasiones, es importante hacer una excepción. Cuando tenga la sensación de que su paciente desea descargar y ventilar su problema, quédese callado, pongase cómodo en su silla y deje que su paciente desahogue esos sentimientos.

Paso 4: Seleccione un problema.

La mayoría de la gente tiene un número de problemas emocionales y circunstanciales, todos al mismo tiempo. Cuando entran a consulta tiene una fuerte tendencia a platicarle acerca de un problema y otro y presentan una lista de quejas que no cesarán si usted no las para. Pídale que no siga con todos los problemas que se le ocurran, sino que decida cual de todos es el que más le angustia y al cual quiere que usted se dirija.

Paso 5: Formule la dinámica.

Después de que haya seleccionado un problema como objetivo, intente obtener una comprensión clara (por lo pronto para usted) en cuanto a qué es lo que está pasando. Ya que usted quiere de ser posible, hacer una afirmación coherente acerca de que es lo que está causando la angustia del paciente. Esta formulación personal generalmente será incompleta. Sin embargo, no sea tímido con respecto a alcanzar una hipótesis. Si usted no tiene idea de cuál es el problema que hace que el paciente se perturbe y cómo encaja probablemente este problema en los patrones usuales de su vida, sencillamente usted no sabrá si esta siendo adecuado y útil.

Paso 6: Informe su forma de trabajo.

Es importante que el paciente se entere de la forma en que un terapeuta trabaja, hágalo en forma sencilla y clara, para que el paciente comprenda la dinámica de la terapia, identifique el rol que van a desempeñar tanto el terapeuta como el paciente y se comprometa ya que se encuentra frente a un trabajo profesional.

Paso 7: Resumen y Examen.

Ya cuando le haya presentado a su paciente una nueva visión de su problema (su información), pídale que le diga si lo que usted ha estado diciendo es correcto. Esta es la retroalimentación que usted desea para evaluar su comprensión del problema. En esta forma los puntos claves de la sesión pueden solidificarse y cualquier mal entendido puede ser aclarado.

Paso 8: Asigne tarea.

"Ver es creer". Esta es la base para asignarle la tarea a su paciente. Una forma más exacta de expresar esto sería: "experimentar es creer". Sin embargo, en algunos casos no es necesario tener prueba alguna de que una situación es nociva o no. En ocasiones, la razón es todo lo que se necesita, pero la gente a menudo se convence más por una prueba que por la razón, y es por eso que se le asignan tareas.

Sin embargo, junto con la asignación de tarea es importante hacer que los pacientes se premien o se castiguen de acuerdo a qué tan bien realizaron su tarea, con esto su ejecución será reforzada o en su defecto castigada. La asignación de tareas, incluyen también pruebas psicológicas (si cree que pueden ayudar al psicodiagnóstico), o si no está entrenado en psicometría puede recurrir a la aplicación de cuestionarios e inventarios conductuales para una mejor evaluación. J.R. Cautela (1976), tiene diferentes formas de evaluación conductual para la intervención clínica las divide en cuatro tipos: las generales, las de proceso, las técnicas y las específicas para llegar a un análisis conductual completo.

Paso 9: Programe citas futuras.

De acuerdo con los resultados de la primera entrevista, estructure la hora y la frecuencia en que su paciente asistirá para continuar la evaluación e iniciar el tratamiento en el caso de ser necesario. Este paso lo puede hacer explicando sus razones y tomando en cuenta la opinión del paciente.

Estos serían los nueve pasos que se deben tomar en cuenta para la primera entrevista y a partir de ellos se rijan las siguientes sesiones, ya sea para obtener un buen psicodiagnóstico o a partir de éste se inicie tratamiento para dar solución a la problemática que se le presente al paciente.

2.1.3 Evaluación

Para evaluar la Gufa Práctica, el procedimiento que se debe seguir es muy sencillo. Bajo una lista de cotejo se verificará que las cualidades, condiciones facilitadoras, y, los 9 pasos de la entrevista se lleven a cabo.

TERCER CAPITULO

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA ENEP ZARAGOZA.

A) OBJETIVOS GENERALES.

Los objetivos generales se plantean a dos niveles: Nivel Institucional y Nivel Estudiantil.

1. NIVEL INSTITUCIONAL

- 1.1. Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica -- que permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta comprometido con la solución de los problemas nacionales.
- 1.2. Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
- 1.3. Propiciar situaciones que permitan detectar formas completas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
- 1.4. Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar - las técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficacia de la carrera de psicología, para formar profesionales de utilidad (para el desarrollo nacional).

2. NIVEL ESTUDIANTIL

- 2.1. Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.
- 2.2. Desarrollar las habilidades que permitan aplicar en la práctica - los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante su carrera.
- 2.3. Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferen-

tes dimensiones de un concepto dado.

b) OBJETIVOS PARTICULARES (NIVEL ESTUDIANTIL).

- 2.1.1. Analizará y definirá un problema de investigación y aplicación.
 - 2.1.1.1. Dada una situación psicológica problemática delimitará un problema de investigación y aplicación.
 - 2.1.1.2. Dado un caso de intervención psicológica analizará el problema de investigación y aplicación que se pretende abordar.
- 2.1.2. Diseñará un modelo de investigación y aplicación.
 - 2.1.2.1. Planteará una hipótesis de trabajo.
 - 2.1.2.2. Definirá las variables dependiente e independiente a estudiar.
 - 2.1.2.3. Describirá las técnicas que utilizará para controlar las variables extrañas y pertinentes a su investigación y aplicación.
 - 2.1.2.4. Especificará los criterios e instrumentos de medición que empleará en la cuantificación del fenómeno estudiado.
 - 2.1.2.5. Establecerá el diseño más adecuado para analizar la relación entre variables que se proponen.
 - 2.1.2.6. Determinará las estrategias a seguir para controlar las variables situacionales.
 - 2.1.2.7. Diseñará o seleccionará el instrumental y equipo requerido.
- 2.2.1. Implementará un modelo de investigación y aplicación.
 - 2.2.1.1. Dispondrá las condiciones situacionales requeridas para el desarrollo del trabajo.

- 2.2.1.2. Implementará las condiciones situacionales de la manera especificada en su diseño.
- 2.2.1.3. Utilizará los instrumentos de observación y registros previamente diseñados o seleccionados.
- 2.2.2. Analizará un conjunto de datos de investigación y de aplicación.
 - 2.2.2.1. Seleccionará la forma más adecuada para la representación de sus resultados.
 - 2.2.2.2. Procesará sus datos con la ayuda de las herramientas estadísticas que más se ajusten al tipo de diseño utilizado.
 - 2.2.2.3. Identificará los diferentes tipos de relaciones entre variables detectables a partir de sus datos.
 - 2.2.2.4. Interpretará los resultados de las pruebas estadísticas empleadas en el análisis de sus datos.
- 2.3.1. Interpretación de los resultados.
 - 2.3.1.1. Contrastará los resultados obtenidos con la hipótesis planteada en el trabajo.
 - 2.3.1.2. Relacionará sus resultados con los obtenidos en trabajos previos.
 - 2.3.1.3. Derivará las consecuencias teóricas y aplicadas de sus resultados.
 - 2.3.1.4. Especificará el nivel de generalidad de sus resultados.
 - 2.3.1.5. Formulará nuevas interrogantes o sugerencias sobre el mismo tema considerado.
- 2.3.2. Elaborará un reporte formal de su investigación de acuerdo a los modelos convencionales en el área.

3.2 OBJETIVOS DE LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS.

OBJETIVOS GENERALES.

- Promover y conservar la salud de la población universitaria para lograr el máximo desarrollo de sus capacidades físicas, mentales y sociales.
- Contribuir a promover y conservar la salud del mexicano, colaborando con las autoridades competentes.

OBJETIVOS PARTICULARES.

- Prevenir la aparición de enfermedades susceptibles de evitarse dentro de la población estudiantil universitaria.
- Proporcionar atención médica de consulta externa a la población estudiantil universitaria.
- Mejorar el medio ambiente de la población estudiantil universitaria, controlando las condiciones sanitarias de las instalaciones, la potabilidad del agua, la correcta disposición de basura, el manejo de los alimentos, el control de plagas y ambientes nocivos
- Conocimiento de los principales problemas de salud de la población universitaria y de su causalidad, investigando la variabilidad biológica, cultural y social de tales fenómenos.

3.3 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR DE LA ESCUELA "ARQUELES VELA"

- Contribuir al mejoramiento de la Salud Integral de la población escolar asistente a la escuela "Arqueles Vela" .

- Contribuir así mismos, a la modificación, en lo posible de los factores socioeconómicos y culturales que afectan la salud y el aprendizaje de los escolares.
- Participar en la preparación profesional de pasantes de diversas carreras en su Servicio Social.
- Estudiar los problemas emocionales de conducta del aprendizaje que presentan los alumnos investigar los factores familiares que influyen en dichos problemas y promover su modificación.
- Dar oportunidad a los pasantes de conocer y estar en contacto con los -- problemas médicos, psicológicos y sociales de nuestra población.

3.4 SUBPROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD.

OBJETIVOS.

- Contribuir a promover, elevar y mantener un adecuado estado de salud de la población escolar de la Escuela Primaria "Arqueles Vela".
- Contribuir, de la misma manera, a la modificación de los factores socioeconómicos, culturales y familiares que afectan la salud de los escolares, creando y manteniendo hábitos benéficos para la salud individual y colectiva.
- Poner en práctica los conocimientos sobre educación para la salud de los pasantes en Servicio Social que integran el equipo de salud.
- Difundir los conocimientos elementales en materia de salud a la población escolar.

- Concientizar a la población escolar y a los integrantes de su medio-familiar sobre su actual problemática de salud.
- Participar en la formación de Promotores de Salud, que se seleccionarán entre el grupo de maestros, padres de familia y alumnos.
- Motivar la participación activa de la población escolar y de los integrantes de su medio familiar.
- Disminuir los problemas de conducta, aprendizaje y deserción escolar.
- Mejorar las condiciones de nutrición de los escolares y de los integrantes de su medio familiar.
- Disminuir la contaminación ambiental.
- Prevenir la inadaptación social, la delincuencia y las toxicomanías.
- Prevenir la problemática sexual (incesto, estupro, aborto, etc.).
- Abatir los índices de morbi-mortalidad en relación a las 10 principales causas.
- Mejorar las relaciones Maestro-Alumno, Padre-Hijo, y de todos éstos, con el equipo de salud.

3.5 OBJETIVOS PERSONALES DEL PASANTE.

- Ofrecer un servicio profesional para la población atendida de acuerdo con la formación académica recibida.
- Enfrentar la solución de problemas reales bajo los lineamientos teóricos ofrecidos por la ENEP Zaragoza.
- Detectar problemas conductuales de acuerdo a un sistema de diagnóstico - adecuado a la problemática tratada.
- Elegir un tratamiento adecuado de acuerdo al trastorno conductual detectado.
- Desempeñar labores propias del campo de la psicología sin la asesoría -- permanente de un profesional del área.

CUARTO CAPÍTULO

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

4 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION.

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS.

La dirección General de Servicios Médicos tiene su origen en el "Servicio Médico Universitario", creado por propuesta del Dr. Samuel Ramírez Fioreno en el año de 1943, cuando era secretario general de la Universidad Nacional Autónoma de México. Este servicio tenía la responsabilidad de promover y conservar la salud de la población estudiantil, su primer director fue el Dr. Arturo de los Ríos Bach. Físicamente estaba ubicado en la calle del licenciado Verdad No. 3; en la Calle de Justo Sierra No. 16 funcionaba en forma independiente un consultorio que se encargaba de la atención médica en forma exclusiva para los empleados de la Universidad. El personal consistía en dos médicos, seis enfermeras, cinco practicantes, cuatro mozos, una secretaria y un conserje.

En el año de 1947, siendo director del servicio el Dr. Felipe -- Aceves Zubieta, cambio su domicilio a las calles de la Plama No. 405, en el tercer piso. En ese entonces se fusionaron ambos servicios, para estudiantes y empleados, y se estableció la consulta especializada. Ahí permaneció hasta el año de 1953, cuando su director el Dr. Luciano Huerta Sánchez, se trasladó a la Av. Yucatán No. 71 y cambio su nombre al de Centro Médico Universitario. Se adquirió entonces una ambulancia para el traslado de enfermos y se efectuó una ampliación de los servicios en forma subrogada con establecimientos particulares para la realización de exámenes de laboratorio clínico y estudios radiográficos.

El Centro Médico Universitario cambio su domicilio a Ciudad Universitaria en el año de 1956, ocupando entonces, parte del edificio de oficinas administrativas No. 2, en donde se encuentran centralizadas todas las actividades con excepción de radiología clínica. Las necesidades médicas y --

educativas así como la evolución de los conceptos, plantearon la necesidad de establecer los servicios que complementarían la medicina curativa, dando origen a la concepción del proyecto del Centro de Salud, que se comenzó a -- construir en el emplazamiento señalado para Hospital dentro de la Ciudad Universitaria bajo la asesoría de los Doctores Miguel E. Lustamente, Rubén Vasconcelos, y Jorge Derbéz Muro; el edificio quedó terminado en 1960.

Al año siguiente fueron nombrados director el Dr. Pedro Ramos y Ramos y Subdirector el Dr. Gabriel Díez de Urdanivía y Mora. A partir de -- esa fecha el Centro no solo se concentró al cuidado urgente y cotidiano de -- la población universitaria, sino también se orientó a informarla del papel -- que juega la ciencia médica en toda persona y su ambiente, en beneficio de -- cada individuo y como miembro de la comunidad individuo y sociedad designias fundamentales de nuestra Casa de Estudios.

Para llevar a cabo está tarea se implantaron las siguientes funciones además de las ya establecidas:

- a) Educación Higiénica y en General.
- b) Prevención específica de determinadas enfermedades.
- c) Detección de etapas subclínicas de enfermedades que tienden a la cronocidad.
- d) Prevención de complicaciones, recaídas y padecimientos y atrogénicos en el enfermo.
- e) Detección oportuna de los índices de cualquier tipo de invalidéz específica ya sea somática, mental o social.

En el año de 1962, el Subdirector Médico, Dr. Gabriel Díez de Urdanivía y Mora, queda como encargado del despacho de la Dirección y se efectúa una amplia aplicación de los programas con:

- a) Campaña Antituberculosa.
- b) Investigación epidemiológica sobre diabetes e hipertensión arterial.
- c) Medicina Deportiva.

e) Odontología Deportiva.

Para 1963, al ser incorporado al ISSSTE el personal tanto académico como administrativo de la Universidad, las funciones del Centro de Salud, vuelven a su orientación original: Promover y conservar la salud del estudiante con objeto de que pueda desarrollar al máximo sus capacidades físicas e intelectuales. Ese mismo año se instalan consultorios para atender urgencias médicas en los planteles siguientes:

- a) Plantel No. 1, Gabino Barrerada, de la Escuela Nacional Preparatoria.
- b) Plantel No. 5, Coapa, de la Escuela Nacional Preparatoria.
- c) Escuela Nacional de Ciencias Clínicas.
- d) Facultad de Filosofía y Letras.

En el año de 1965, es nombrado Director Médico el Dr. Gabriel - Diez de Urdanivia y Mora; la dependencia cambia nuevamente su denominación a la de Dirección de Servicios Médicos. También cambia de denominación y - plante física a la de Centro Médico Universitario. En este año se integra una sección de trabajo social.

En 1966 el departamento de psicopedagogía es desincorporado de la Dirección de Servicios Médicos y pasa a depender de la Dirección de Orientación y Servicios Sociales.

La integración del Departamento de Saneamiento Ambiental de la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Dirección de Servicios Médicos, fué decretada en el año de 1967, mismo en que se efectúa también la - integración de la Unidad Administrativa de la Dependencia. Se obtiene la prestación social del 40% de descuento en la compra de medicamentos en beneficios del personal académico y administrativo.

Dos años después en 1969, la Dirección de Servicios Médicos es elevada al rango de Dirección General de Servicios Médicos.

En 1970 ocupa la dirección el Dr. Rigoberto Viera Llamas y en el año de 1973 es nombrado director el Dr. Alfredo Heredia Duarte, maestro en Salud Pública. En ese año se introducen las funciones de docencia con base en las instrucciones del Sr. Rector, para que ésta dependencia coordinara -- sus esfuerzos con la Facultad de Medicina y así colaborará en ciertas áreas del campo de la docencia (Plan Experimental de Enseñanza de Medicina General Integral conocido como Plan A-36 para la Carrera de Médico Cirujano) y con diversas escuelas y facultades de la UNAM para el desarrollo del Servicio Social en los sitios estipulados por las propias escuelas y facultades así como con el personal de base de la propia dependencia. Además siguiendo también instrucciones de la rectoría, se inician programas de investigación epidemiológica, tendientes a conocer el estado de salud de la población estudiantil y del pueblo mexicano en general. Estas observaciones se consideraron indispensables para orientar a mediano y largo plazo, las actividades de la Dirección General de Servicios Médicos.

Otras de las prestaciones para apoyo de las actividades de asistencia médica obtenidas en ese año, fué la administración de lentes a bajo costo a estudiantes y en forma gratuita al personal administrativo y académico de base. Se separa el Departamento de Medicina del Deporte para integrarse a la Dirección General de Actividades Deportivas y Recreativas.

En el año de 1974, se realizaron las primeras jornadas internas del trabajo, y en 1975, el Séptimo Congreso Internacional de Higiene y Medicina Escolar y Universitaria, en colaboración con la Unión Internacional de Higiene y Medicina Escolar de la Secretaría de Educación Pública.

En 1976 se crean los Servicios de Hematología e Inmunología. Se forma también la Sociedad Mexicana de Salud Escolar a Nivel Superior.

El Dr. Lázaro Benavides Vázquez, graduado en Salud Pública en los Estados Unidos de Norteamérica asume la Dirección al inicio del año de

1977. Se efectúa entonces una reestructuración orgánica y funcional de la dependencia para reforzarla como unidad de apoyo a la docencia, investigación y difusión de la cultura y contribuir con otras estructuras universitarias al logro de un mejor nivel académico del estudiante y del maestro; a un mejor desempeño de sus obligaciones a los empleados, trabajadores y funcionarios y también a la formación de una personalidad evolutiva del profesional que egresa, al promover y mantener la salud de toda la comunidad en general y del individuo en particular fomentando en ellos una actitud de influencia positiva hacia la sociedad en que viven.

Para el desarrollo adecuado de sus programas, se organiza la Dirección General en cuatro departamentos:

- Medicina Preventiva.
- Asistencia Médica.
- Mejoramiento del Ambiente.
- Estudio Sociomédicos.

Y en cuatro Coordinaciones:

- Trabajo Social.
- Enfermería.
- Bioestadística.
- Biblioteca.

Así como se refuerza la Unidad Administrativa.

Se emplean técnicas didácticas modernas para la actualización e impulso al adiestramiento y capacitación del personal en todos los niveles.

Se establecen como actividades anuales institucionalizadas las jornadas internas de trabajo.

En los años de 1978 y 1979, se crean las oficinas de Información

y Relaciones Públicas, de Higiene Mental, de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias y la de Ginecología. El Departamento de Asistencia Médica, como consecuencia de la ampliación de su cobertura y diversificación de Servicios se subdividió en dos áreas, una en Ciudad Universitaria con sede en el Centro Médico Universitario y la otra en planteles periféricos.

Implantándose los puestos de médico responsables de cada uno de los planteles del C.C.H. y médicos coordinadores en los planteles de la Escuela Nacional Preparatoria; se logra la integración de los servicios médicos a los planteles de la ENEP Cuautitlán, de la ENEP Acatlán; se modifica el examen médico de primer ingreso en base a un sistema computable y se integra también a la oficina de Comunicación Gráfica y Audiovisual.

A partir de 1980, la Dirección General de Servicios Médicos ha iniciado los estudios necesarios para dar cobertura y atención médica en forma sistemática y permanente a las comunidades estudiantiles, de la ENEP Zaragoza, Aragón y Acatlán, así se complementarían los servicios de vigilancia a la salud en el ámbito universitario.

4.2 FUNCIONES DE LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MÈDICOS. *

"Para lograr un buen desarrollo integral de la población universitaria, la Dirección General de Servicios Médicos, desempeña varias funciones y entre ellas están las siguientes:

- Atención del estudiantado universitario y evitar que la enfermedad avance y impedir sus complicaciones.
- Aplicación de medicina preventiva.
- Promover y dirigir actividades de orientación e información, a la comunidad estudiantil.
- La realización de campañas sanitarias.
- La realización de estudios sociomédicos.
- Dar capacitación y adiestramiento al personal en todos sus niveles con el propósito de profundizar en el conocimiento, e instrumentar después, la solución de los problemas de salud de la comunidad a la cual se le presta atención.
- La difusión de conocimientos básicos sobre la salud y promover la formación más adecuada de la personalidad del estudiante.
- La elaboración y realización de programas de evaluación médica continua en coordinación con los demás departamentos dirigidos al personal de la dependencia."

* Manual de la Dirección General de Servicios Médicos (1980-81).

4.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESCUELA PRIMARIA PROFESOR "ARQUELES VELA S."

Dicha escuela se encuentra establecida en un terreno que fue donado a las religiosas (se ignora la orden) en el año de 1952 por el señor Licenior Arvide.

La extensión del terreno es de tres hectáreas y en este mismo año se iniciaron los trabajos de construcción.

Los fondos con los que se llevaron a cabo los trabajos fueron el producto de las aportaciones dadas por padres de familia y colonos. Una vez terminada la edificación, la aportación del mobiliario corrió a cargo de diversas instituciones.

Hasta el año de 1972 las actividades docentes fueron realizadas por las religiosas y normalistas voluntarias. En estas mismas fechas la cuota por niño era de \$1.00 semanal, además de una cuota de inscripción.

En ese mismo año las religiosas solicitaron la incorporación de la escuela a la Secretaría de Educación Pública. En cuanto a cuestiones administrativas legales la renta del establecimiento era de \$7,500.00 mensuales el monto de la actual es de \$10,500.00.

En 1972 la escuela contaba con 12 aulas, en el período 73 a 74 se aumentaron dos más, y en 1975 ya existían 19 aulas. Actualmente el plantel cuenta con 23 aulas, un teatro, un consultorio odontológico, un consultorio médico y psicológico, dos oficinas para el personal administrativo, cuatro sanitarios y una bodega. El patio de recreo se encuentra dividido; división que está dada por la porción del mismo que se encuentra pavimentado y la otra es tierra suelta.

La escuela se localiza en la Calle Escuadrón 201 No. 144, Col. -
Las Victorias conocida también como Cristo Rey, México, D. F., en la zona ---
suburbana de la Delegación Política Alvaro Obregón y la clave de la escuela
es 31-428-21-11-X.

QUINTO CAPITULO

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ATENDIDA

5 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

El Servicio Social fue realizado en el Distrito Federal, específicamente en la Delegación Alvaro Obregón. Los terrenos que actualmente constituyen esta Delegación formaban el barrio de Tenantla. Se cree que en 1554 cuando el gobernador Don Juan de Guzmán realizó el repartimiento del barrio, éste se constituyó como el pueblo llamado San Angel.

En 1931 por decreto presidencial se le da el nombre de Villa Alvaro Obregón, en honor al presidente asesinado.

La Delegación comprende 100 colonias, colindando con las delegaciones: Miguel Hidalgo al norte; con Tlalpan y Contreras al Sur; con Benito Juárez y Coyoacán al oriente; y con Cuajimalpa de Morelos al Poniente. Su terreno es irregular, quebradizo y montañoso, por vertientes de las Sierras de las Cruces.

La superficie de la Delegación Alvaro Obregón comprende 84.5 km², calculándose una población residente de 1,600,000 habitantes. Con una densidad de la población de 19,274 habitantes por km². Su altitud aproximada es de 2,317 m. sobre el nivel del mar, en sí se encuentra situada en la parte oeste del Distrito Federal a nueve Km² del centro de la Ciudad de México.

La Delegación tiene un área de urbanización que comprende el 87.6% de su extensión total y el 12.4% es un área no urbanizada.

La población económicamente activa (1970) es de 500,410 habitantes, o sea el 30.7% de la población total de la delegación.

Los siguientes cuadros nos muestran datos de la población referente a su edad y sexo, los núcleos de familia, población económicamente ac

tiva, por rama de actividad, vivienda, materiales empleados en la construcción de la vivienda y educación.

Población por grupo de edad y sexo (1979).

| Grupo | No. Real de la Población | H A B I T A N T E S | | % Total |
|-------|--------------------------|---------------------|------------------|----------------|
| | | Hombres | Mujeres | |
| 0-4 | 267320 | 136333.2 | 130986.8 | 16.4 |
| 5-9 | 249390 | 126690.12 | 122699.88 | 15.3 |
| 10-14 | 208640 | 103485.44 | 105154.56 | 12.8 |
| 15-24 | 259040 | 155619.36 | 103420.64 | 20.8 |
| 25-34 | 211900 | 101288.2 | 110611.80 | 13.0 |
| 35-44 | 1459740 | 75716.76 | 84023.24 | 9.8 |
| 45-54 | 94490 | 46747.3 | 47742.7 | 5.8 |
| 55-.. | 603241 | 43450.91 | 559790.09 | 6.1 |
| | | | T O T A L | 100.00% |

Núcleo de Familia (1979).

| | | | |
|-------------|-------|--------|--------------------------------|
| nacimientos | 3,441 | 5.4 % | En relación total - al D.F. |
| Defunciones | 390 | 32.3 % | " " " |
| Matrimonios | 794 | 4.8 % | " " " |
| Divorcios | 25 | 2.8 % | " " " |

Población Económicamente Activa por Rama de Actividad (1979).

| RAMAS DE ACTIVIDAD | POBLACION | % |
|---|-------------------|-----------------|
| a) Agricultura, ganadería, silvicultura, caza, pesca. | 9,507.79 | 2.0 |
| b) Industria de Petróleo. | 1,000.82 | .2 |
| c) Industria Extractiva. | 2,502.05 | .5 |
| d) Industria de Transformación. | 140,114.80 | 28.8 |
| e) Construcción. | 48,039.36 | 9.1 |
| f) Energía Eléctrica. | 3,002.46 | .6 |
| g) Comercio | 56,045.92 | 12.2 |
| h) Transporte | 18,014.76 | 3.6 |
| i) Servicios | 186,152.52 | 38.0 |
| j) Gobierno. | 24,520.09 | 5.0 |
| T O T A L : | 488,900.57 | 100.00 % |

Vivienda (1979).

| TIPO DE VIVIENDA | | % |
|------------------------|-----|--------------|
| a) Jacal. | 0 | 0 |
| b) Cuarto de vecindad. | 12 | 6 |
| c) Cuarto de casa. | 41 | 22 |
| d) Departamento. | 0 | 0 |
| e) Casa ó Condominio. | 137 | 72.1 |
| f) Otra. | 0 | 0 |
| TOTAL: | | 100 % |

Materiales empleados en la construcción de la vivienda en la Delegación Alvaro Obregón.

| Paredes | % |
|-------------------|-----|
| - Cartón | 0 |
| - Lámina | 5 |
| - Madera | 6 |
| - Adobe | .5 |
| - Tabicón | 79 |
| - Otros | 9.3 |
| T O T A L : 100 % | |

| Piso | % |
|-------------------|------|
| - Tierra | 35.5 |
| - Cemento | 60.5 |
| - Mosaico | 3.0 |
| - Madera | .50 |
| - Alfombrado | .50 |
| - Otros | 0 |
| T O T A L : 100 % | |

Educación.

- Analfabetismo (1977)

Analfabetos 424,267 habitantes.

Analfabetos 57,526 habitantes.

- Número de Planteles.

Prescolar 49

Media Básica 25

Elemental 172

Superior 4

- Número de Maestros.

5,604

- Número de Bibliotecas.

5

La Delegación Alvaro Ogregón cuenta con los siguientes medios de comunicación; una administración de telégrafos, una sucursal de teléfonos y seis administraciones, además de varias líneas de transporte como son: parte de la línea 1 y 3 del metro, autobuses, peseros y taxis.

Dentro del perímetro de la Delegación existen varios servicios a nivel de Salud, Educación y Públicos.

SEXTO CAPITULO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

6 ACTIVIDADES DESARROLLADAS.

El Servicio Social se llevo a cabo en la Dirección General de Servicios Médicos en el período comprendido del 10. de febrero de 1981 al 31 de enero de 1982, con un horario de 15.00 a 18.00 horas de lunes a viernes.

Las actividades desarrolladas durante el Servicio Social formaron parte de un programa de Salud Integral que se llevaba a cabo en una escuela primaria dependiente a la Secretaría de Educación Pública y que lo formaban un grupo multidisciplinario integrado por médicos, odontólogos, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras.

La escuela trabaja en dos turnos: matutino y vespertino; abarca todos los grados primarios, con un total de 1,600 niños de ambos sexos divididos prácticamente en 800 alumnos para cada turno. En realidad, aunque se trata de una sola planta física, puede aceptarse que se ha manejado dos planteles. La dirección y el personal docente de cada turno han brindado amplia cooperación en los diversos aspectos del programa respectivo, desde luego similar para ambos.

El desarrollo de las actividades de los pasantes se ha realizado en base a historias clínicas (médica, odontológica y psicológica) y tests psicológicos, así como hojas de registro de actividades diarias y mensuales.

La canalización de casos hacia las instituciones médicas para su atención especializada, se ha conseguido con la ayuda de las trabajadoras sociales.

La permanencia de los pasantes de las diversas carreras adscritas al programa, en la escuela, cumpliendo con su servicio social, les ha per-

mitido estar en contacto con la realidad económico-social de una población suburbana y con la patología propia de esos grupos humanos.

Las acciones educativas dirigidas a los grupos se han desarrollado contando con la colaboración de la Jefe de la Oficina de Educación para la Salud del Departamento de Medicina Preventiva de la Dirección General de Servicios Médicos. Las bases técnicas para que los pasantes cumplieran -- con mayor eficiencia y efectividad tan importante función se establecieron gracias a haberse realizado permanentemente un taller de educación para la salud.

Con la participación activa del Comité de Salud de la escuela, se efectuaron dos jornadas de saneamiento ambiental para mejorar las condiciones sanitarias del plantel. El personal de la Dirección General de Servicios Médicos en dos ocasiones presentó obras teatrales tanto para los -- maestros como para los alumnos, orientados a promover su interés y colaboración hacia la salud. Los alumnos acuden al Servicio Médico Odontológico y Psicológico, con mayor espontaneidad y confianza. Y en cuanto al personal docente de la escuela, puede decirse que ve con agrado y apoya decididamente las acciones del programa.

Los exámenes psicológicos, a los niños que presentaron algún problema, se han complementado con entrevistas con sus padres, tratando de conocer a través de un cuestionario, la dinámica familiar existente como posible factor del problema; aprovechando además su presencia para proporcionarles orientación y apoyo. Esa labor, por muy diversas circunstancias no es fácil.

Asimismo, se ha aplicado un cuestionario a los maestros, con el -- propósito de conocer su actitud hacia los alumnos y fomentar buenas relaciones entre ambos. Es indudable que la labor de los profesores en especial en medios como éste, en el que concurren muchas circunstancias poco favorables, es muy difícil. Con frecuencia resuelven los problemas adecua

damente, pero en otras ocasiones, eluden la responsabilidad de la educación de los niños, solicitando el cambio de grupo del menor.

Por último las relaciones adecuadas entre los propios alumnos, se han promovido mediante juegos, convivencias, trabajos en equipo, etc.

A continuación se enumeran las actividades realizadas.

- Historias Clínicas 800.
- Cuestionarios a Padres de Familia 800.
- Cuestionarios a Profesores 18.

Cada una de estas tres actividades comprendía la aplicación de una entrevista o un cuestionario estructurado y se aplicó bajo la técnica de entrevista.

- Aplicación del test Bender 135.
- Aplicación del test Goodenough 135.
- Calificación y codificación de los datos obtenidos en las actividades antes mencionadas.
- Realización de los cuadros pertinentes de los resultados de la actividad anterior por actividad, por grupo y resultados generales.
- Asesoría a los padres de familia.
- Terapia del Lenguaje.
- Aplicación del Examen Médico de Primer Ingreso en la Facultad de Ciencias de la generación 82 turno vespertino a 1500 alumnos.

SEPTIMO CAPITULO

RESULTADOS

7 RESULTADOS

A continuación se presentan diversos cuadros que dan a conocer -- las actividades realizadas.

El primer cuadro presenta un total de doscientos quince alumnos - de primer año y de otros grados escolares que fueron examinados: 169 (el 78.6%) fueron de primer grado y 46 (el 21.4%) de otros grados, estos últi mos, enviados a la consulta por los profesores debido a que a su juicio - presentaban algún problema psicológico.

Alumnos examinados psicológicamente . Programa de Salud Escolar, Primaria Prof. "Arqueles Vela S." (febrero a junio de 1981).

| ALUMNOS | S E X O | | | | T O T A L | |
|--------------|----------|------|-----------|------|-----------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | Núm. | % |
| | Núm. | % | Núm. | % | | |
| Primer Grado | 71 | 33.0 | 98 | 45.6 | 100 | 78.6 |
| Otros Grados | 18 | 8.4 | 28 | 13.0 | 46 | 21.4 |
| T O T A L : | 89 | 41.4 | 125 | 58.6 | 215 | 100.0 |

Resultado del examen psicológico en alumnos de primer grado según sexo. -- Programa de Salud Escolar, Primaria Prof. "Arqueles Vela S." (febrero a junio de 1981).

| Resultado | S E X O | | | | T O T A L | |
|------------------------------|----------|------|-----------|------|-----------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | Núm. | % |
| | Núm. | % | Núm. | % | | |
| Con problemas psi cológicos. | 58 | 34.8 | 81 | 47.9 | 139 | 82.2 |
| Aparentemente sa- nos. | 13 | 7.7 | 17 | 10.1 | 30 | 17.8 |
| T O T A L : | 71 | 42.0 | 96 | 58.0 | 169 | 100.0 |

El resultado del examen psicológico a los alumnos de primer grado, a quien se les elaboró historia clínica y se les aplicaron pruebas psicológicas aparecen en el cuadro anterior; el 82% o sea 139 niños, presentaron algún problema, y el 17.8% o sea 30 niños, fueron diagnosticados como aparentemente sanos.

Los problemas psicológicos encontrados fueron inmadurez visomotora, problemas emocionales y de aprendizaje, retardo intelectual y probable daño orgánico.

En el siguiente cuadro de los 169 niños de primer grado, aparecen el número de problemas por cada alumno examinado, por sexo; dicho número osciló entre uno y cuatro problemas por niño, teniendo el mayor porcentaje aquéllos que acusaron dos problemas (35.6%).

Frecuencia de problemas psicológicos por alumno* según sexo. Programa de Salud Escolar. Primaria Prof. "Arqueles Vela S. (Febrero-junio 1981).

| FRECUENCIA | S E X O | | | | T O T A L | |
|-------------------|----------|------|-----------|------|-----------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | | |
| | Núm. | % | Núm. | % | Núm. | % |
| Con 4 problemas | 5 | 2.9 | 12 | 7.2 | 17 | 10.1 |
| Con 3 problemas | 14 | 8.2 | 17 | 10.1 | 31 | 18.3 |
| Con 2 problemas | 25 | 14.8 | 35 | 20.8 | 60 | 35.6 |
| Con 1 problema | 14 | 8.2 | 17 | 10.1 | 31 | 18.3 |
| Sin problemas | 13 | 7.6 | 17 | 10.1 | 30 | 17.7 |
| Total de alumnos: | 71 | 41.7 | 98 | 58.3 | 169 | 100.0 |

* 139 Alumnos de 1er. Grado.

En los 46 niños de diversos grados escolares remitidos por los maestros, se destacaron 76 problemas de los cuales 46 (60.6%) fueron problemas de conducta, 21 (27.6%) problemas de aprendizaje y el resto se consideraron dentro de los rubros de inmadurez viso-motora, retardo intelectual, drogadicción y probable daño orgánico, según se ve en el siguiente cuadro.

Problemas psicológicos detectados en alumnos remitidos*según sexo. Programa de Salud Escolar, Primaria Prof. "Arqueles Vela S." (febrero-junio 1981).

| PROBLEMAS | S E X O | | | | T O T A L | |
|-------------------------|----------|------|-----------|------|-----------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | | |
| | Núm. | % | Núm. | % | Núm. | % |
| Emocionales (Conducta) | 17 | 22.4 | 29 | 38.2 | 46 | 60.6 |
| Retardo Intelectual. | - | -- | 2 | 2.6 | 2 | 2.6 |
| Aprendizaje | 9 | 11.8 | 12 | 15.8 | 21 | 27.6 |
| Probable daño orgánico. | - | -- | 1 | 1.3 | 1 | 1.3 |
| Drogadicción | - | -- | 1 | 1.3 | 1 | 1.3 |
| Inmadurez vis.mot. | 1 | 1.3 | 4 | 5.3 | 5 | 6.6 |
| Total de problemas: | 27 | 35.5 | 49 | 64.5 | 76 | 100.0 |

* Alumnos de 2o. a 6o. grado.

OCTAVO CAPITULO

ANALISIS

8 ANÁLISIS

Antes de mencionar el análisis, quiero hacer notar que la entrevista jugó un papel muy importante, en las actividades que realice en mi Servicio Social.

Uno de los programas que más atención debe merecer de los miembros de un equipo de salud es aquél que se refiere a la atención médica integral del niño escolar. La población mexicana del grupo hetero comprendido de 7 a 12 años asciende acerca de 20,000.000 de niños, según el último censo realizado en nuestro país; de ello se ha dicho que la mayoría ha quedado inscrita en la escuela primaria, básicamente en las zonas urbanas, pero un buen número también es colocado en escuelas rurales, estos grupos escolares caen dentro del sistema educativo oficial en un elevado porcentaje, pertenecen a núcleos familiares de escasos recursos económicos y viven en zonas urbanas o rurales con pocos servicios generales de higiene y salubridad, habitación y comodidades de vida. Tales circunstancias constituyen factores negativos que naturalmente inciden en las condiciones de salud-enfermedad que los caracterizan; la vigilancia médica que merecen estos niños debe pues estar atenta a tal multiplicidad de elementos en juego que presionan la conducción de salud de los escolares y por lo tanto el grupo de salud dedicado a dicha vigilancia, de necesidad requiere conocer el panorama amplísimo de acción que ha de abarcar.

La escuela en la que se trabajo tiene una población estudiantil aproximada a 1,600 alumnos, en ambos turnos que nos ha ofrecido la oportunidad de aplicar un programa de salud escolar, con la participación de pasantes médicos, odontólogos, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras en el desempeño de su servicio social.

Las observaciones recogidas durante el período escolar en el que se trabaja, muestran interesantes datos desde varios ángulos sociomédicos confirman desde luego la patología orgánica, psicológica y social que se conoce desde hace tiempo en nuestro país: desnutrición hasta de segundo grado, padecimientos digestivos y respiratorios agudos y crónicos, trastornos de la

agudeza visual, caries dental y otras alteraciones estomatológicas, traumatismos diversos, dermatitis, etc.

Tan serios como éstos y en ocasiones más graves, aparecen los problemas del área psicológica. El estudio psicológico de los alumnos de primer grado -que ha iniciado nuestra aspiración de abarcar a toda la población en ambos turnos- manifiesta un elevado número (82.2%) de escolares -- con diversos cuadros, y aún más la clara presencia en la mayoría de los niños, no de uno sino de dos o más problemas psicológicos. En los 46 niños de grados superiores (2o. a 4o.) enviados específicamente por los maestros, hallazgos semejantes fueron detectados ya que el total de estos alcanzaron a ser 76 incluyendo un caso de drogadicción; desde luego que en este segundo grupo era de esperarse encontrarlos.

La cooperación que se recibe del cuerpo directivo y de los maestros de la escuela, es punto fundamental de apoyo al programa. Por esta razón se ha enfatizado que el programa, por su constitución multidisciplinaria debe mantener a nuestro equipo de salud en comunicación permanentes con maestros, alumnos, padres de familia y la comunidad en sí a través de diversos canales que para ello se han establecido o deban establecerse -- acuerdos con la experiencia que se vaya adquiriendo. El punto de partida para el éxito es el reconocimiento de que todo el sistema educacional conforma el complejo escolar, cuyo estudio tanto hemos definido como base de la salud integral de los alumnos.

Esta comunicación continua entre escuela, comunidad y universidad, promueve una acción de elevado valor docente y rico contenido social para todos los integrantes del equipo de salud.

CONCLUSIONES

Los resultados mencionados obligan a:

- Continuar proporcionando la atención psicológica, con las modalidades que han sido descritas en este trabajo.
- Intensificar al máximo posible las labores de educación para la salud, dada la importancia extraordinaria que tiene para el éxito del programa.
- Enfatizar que la Entrevista Clínica es muy importante para los programas de Servicio de la Carrera de Psicología de la ENEP-Z. Por ello, espero que mi propuesta se tome en cuenta.
- Incrementar, asimismo, los estudios psicológicos que nos permitan obtener un diagnóstico preciso y completo de la población en estudio.
- Promover las medidas tendientes a mejorar las relaciones entre el niño, la familia y el maestro.
- Buscar la posibilidad de aumentar el número de pasantes para el programa mencionado.
- Establecer la necesaria coordinación de la Dirección de Higiene Escolar de la SEP, y continuar la coordinación con las Instituciones de Salud de la zona, para la mejor atención de los casos de patología psicológica que ameriten servicios especializados.
- Promover la participación de padres de familia y autoridades escolares para mejorar las condiciones del local, mobiliario, equipo y material necesario.

Si esto se realiza, podemos pronosticar que el programa culminará satisfactoriamente para beneficio, tanto de la escuela en la que se efectúa, como de la comunidad universitaria que conforma el equipo de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- BAENA P. GUILLERMINA. Instrumentos de Investigación. Ed. Mexicanos Unidos, México, 1981.
- BELLACK, A.: Self report inventories in behavioral assesment. En Cone, J. Hawkins, C. Behavioral Assesmetn.
- BENJAMIN, A.: Instructivo del Entrevistador. E. Diana, México, 1982.
- BERNSTEIN, D.: Introducción a la Psicología Clínica; Ed. McGraw Hill, Méxi
co, 1982.
- BINGHAM, V.D.W., MOORE, U.B.: Como entrevistar. Ed. Rialp, Madrid, 1973.
- BLEGER J.: Temas de Psicología (Entrevista y Grupos). Ed. Nueva Visión, A.
Buenos Aires, 1978.
- CAUTELA, J. R. y UPPER, D.: La Bateria Inventario de la Conducta: El uso -
de Auto-Reporte en las Medidas, en el Análisis Conductual, En tera-
pia. En M. Herseu y A.S. Bellak (EDS). Evaluación Conductual: Un Ma
nual Práctico. E. MSFORD, N.Y.: Peragamon Press, 1976.
- CIMINERO, R.: Procedimientos de automonitoreo: En Handbook of behavioral -
assesment. Ney York, Hohn Willey & Sons, 1977.
- Coordinación de Psicología; Programa de Servicio Social, Documento Interno
ENEP-Z.
- DAVISON G.G. NEALE M.J.: Psicología de la Conducta Anormal Ed. Limusa, Mē-
xico, 1983.

D.D.F. Monografías (Delegación Alvaro Obregón, 1979.

FERRARI, H., LUCHINA L.I., LUCHINA N.: La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1976.

Folleto de la Escuela Primaria Arqueles Vela, 1980.

GOLDFRIED, & DAVISON: Clinical behavior Tehrapy, New York, Pergamon -- Press, 1976.

GOODE J.W., HATT K.P.: Métodos de Investigación Social, Ed. Trillas, México, 1979.

HERSEN, M. & BELLAK; Behavior assesment. New York, Pergamon Press, -- 1976.

KANFER, F. & GOLDSTEIN A.: Helpin People Change; New York, Pergamon - - Press, 1975.

KANFER, F. & GRIMM, L.; Behavioral Analysis: Selecting Taget Behaviors in the Interview. Behavior Modification, Vol. I, 1977.

KANFER, F., PHILLIPS S.J.: Principios de aprendizaje en la Terapia del comportamiento. Ed. Trillas, México, 1976.

KANFER, F. & SASLOW, G.: An cutline form behavioral diagnosis; En: -: Mash & Terdal, Therapy Assesment. New York, 1976.

KAREN, S. : Assessing Belief Sitems: Concepts and Strategies; EN: - Kendall, P, Hollon, S.; Assesment and Cognitive-Behavioral

- KENDALL, P. & HOLLON, S.: *Assesment and Cognitive Behavioral Interventions: Purposes, Proposals, and Problems*. En: *Assesment -- Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*; Academic -- Press, 1981.
- KERLINGER, F.N.: *Investigación del Comportamiento Técnicas y Metodología*, Segunda Edición Ed. Interamericana México, 1979.
- KLOPFER, G.W.: *El Informe Psicológico*, Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1975.
- LAZARUS, A. *Multimodal Behavior Therapy*. New Yor, Springer Publ. 1976.
- MacKINNON, A.R., MICHELS R., *Psiquiatría Clínica Aplicada*. Ed. Interamericana, México, 1973. Primera Edición.
- Manual de la Dirección General de Servicios Médicos, 1980-1981.
- MARTIN B: *Psicología Anormal*, Ed. Interamericana, México, 1981.
- MEHRENS, A.W., LEHMANN, J.I.: *Medición y Evaluación en la Educación y en la Psicología*. Ed. Continental, México, 1982.
- Memorias: VI Jornadas Internas de Trabajo. Ed. UNAM, México, 1981.
- MORGAN H.H., COGGER W.J.: *El Manual del Entrevistador*. Ed. El Manual Moderno. México, 1975.
- PALACIOS P.: *Bartolomé, H. Evaluación Cognitivo-conductual (Mecanografía)*.

RIMM C., MASTERS J.: Terapia de la Conducta. Ed. Trillas, México, 1980.

SARASON G.I.: Psicología Anormal. Ed. Trillas. México, 1978.

Sociedad Mexicana de Psicología. Código Etico del Psicólogo, Ed. Trillas, México, 1984.

SORIANO N. PADILLA S: Manual para la elaboración del Informe Final de Servicio Social de la ENEP Zaragoza, 1982.

SORIANO R.R.: Guía para realizar investigaciones sociales. Ed. UNAM, - México, 1979.

SULLIVAN. H.S.: La Entrevista Psiquiátrica. Ed. Psique, Buenos Aires, 1977.

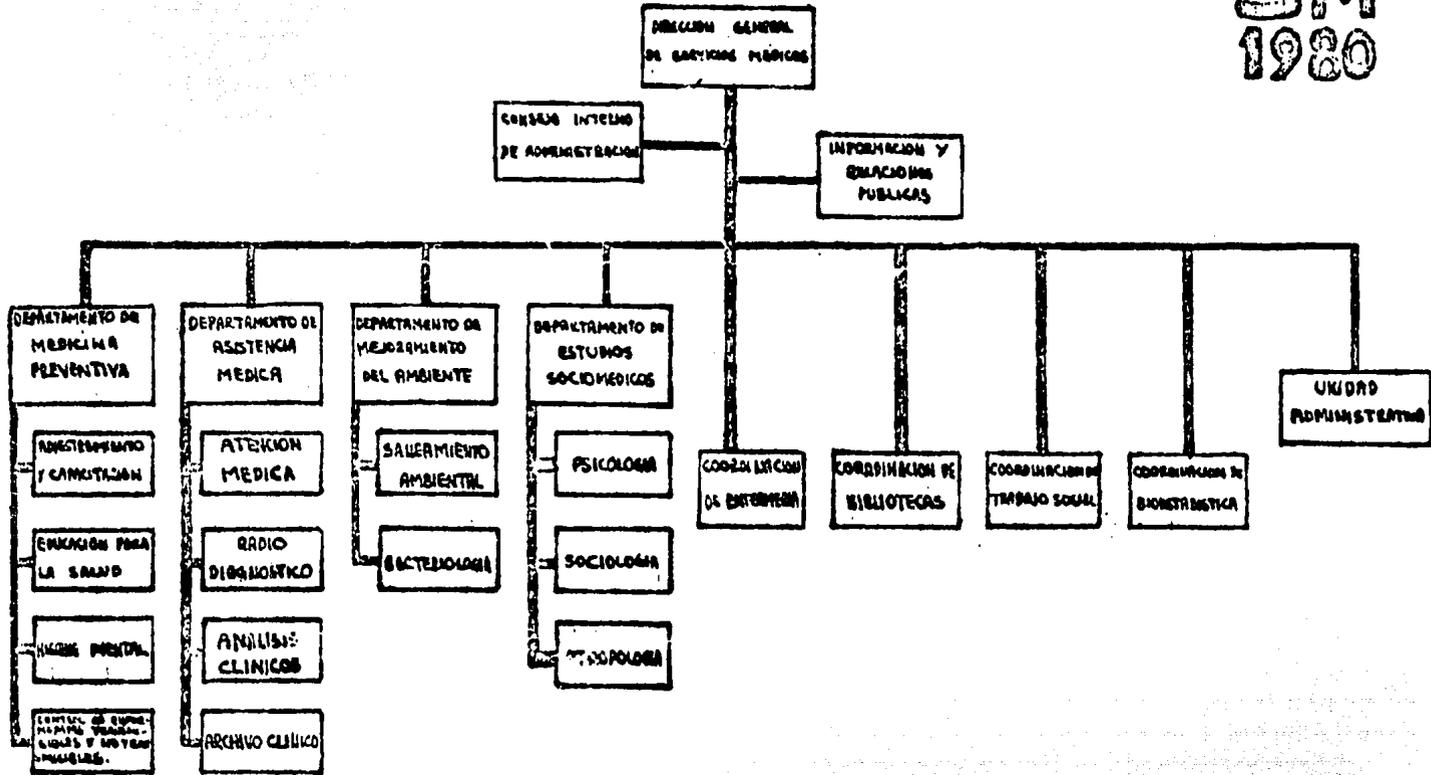
TAMAYO T.M.: El Proceso de la Investigación Científica. (Fundamentos de Investigación). Ed. Limusa, México, 1981.

VILLARREAL, M.: Fundamentos de Entrevista Conductual. Ed. trillas, - México, 1981.

YATES, J.A.: Terapia del comportamiento, Ed. Trillas, México, 1975.

SECRETARIA GENERAL ADMINISTRATIVA

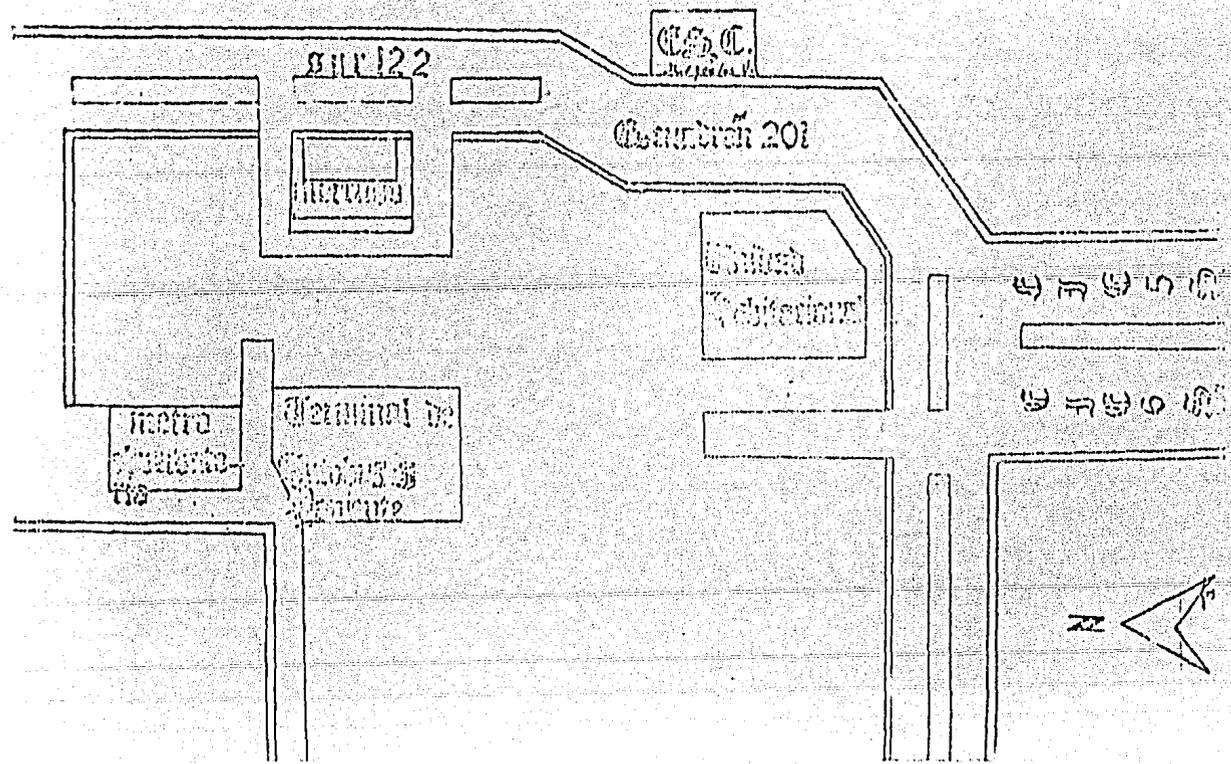
DG
SM
1980



PLANTILLA DE LA C.S.C.

SERVICIOS VERA

~ 1981 ~





SECRETARÍA DE SALUD
ASISTENTE

DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS

C. Pasante de Psicología
Eduardo Arturo Contreras Ramirez
Presente.

La Dirección General de Servicios Médicos ha sido enterada del magnífico desempeño de su Servicio Social en esta Dependencia. En tal virtud me es muy grato extender a usted la presente

MENCION HONORIFICA

con mi felicitación sincera y mis mejores deseos por sus éxitos profesionales en el futuro.

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
C. Universitaria, D.F., 31 de enero de 1982

EL DIRECTOR

L. Benavides Vazquez

DR. LAZARO BENAVIDES VAZQUEZ, M.P.H.