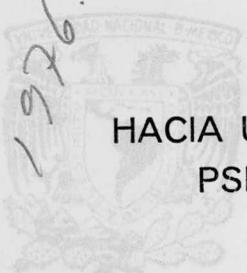


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

1976.079
1976/



HACIA UN MEJOR APROVECHAMIENTO DEL
PSICOLOGO CLINICO EN UNA
INSTITUCION HOSPITALARIA

DONADO A LA BIBLIOTECA DE LA
FACULTAD DE PSICOLOGIA POR:

Julian Mac Gregor

FECHA: Mayo 2001

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

REBECA BRAVERMAN SZCLAR

MARTHA PARDO GARCIA



U. R. E. D.
OFNA DE EXAMS.
PROFESIONALES
Y GRADOS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



75053.08
UNAM. 79
1976

A JAIMÉ

BORIS

MAURICIO

EDUARDO

IVONNE

A MIGUEL

MARTITA

MIKI

MAGGIE

MONICA

A NUESTROS PADRES

B-1301-02

AL DR. LUIS RANGEL

NUESTRO AGRADECIMIENTO POR SU VALIOSA

APORTACION EN LA DIRECCION DE ESTA TESIS

AGRADECEMOS AL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
EL HABER HECHO POSIBLE ESTE TRABAJO

HACIA UN MEJOR APROVECHAMIENTO DEL PSICOLOGO CLINICO EN UNA INSTITUCION
HOSPITALARIA

I N D I C E

INTRODUCCION

- 1.- Objetivo del Estudio
- 2.- Origen y Orientación del Departamento de Adolescentes
del Hospital Infantil de México
- 3.- El Adolescente como Unidad Bio-Psico-Social

PRIMERA PARTE

Importancia de la entrevista inicial efectuada por el psicólogo en la admisión de pacientes por un departamento de consulta externa.

CAPITULO I

¿Es necesaria la entrevista inicial efectuada por el psicólogo en la admisión de pacientes en un departamento de consulta externa?

CAPITULO 2

Recepción y supervisión del paciente sin la intervención -
del psicólogo
(Situación tradicional)

CAPITULO 3

Recepción y supervisión del paciente con la intervención -
del psicólogo

(Situación experimental)

CAPITULO 4

Comparación de los datos obtenidos y conclusiones iniciales

CAPITULO 5

Otras ventajas de la entrevista inicial realizada por el -
psicólogo

SEGUNDA PARTE

Proposiciones de mejoramiento del funcionamiento del Depar--
tamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México

EXPOSICION DE MOTIVOS

CAPITULO 6

Descripción de algunos aspectos del funcionamiento del De--
partamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México

CAPITULO 7

Recomendaciones para mejoramiento en el Departamento de Ado--
lescentes del Hospital Infantil de México en base a la pre--
via descripción de organización y funcionamiento de dicho De--
partamento.

TERCERA PARTE

RESUMEN

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

1.- OBJETIVO DEL ESTUDIO

En los centros de trabajo en los que participa el Psicólogo Clínico, - encontramos con frecuencia que su función se ve lamentablemente reducida a la de un aplicador de tests psicológicos. Si bien es cierto que una importante función del Psicólogo Clínico es el poder dar un psicodiagnóstico a través de los tests, su utilidad puede y debe, ir más allá del desarrollo de esta labor.

El objetivo de esta tesis es demostrar la necesidad de que el Psicólogo Clínico dentro de un Departamento de Consulta Externa, amplíe sus funciones, para incluir su participación dentro de un equipo responsable de la admisión de pacientes, utilizando para ello la entrevista inicial como instrumento principal de psicodiagnóstico y contribuyendo así a canalizar al paciente a la terapia adecuada.

Para definir el objetivo de esta tesis, nos hemos apoyado, entre otros, en los conceptos presentados por Floyd L. Ruch, quien al hablar del Psicólogo Clínico, nos permite ver claramente cual es el panorama en cuanto a las funciones que debe realizar:

"Una de las funciones más importantes es la de psicodiagnóstico. En ésta, como en otras funciones, el psicólogo frecuentemente trabaja como miembro de un equipo en el que figuran un trabajador social, un psiquiatra, o algún otro médico y a veces miembros de otras profesiones como son las enfermeras o los terapeutas ocupacionales. Los psicodiagnósti-

cos son necesarios para determinar si un caso podrá tratarse adecuadamente en determinada clínica, para la planeación del tratamiento y para la evaluación de los procedimientos clínicos. Son métodos comunes para la obtención de información las entrevistas, los tests estandarizados y los tests de proyección. El psicólogo debe de estar preparado para comunicar los resultados de estas técnicas en las reuniones del personal, en las que se llevan a cabo discusiones para determinar el mejor tratamiento posible para cada paciente (1).

La entrevista es un instrumento de gran validez no sólo psicodiagnóstico, sino psicoterapéutico. En sí, la entrevista inicial ya produce beneficios al paciente, al proporcionarle el contacto directo con el entrevistador, dándole así la oportunidad de ser escuchado y por lo tanto permitiéndole un desahogo.

Las razones por las que se seleccionó el Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México como un lugar en el cual es posible plantear la amplitud de la función del psicólogo clínico, son las siguientes:

- a) Es un departamento que se fundó con el objetivo primordial de prestar asistencia integral a los pacientes, o sea de explorarlos como unidad bio-psico-social.
- b) Es un departamento que ya cuenta con un equipo de recepción de pacientes, que incluye un médico residente, un pediatra y una trabajadora social, lo cual facilita la posibilidad de trabajar en equipo

(1) Floyd L. Ruch. Psicología y Vida. Pg. 25. Ed. Trillas. Méx, 1974.

para el psicólogo.

- c) Es un departamento al cual asisten pacientes con una amplia gama de enfermedades que incluyen aspectos orgánicos, emocionales y sociales. Se hace notar que el Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México no es un centro psiquiátrico, sino un departamento de consulta externa, al cual acuden los adolescentes ante cualquier padecimiento. Esto es una ventaja, pues si nuestra población de estudio se redujera a pacientes con un solo tipo de enfermedad, o a enfermos mentales, las conclusiones que este estudio pudiera tener para otras instituciones de consulta externa se verían limitadas.

2.- ORIGEN Y ORIENTACION DEL DEPARTAMENTO DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO.

La Clínica de Adolescentes del Hospital Infantil de México se fundó en 1965 en función de la necesidad creciente de contar dentro de la Institución, con una sección dedicada al diagnóstico y tratamiento integral de los problemas orgánicos y emocionales del adolescente, así como para proporcionar orientación social a miembros de este grupo humano, - que hasta entonces no contaba con un sitio en México dedicado al manejo de sus problemas. Desde entonces ha brindado atención a jóvenes de ambos sexos con edades que fluctúan entre los 12 y los 18 años inclusiva, al momento de solicitar servicio.

La idea de formar un departamento de adolescentes surgió desde 1967 - cuando uno de los pediatras del Hospital Infantil se enfrentó a la situación de carencia arriba mencionada, ya que los pacientes que asis- tían al hospital eran dados de baja a los 12 años, no habiendo otra - institución que les diera servicio médico exclusivo durante la etapa - que fluctúa entre los 12 y 18 años. Con el objeto de obtener informa- ción sobre el funcionamiento de diferentes servicios de adolescentes, este pediatra visitó aproximadamente 15 instituciones en E.U.A., inclu- yendo varios hospitales en el Condado de New York, El Hospital Infan- til de Boston, y el Hospital Infantil de Washington, D.C. Sin embargo, se concluyó que no era posible tomar como modelo dichos hospitales para formar la Clínica de Adolescentes del Hospital Infantil de México, ya que algunas de las clínicas visitadas resultaron ser esencialmente de tipo psiquiátrico; otras, por el contrario, estaban dedicadas exclusi- vamente al tratamiento de problemas orgánicos. Finalmente, resultó -

obvio que las condiciones sociales, políticas y culturales que influ-
yan en el manejo de los adolescentes en las instituciones hospitala-
rias de aquel país, difieren notablemente de las que prevalecen en Mé-
xico.

En 1965 se comenzó a prestar servicio a los adolescentes, pero sin -
contar aún con un espacio físico específico. Posteriormente se construyó un local anexo al Departamento de Higiene Mental, donde se estableció formalmente la Clínica de Adolescentes del Hospital Infantil de Mé-
xico. Al iniciarse se daba servicio únicamente a pacientes en edades -
de 12 a 15 años, por no contar con el personal suficiente para atender
pacientes hasta los 18 años. Otro motivo para no tomar una mayor pobla-
ción, fue el interés por evaluar el servicio que se empezaba a dar y -
posteriormente hacer las modificaciones necesarias para poder ampliar
la admisión de pacientes.

Hasta 1966 el Departamento era atendido tan sólo por un médico y una -
trabajadora social; el médico pediatra abarcaba las funciones de admi-
sión, revisión y derivación de pacientes al lugar adecuado; la trabaja-
dora social cubría los aspectos técnicos consistentes en la elabora-
ción de estudios socio-económicos completos y visitas domiciliarias, a
sí como los aspectos administrativos en cuanto a recepción de pacien-
tes, control de citas y elaboración de expedientes clínicos.

A partir de 1966 se asignaron 2 médicos residentes, quienes rotaban ca-
da 8 semanas para realizar su pasantía pediátrica en este departamento.
En la docencia de dichos médicos, se enfatizaba el que no se avocaran
solamente a la patología, ya que su previa formación hospitalaria se -

basa en dicho aspecto, sino que llevaran a cabo la exploración del adolescente en forma integral cubriendo también el aspecto psico-social.

Posteriormente se asignó a un neurólogo dados los requerimientos del Departamento. En 1971, por motivos administrativos, se unieron el Departamento de Adolescentes y el Departamento de Higiene Mental, asignándose entonces un psiquiatra al Departamento de Adolescentes.

La Clínica de Adolescentes del Hospital Infantil de México, ha ofrecido a su personal la oportunidad de estar en contacto con las peculiaridades y patología especial que corresponden a este período del desarrollo humano.

Los púberes y adolescentes se encuentran en un proceso acelerado de crecimiento y desarrollo. Esta situación los mantiene en relación con un mundo biológico, psicológico y socio-cultural bien definido y diferente al de los niños y adultos, aunque pueden ser más cercanos al segundo. Aparecen con gran frecuencia los diagnósticos de problemas emocionales, algunos de ellos normales en este grupo e inherentes a los cambios propios de la maduración emocional; estos problemas también son altamente motivados por el proceso social de una sub-cultura propia del grupo y el continuo reto al patrón socio-cultural donde el adolescente ha crecido.

La adolescencia implica la existencia particular de vivencias personales, familiares y colectivas que suscitan variaciones significativas en la relación entre el paciente adolescente y personal que lo asiste,

en la dinámica del servicio clínico y en el proceso diagnóstico, terapéutico y pronóstico. Todo lo anterior obliga al personal que trabaja con adolescentes a tener mayor contacto con el medio familiar y social donde se desenvuelve el paciente, quien en muchas ocasiones manifiesta con su patología un síntoma de una patología familiar o social ya bien establecida. La alteración orgánica o emocional del adolescente, puede también ser el primer aviso a la familia de la enfermedad próxima a establecerse.

El adolescente es o un escolar o una persona que empieza a trabajar, - por lo que el personal está también obligado a tener contacto y conocimiento de los sistemas pedagógicos del medio y de las condiciones y reglamentos del lugar donde trabaja el paciente, con objeto de tener presente la patología física o mental que estos medios le pueden originar. Entonces es necesario que la "patología" característica de esta periodo sea considerada con reflexión y eclecticismo, pues muchas veces una parte de las alteraciones encontradas, puede ser reflejo de la patología social de la comunidad donde se desenvuelve el paciente adolescente.

La población atendida en la Clínica de Adolescentes abarca tanto a pacientes locales, considerando como tales a aquellos que asisten a consulta y que viven dentro del perímetro del Distrito Federal, como a pacientes foráneos. Se acostumbra denominar "paciente directo" a aquel que acude a consulta enviado por escuelas, distintos nosocomios, centros de asistencia social o por recomendación de otros pacientes previamente atendidos en la misma clínica. Y "paciente referido" a aquel que proviene de la consulta externa del propio hospital, donde ha si-

do atendido, y ha llegado a la edad límite marcada para recibir atención médica dentro del campo de la pediatría general (2), (3).

-
- (2) Parte de esta información se obtuvo directamente del Dr. Luis Rangel, Fundador y Jefe de la Unidad de Medicina de Adolescentes del Hospital Infantil de México.
- (3) También se consultó EL ANUARIO ESTADISTICO DEL HOSPITAL INFANTIL - DE MEXICO 1970.

3.- EL ADOLESCENTE COMO UNIDAD BIO-PSICO-SOCIAL.

Al hablar del adolescente en esta sección, no se pretende de ninguna manera elaborar un tratado sobre este tema, ni tampoco aportar elementos nuevos a la teoría correspondiente. En la amplia literatura que existe acerca de esta etapa del desarrollo humano, es posible identificar una variedad de enfoques y conceptos, dentro de los cuales es necesario ubicar aquellos en los que se enmarca el presente trabajo. Dado que nuestros puntos de vista se ven expresados claramente en los escritos publicados por personal de reconocido prestigio que labora en el Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México, y que ha profundizado en la problemática del mismo, hemos decidido apoyarnos esencialmente en los puntos de vista que dichos autores proponen.

Para definir adolescencia se citará a Rangel, quien expresa: "Llámesela adolescencia a aquella etapa en el desarrollo de la personalidad que se interpone entre la infancia y la madurez adulta. Se conceptúa a la adolescencia como proceso "psico-social". Aunque el comienzo coincide con la iniciación de las funciones ováricas y testiculares que producen la pubertad, y este proceso se acompaña de importantes modificaciones físicas, las manifestaciones psicológicas de la adolescencia son independientes de aquellas. Su comienzo es más o menos definido, su terminación no lo es" (4).

Existen diferentes criterios para marcar los límites de la adolescencia, que son, relativamente arbitrarios; nosotros consideramos que es-

(4) Rangel Rivera, Luis. El Adolescente y su Circunstancia. Pgs. 203-204. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, XX Aniversario, México, D.F. 1972.

ta etapa transcurre entre los 12 y los 21 años, más o menos 2 años.

Este período a su vez podría dividirse en dos etapas:

Adolescencia temprana (hasta los 14 ó 15 años) y

Adolescencia tardía (a partir de los 15 años)

En la primera los jóvenes tienen puestos aún un pie en la infancia y - el otro en la adolescencia; en la segunda tienen un pie firmemente colocado en la adolescencia y el otro está por llegar a posarse en la edad adulta.

La comprensión del ser humano, sólo puede lograrse si se le considera como una unidad bio-psico-social. No debería romperse esta unidad; sin embargo, se abordará por separado cada aspecto de esta triada, para poder entender cómo interactúan en la personalidad del adolescente.

3.1.- ASPECTO BIOLÓGICO

El ser humano como unidad biológica inicia su crecimiento y desarrollo en el momento de la concepción, pasando por diferentes etapas que se relacionan íntimamente antes de llegar a la edad adulta.

Las etapas que marcan el paso de la niñez al estado adulto se designan con los términos de pubertad y adolescencia.

El término pubertad tiene su origen en la palabra latina púbes que significa vello en el pubis; y se utiliza para describir y agrupar la serie de variaciones que aparecen durante la fase de maduración sexual.

El término adolescencia, se refiere a los púberes que han ya alcanzado un estadio posterior a la menarquia en las niñas y a los jóvenes que tienen ya espermatozoides maduros; en ambos géneros se ha alcanzado ya madurez en los órganos genitales.

Dulanto resume en 5 puntos los cambios que se producen para transformar a un niño en adulto:

- 1.- Un reajuste general del sistema endócrino con aparición de nuevos estímulos hormonales, cuyo balance da por resultado la maduración de las gonadas, produciendo ovulación en las niñas y espermatogénesis en los varones, y como consecuencia de todo este proceso la aparición de cambios físicos inherentes al sexo y cuya expresión clínica puede resumirse en los siguientes 4 puntos:
 - 2.- Última etapa de crecimiento acelerado
 - 3.- Aparición de caracteres sexuales secundarios
 - 4.- Rápido desarrollo de genitales externos.
 - 5.- Aumento en la capacidad de captación de estímulos, de asimilación de principios, desarrollo acelerado de la inteligencia que adquiere su máximo durante este período... (5)

3.2.- ASPECTO PSICOLÓGICO

La evolución del proceso psicológico no se realiza en forma estrictamente paralela a la del desarrollo orgánico. Biológicamente, el indivi

(5) Dulanto Gutiérrez, Enrique. El Adolescente y su Circunstancia. Pg. 101. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, XX Aniversario, México, D.F. 1972.

duo en la etapa de la adolescencia "ha terminado de crecer", mientras que psicológicamente aún se encuentra en un período de cambio y adaptación. La diferencia entre la velocidad de maduración física y psicológica varía en función de la cultura, siendo más marcada en los países de alto grado de desarrollo industrial, en que las necesidades de preparación y adaptación son mayores.

Podemos resumir en 5 puntos el proceso emocional que se da durante la adolescencia:

- 1.- Aprender a aceptar y sobrellevar las ventajas y desventajas de los cambios de la imagen de su cuerpo.
- 2.- Aprender un patrón de comportamiento sexual apropiado.
- 3.- Establecer independencia de los padres a través de los procesos que definen la identidad propia.
- 4.- Aprender a posponer impulsos cuya motivación sea obtener la gratificación inmediata, y sustituir dichos impulsos por una capacidad para esfuerzos prolongados en conexión con objetivos futuros.
- 5.- Desarrollar un sistema de valores propios.

Debido a los conflictos intrapsíquicos, el adolescente se encuentra en constante pugna entre los deseos inconscientes de permanecer en una pasividad receptiva y una dependencia infantil y la necesidad preconscious de controlar estos deseos para satisfacer las demandas sociales y conseguir autonomía. La fuerza de los deseos inconscientes y la debilidad relativa de la capacidad para controlarlos, junto con la necesidad de emancipación producen las dos áreas o tendencias más características del adolescente:

- 1.- La tendencia a mitigar las tensiones producidas por los conflictos por medio de actos exteriores.
- 2.- La tendencia a estar en conflicto con la autoridad..." (6)

El tema del adolescente ha constituido una preocupación mundial: En 1957 en Munich se reunieron expertos de 9 países que como conclusión obtuvieron el siguiente código vigente para los jóvenes de esa época:

- "....1.- Rechazo a los valores morales
2.- Desconocimiento de toda jerarquía
3.- Desadaptación a nuestra época
4.- Búsqueda de confianza en sí mismos mediante actos brutales"(7)

Se hace notar que expresiones como éstas reflejan no sólo el estado de inquietud que es representativa de los jóvenes de esa época, sino que refleja también las actitudes de ansiedad de los adultos hacia los adolescentes. Ambos fenómenos pueden observarse aún en la época actual.

3.3.- ASPECTO SOCIAL.

Mediante el proceso de sociabilización el individuo se adapta a la sociedad en la cual se desenvuelve. Dicho proceso se inicia cuando el individuo nace, interviniendo como agentes sociabilizadores su familia y su grupo de pares; más tarde, en la formación social influyen los escenarios en los cuales participe el individuo.

(6) Rangel Rivera, Op. Cit. (4) Pág. 204

(7) Op. Cit. (4) Pág. 210

El adolescente al igual que todos los individuos, socialmente es un producto de la cultura donde se desarrolla. La familia, como unidad, además de estar influida por la cultura donde vive es un factor determinante en la evolución del individuo, durante la adolescencia, al igual que lo ha sido a través de todas las etapas anteriores de la vida.

El adolescente debe de progresar en su evolución, de las situaciones de dependencia a un estado de independencia emocional y económica.

El logro de la independencia, implica una separación, que debe ser considerada indispensable para la obtención de un rol social adecuado. Esta separación necesariamente engendra y manifiesta angustia. El deshacerse de estas ligas emocionales que exige la madurez, y la angustia que se origina, sólo podrán ser superadas cuando se ingresa a estructuras de jerarquía superior que otorgan nuevas y diferentes gratificaciones. Pasada la niñez y la pubertad, en su lucha por dejar la dependencia familiar, los adolescentes tienden a la formación de grupos. Estos grupos son diferentes según se trate del sexo masculino o femenino.

Estos grupos deben considerarse como uno de los primeros signos de independencia familiar ya que en ellos es donde "se desahogan" las inquietudes íntimas buscando básicamente apoyo de los demás, siendo también el primer sitio donde se manifiestan los problemas de rechazo falso o real que los jóvenes sienten por parte de la familia y en especial de los padres.

Sin embargo, socialmente, no debe impedirse la formación de estos gru-

pos, ya que su existencia debe ser considerada como necesaria dentro del desarrollo del individuo. En ocasiones estos grupos, por factores diversos manifiestan conducta antisocial.

Esta conducta antisocial es también conocida como "rebelión del adolescente". (8)

3.4.- TERMINACION DE LA ADOLESCENCIA

No hay una edad precisa que marque la terminación del período de la adolescencia. Sin embargo existen ciertas características que señalan el fin de esta etapa.

Idealmente, la resolución de la adolescencia se caracteriza por:

- 1.- La separación y la independencia de los padres.
- 2.- El establecimiento de la identidad sexual
- 3.- La aceptación del trabajo
- 4.- La elaboración de un sistema personal de valores éticos.
- 5.- La capacidad de mantener relaciones duraderas y de unir el amor sexual genital con las emociones de ternura y afecto en las relaciones heterosexuales, y una disposición psicológica que le desarrolla la capacidad de intimidad.
- 6.- El retorno a los padres en una nueva relación fundada en una relativa igualdad.

(8) Rangel Rivera, Luis. Relación entre la Familia y los Adolescentes. Presentada en el Congreso Internacional de Pediatría. Centro Médico Nacional. Diciembre 1968.

El adolescente se integra en el mundo adulto con las actitudes y la mo tivación adecuadas para hacerlo aunque no siempre acepta los valores - presc-itos por las generaciones precedentes. Las nuevas orientaciones hacia el yo, el mundo adulto y la vida son posibles merced al logro de la independecia, el establecimiento de una sólida identidad y al res- tablecimiento de modos adecuados de afrontar los impulsos instintivos, con el fin de mantener un equilibrio mental y afectivo relativamente - estable.

"Por perturbados que parezcan o que estén realmente los adolescentes, las posibilidades que se conduzcan eficazmente en su edad adulta son - buenas en la medida en que sus mecanismos adaptativos y defensivos no pierdan su flexibilidad y permitan esperar un desenlace positivo. Una vez que los diversos conflictos han quedado resueltos, sea por medios sanos o por medios patológicos, la adolescencia ha terminado" (9)

(9) Grupo para el Progreso de la Psiquiatría. Comité de Adolescencia. Adolescencia Normal. Pgs. 134-135. Ed. Hormé S.A.E. Buenos Aires.

PRIMERA PARTE

IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA INICIAL EFECTUADA
POR EL PSICOLOGO EN LA ADMISION DE PACIENTES EN
UN DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA.

CAPITULO 1

¿ES NECESARIA LA ENTREVISTA INICIAL EFECTUADA POR EL PSICOLOGO EN LA ADMISION DE PACIENTES EN UN DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA?

1.1.- PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA A INVESTIGAR.

Tal como se ha indicado en la introducción de esta tesis, en los centros de trabajo en los que participa el psicólogo clínico, su función ha sido limitada, primordialmente a la aplicación de tests psicológicos.

No estando de acuerdo con esta situación decidimos recabar la opinión de personas que pueden considerarse como autoridades en la materia; se les interrogó sobre la necesidad de las entrevista inicial efectuada por el psicólogo en la admisión de pacientes de un departamento de consulta externa de un hospital.

Algunas de las respuestas obtenidas fueron enfáticamente afirmativas; sin embargo, contradictoriamente, el procedimiento en cuestión no se ha llevado a la práctica en las instituciones en que participan los especialistas interrogados. Por otro lado, se expresaron algunas opiniones en contra, alegando que la trabajadora social está cubriendo la función del psicólogo en la admisión.

Ante esta situación llegamos a la conclusión de que las respuestas obtenidas tenían un alto grado de subjetivismo, pues quienes respondieron negativamente no pudieron aportar suficientes elementos para asegu

rar la eficiencia con que la trabajadora social desempeña esta función y quienes respondieron positivamente, carecían de una base objetiva para saber la magnitud del posible beneficio que implicaría adoptar la práctica en cuestión.

Por estos motivos, decidimos avocarnos como primera tarea de esta tesis, a la obtención de datos empíricos que permitan responder a esta pregunta en una forma objetiva.

1.2.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL METODO USADO PARA CONTESTAR LA PREGUNTA A INVESTIGAR.

Desde la fundación del Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México, la rutina en cuanto a la admisión de pacientes de consulta externa, se ha venido llevando a cabo de la siguiente manera:

El paciente y la persona mayor que lo acompaña, que es de preferencia la madre, según la recomendación del hospital, son entrevistados por la trabajadora social. A continuación el paciente es explorado por el médico residente. Una vez que se ha terminado de ver a los 6 ó 8 pacientes que generalmente se presentan al día, se hace una junta, a lo que se llama "supervisión" donde un pediatra especialista en adolescentes, revisa los casos presentados por la trabajadora social y el médico residente, dictaminándose el diagnóstico que éstos presentan, y canalizando al paciente al especialista que corresponde de acuerdo con las necesidades detectadas.

Para fines de nuestra investigación, compararemos lo que pasa en la re

recepción y supervisión de pacientes bajo dos situaciones diferentes:

a) SITUACION TRADICIONAL:

Cuando la recepción y supervisión se realizan de acuerdo al procedimiento establecido, descrito en el párrafo anterior.

b) SITUACION EXPERIMENTAL:

Cuando en la recepción se introduce además la entrevista inicial - realizada por el psicólogo, quien participa entonces en la supervisión, aportando a los otros miembros del equipo su punto de vista - para llegar a un diagnóstico definitivo.

La comparación de estos dos procedimientos consistirá primeramente en el cálculo del porcentaje de pacientes que recibieron ayuda en el área emocional bajo cada una de las dos situaciones descritas. Por otro lado, la información obtenida sobre cada paciente en la recepción y supervisión será sistematizada y analizada, buscando otros criterios que permitan evaluar la calidad de la ayuda recibida por los pacientes, y la eficiencia con la que la institución utiliza sus recursos humanos - tanto bajo la situación tradicional como bajo la experimental.

CAPITULO 2

RECEPCION Y SUPERVISION DEL PACIENTE SIN LA INTERVENCION DEL PSICOLOGO
(SITUACION TRADICIONAL)

2.1.- FUENTE DE INFORMACION

Hasta antes de iniciarse este estudio, el paciente que solicitaba admisión, se presentaba a las 8 A.M. en el Departamento de Adolescentes, a las consultas de "primera vez" los días lunes, miércoles y jueves de cada semana.

Después de que la trabajadora social entrevistaba tanto al paciente como a la persona mayor que lo acompañaba (de preferencia la madre), se procedía a la exploración por parte del médico residente en turno. Una vez que se terminaba la exploración de los pacientes, se llevaba a cabo la reunión de "supervisión", en la forma descrita en el capítulo anterior.

La exploración realizada sobre el paciente se orientaba a las áreas estipuladas en los protocolos usados tanto por la trabajadora social como por el médico residente; una copia de cada uno de estos dos protocolos se adjunta al final del presente trabajo (Anexo 1).

En los formatos que contienen los protocolos impresos, se concentra toda la información obtenida de cada paciente; con estos formatos se inicia su expediente clínico. Este expediente, en el que se van añadiendo las notas pertinentes al tratamiento subsecuente del paciente, se guar

da en el archivo del departamento, almacenándose después de un tiempo en el Archivo General del Hospital.

El Departamento de Adolescentes ha estado funcionando bajo este sistema desde su fundación. Por esta razón se decidió usar el archivo como fuente de información. A partir de esta información se ha obtenido el porcentaje de pacientes a quienes se les ha dado ayuda psicológica, bajo la "situación tradicional".

Definimos "ayuda psicológica" como cualquier asistencia en el área emocional proporcionada por el médico residente, el pediatra especialista en adolescentes, la trabajadora social, el psiquiatra o el psicólogo.

Al mismo tiempo, se ha tabulado la información contenida en los expedientes, tanto sobre el tipo de problemas presentados por los pacientes, sobre el diagnóstico y tratamiento recibidos.

Para hacer la revisión del archivo se eligieron, por una parte, los expedientes correspondientes al período comprendido entre los meses de abril de 1970 y abril de 1971, por haber sido este el primer año en el que el departamento funcionó en forma sistematizada. Por otro lado, se decidió usar también los expedientes correspondientes a los meses de enero a diciembre de 1975, por ser este el año anterior inmediato a la presente investigación.

2.2.- TAMAÑO Y CONFIABILIDAD DE LA MUESTRA.

Con el propósito de ahorrar esfuerzo, podría haberse diseñado una mues

tra estadística para ser tomada de los expedientes del archivo; pero - considerando que faltan algunos expedientes, y con el deseo de aumentar la confiabilidad de los datos a obtener, se decidió usar todos los expedientes disponibles en el archivo para los períodos anteriormente indicados.

No existe evidencia alguna de que los expedientes faltantes en el archivo estén relacionados con alguna característica psicológica del paciente. De hecho, dichos expedientes han sido retenidos por los diferentes departamentos del hospital (como por ejemplo: cirugía, nefrología, ortopedia, etc.) dado que aún están tratando a ciertos pacientes. Por esta razón, de los expedientes que corresponden al período de abril de 1970 a abril de 1971, se revisaron 660 expedientes de un total de 778; y de los expedientes que corresponden al período de enero a diciembre de 1975, se revisaron 684 expedientes de un total de 793.

2.3.- DESCRIPCION DE LOS DATOS

2.3.1.- Datos Registrados

Para fines de nuestro estudio, al revisar los expedientes registramos los siguientes datos:

- a) Número de expediente
- b) Año de ingreso al Departamento de Adolescentes
- c) Sexo
- d) Edad
- e) Lugar de Procedencia

f) Motivo de la Consulta

g) Si se dió ayuda psicológica, especificando el tipo de tratamiento.

2.3.2.- Datos Calculados

En relación a la proporción de los casos en que se aportó "ayuda psicológica" a los pacientes bajo la situación tradicional, se encontró que durante el año 70-71, ésta fue proporcionada al 23% de los adolescentes que solicitaron servicio al Departamento; durante el año de 1975, este tipo de ayuda se proporcionó al 26% de los pacientes.

En relación a otros datos que podrían ser de importancia, vale la pena mencionar que durante el año 70-71 de aquellos pacientes que recibieron "ayuda psicológica", el 47% requirieron para ello de la aplicación de tests psicológicos*. Durante el año 1975, de aquellos pacientes que recibieron "ayuda psicológica", el 39% requirieron para ello de la aplicación de tests psicológicos**.

Con el fin de estimar la confiabilidad de las proporciones obtenidas para estimar la magnitud de la aportación de ayuda psicológica, es necesario asociar a ellas un concepto probabilístico.

El proceso de analizar cada uno de los expedientes en cuestión puede arrojar dos posibles resultados: (1) "sí se aportó ayuda psicológica al paciente" ó (2) "no se aportó ayuda psicológica al paciente". Así, este proceso de analizar los expedientes puede considerarse como una se-

* El 11% del Total de pacientes admitidos recibió ayuda a través de la aplicación de tests psicológicos; el 47% a que se hace referencia, - fue calculado tomando en cuenta solamente a aquellos pacientes que - recibieron algún tipo de ayuda psicológica (que fue el 23% del total admitido).

** El 10% del total.

rie n "intentos de Bernoulli" (10), (o lo que es lo mismo, como una serie de n intentos consistentes en tomar una caja llena de un gran número de bolas blancas y negras, y extraer de ellas cada vez una bola en forma aleatoria, registrando el color de la bola extraída), tal que al final de los n intentos, encontremos una proporción de " p " casos en los que se ha obtenido el primer tipo de resultado (bola blanca) y una proporción de " q " casos en los que se ha obtenido resultados del segundo tipo.

La probabilidad de obtener " k " resultados del primer tipo en " n " intentos (k bolas blancas de n que se extraen aleatoriamente de la caja) está distribuida de acuerdo con la Distribución Binomial:

$$p(k) = \binom{n}{k} \pi^k (1-\pi)^{n-k} \quad (11), \text{ donde } \pi \text{ es la probabilidad}$$

de obtener resultados del primer tipo (esto es, la proporción exacta de bolas blancas dentro de la caja). Supongamos que llevamos a cabo el experimento en cuestión varias veces, la primera vez, de n_1 bolas extraídas resultan k_1 bolas blancas, la segunda vez, de n_2 , resultan k_2 ... la " i ésima vez, de " n_i " bolas extraídas resultan " k_i " bolas blancas, La proporción de bolas blancas obtenidas en cada caso será:

$$p_1 = \frac{k_1}{n_1}, \quad p_2 = \frac{k_2}{n_2}, \quad ; \quad p_i = \frac{k_i}{n_i}$$

En teoría, podemos realizar este tipo de experimentos cuantas veces - deseemos, en cuyo caso el valor " p " de la proporción obtenida es una variable aleatoria, cuya distribución es también binomial (12)

(10) Yamane, Taro. Statistics, an Introductory Analysis, Pg. 531. A - Harper International Edition, New York 1970.

(11) Op. cit. (10), pg. 535

(12) Op. cit. (10), pg. 545

Sin embargo si el número de intentos " n_i " en cada uno de estos experimentos es grande, la distribución de p puede aproximarse mediante la distribución normal: $p = N(\pi, \sigma_p)$ en que π es la probabilidad de obtener resultados del primer tipo (esto es, la proporción real de bolas blancas) (13).

Para estimar el valor de π , podemos calcular la proporción \hat{p} en una serie de experimentos; sabemos que \hat{p} a su vez está normalmente distribuida alrededor del valor real π , con varianza

$$\sigma_{\hat{p}} = \frac{\pi(1-\pi)}{n}; \quad \hat{p} = N\left(\pi, \frac{\pi(1-\pi)}{n}\right)$$

Así pues, para calcular intervalos de confianza para la proporción de 23% obtenida para el año 1970-71, con probabilidad de, digamos 90%, veremos que: (14)

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{.23 \times .77}{660}} = \frac{.42}{25.6} = .0164$$

Entonces, $.23 - (1.65) \times .0164 = \pi \leq .23 + 1.63 \times .0164; \pi = .23 \pm .027$
ó sea que $\pi = 23\% \pm 2.7\%$ con 90% de probabilidad.

Para el año 1975,

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{.26 \times .74}{684}} \quad \text{y} \quad \pi = .26 \pm (.26 - 1.65 \times \sqrt{\frac{.26 \times .74}{684}})$$

ó sea que $\pi = 26\% \pm 2.8\%$ con 90% de probabilidad.

La alta confiabilidad de los porcentajes obtenidos facilitará la comparación de éstos con los que se calcularán en el siguiente capítulo para la "situación experimental".

(13) Op. cit. (10) capítulo 7

(14) Op. cit. (10) pg. 575

CAPITULO 3

RECEPCION Y SUPERVISION DEL PACIENTE CON LA INTERVENCION DEL PSICOLOGO (SITUACION EXPERIMENTAL)

3.1.- FUENTE DE INFORMACION

Dado que no existía experiencia previa en cuanto a la participación sistemática del psicólogo dentro de la recepción y supervisión de pacientes, se tuvo que diseñar un procedimiento ex-profeso que lo incluyera.

Partiendo de la rutina descrita anteriormente en la situación tradicional, se introdujo como un nuevo elemento la exploración del paciente - realizada por el psicólogo a través de una "entrevista inicial" que se llevó a cabo independientemente de la exploración efectuada por el médico residente y de la realizada por la trabajadora social.

Como se consideró de importancia no alargar ni el tiempo de espera del paciente, ni el de la rutina de recepción y supervisión, no se siguió un orden fijo en cuanto a quien de los tres (médico residente, trabajadora social o psicólogo) atendía primero al paciente.

Una vez concluida la revisión de los pacientes en las tres áreas (biopsico-social), se llevó a cabo la reunión de supervisión de la siguiente manera:

Primero exponía el médico residente el caso clínico a tratar. A conti-

nuación, la trabajadora social, añadía sus puntos de vista, y finalmente el psicólogo aportaba los suyos en base a los datos obtenidos durante la entrevista inicial. Una vez que se había cubierto la exposición integral del caso, se procedía a integrar un diagnóstico bio-psico-social, mediando la discusión coordinada por el pediatra especialista en adolescentes (supervisor) quien añadía su opinión y concluía el caso.

De acuerdo con el diseño estadístico de la muestra que se presenta más adelante en este capítulo, se trataron 164 pacientes bajo la "situación experimental".

Como primer paso fue necesario diseñar un instrumento de apoyo, esto es, un protocolo para la entrevista inicial, que se presenta en la siguiente sección de este capítulo. El protocolo diseñado se sometió a una prueba durante dos semanas con el fin de refinarlo. Este período de prueba sirvió además para tomar el tiempo de aplicación y acoplar horarios con la trabajadora social y los médicos residentes para poder participar conjuntamente en la reunión de supervisión.

Ya habiéndose refinado el procedimiento, se realizó la investigación propiamente dicha durante 3 meses; tomando parte en dicho estudio las dos psicólogas sustentantes de esta tesis.

La entrevista inicial se efectuó en forma individual, de tal manera que cada psicóloga entrevistó de 3 a 4 pacientes diarios, 3 veces por semana (o sea los días dedicados por el Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México para la admisión de pacientes de primera vez). La duración de cada entrevista fue de un promedio de 30 minu-

tos por paciente, haciéndose notar que cuando el caso lo requería se a largaba la entrevista hasta un máximo de 45 minutos.

La necesidad fundamental que se plantea para la realización de la entrevista por parte de las psicólogas es la uniformidad. Con este motivo se consideró de primordial importancia elaborar un protocolo como se mencionó anteriormente, para servir de guía en la conducción de las entrevistas. En la siguiente sección describiremos el protocolo que, como parte de esta tesis fue elaborado para este fin.

3.2.- LA ENTREVISTA INICIAL REALIZADA POR EL PSICOLOGO.

3.2.1.- Conceptos Generales.

La entrevista fue seleccionada como instrumento de psicodiagnóstico debido a que a través de su uso es posible alcanzar un conocimiento de la personalidad individual, mismo que se logra solamente mediante el diálogo.

Para definir "entrevista", nos remitimos a la que da Sullivan: "..... Es una 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 qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio" (15).

(15) Sullivan, Harry S. La Entrevista Psiquiátrica. Pg. 28. Editorial Psique. Buenos Aires, 1969

La metodología psicoclínica ha dado origen a una serie de procedimientos encaminados a comprender la interioridad humana individual a través de su expresión; dichos procedimientos incluyen la entrevista, la autobiografía, los cuestionarios, las pruebas objetivas y las proyectivas. Todos estos son instrumentos útiles para el psicodiagnóstico; sin embargo, la entrevista tiene un valor particularmente importante, tal como Robles hace resaltar: "... la entrevista es un cuestionario vivo y flexible ajeno a toda rigidez y a toda pretensión judicial... la entrevista tiene una superioridad en relación con el cuestionario escrito y con cualquiera otra prueba de tipo clínico" (16).

Otra razón que nos hizo preferir la entrevista como instrumento de investigación es el hecho de que en sí inicie el proceso psicoterapéutico como lo menciona Fromm Reichmann: "El proceso psicoterapéutico comienza con la primera entrevista" (17).

3.2.2.- Lineamientos generales para la realización de la entrevista.

Como ya se ha mencionado, el adolescente difiere tanto del niño como del adulto; es por ello muy importante que la manera de conducir la entrevista sea también diferente.

Para obtener la mayor información de nuestros pacientes se tuvieron en cuenta los siguientes puntos:

a) Se hizo notar desde el primer momento que se estaba interesado pri-

(16) Robles O. Símbolo y Deseo. Pg. 107. Editorial Jus, S.A. 2a. Edición México, D.F. 1960

(17) Fromm Reichmann, Frieda. Principios de Psicoterapia Intensiva, pg. 66. Editorial Hormé. Buenos Aires, 1965.

mordialmente en el paciente y no en su acompañante, fomentando desde un inicio la formación de una alianza con el primero.

- b) Se evitó en todo momento cualquier actitud autoritaria por parte del entrevistador.
- c) Se observó detalladamente la comunicación verbal y no verbal.
- d) Al escuchar al paciente se procuró eliminar cualquier actitud crítica, evitando la tentación de hablar, aconsejar o enjuiciar.
- e) Para lograr una impresión rápida de la caracterología del paciente y en particular en el aspecto de dependencia, se entrevistó al adulto acompañante (de preferencia madre) en presencia del adolescente y durante el inicio de la entrevista. Se hicieron preguntas abiertas, o sea sin ser dirigidas directamente a ninguno de los dos, para observar su reacción; dichas preguntas, que por motivos prácticos incluimos en el protocolo de entrevista al paciente, fueron las siguientes:

Ficha de Identidad

Motivo de la Consulta y

Padecimiento Actual

Después de haber obtenido todos los datos necesarios del adulto, se continuó la exploración del paciente solo, llevando a cabo la entrevista en forma flexible y amigable.

3.2.3.- Protocolo de entrevista al paciente.

El protocolo de entrevista inicial que se presenta a continuación, no debe tomarse como una guía rígida; si bien es cierto que la entrevista se describe aquí en forma secuencial y detallada, esto lo hacemos con

el objeto de lograr uniformidad de contenido más no en forma de explorar, que depende en gran parte tanto del entrevistador como del entrevistado.

Durante la aplicación de las entrevistas observamos que la información que inicialmente se obtiene para un área determinada, cubre algunos aspectos de otras áreas. Sin embargo lo importante no es establecer un procedimiento mecánico para la entrevista, sino lograr obtener de ella el máximo de información ordenada para poder diagnosticar adecuadamente al paciente; para ello es necesario dejarlo hablar libremente, y solamente hacerle preguntas directas para explorar aquello que no sea expredado por él en forma espontánea.

Reconociendo la importancia que tiene el "rapport" en la obtención de información, se decidió que el psicólogo se presentara al paciente para entablar la comunicación de la siguiente manera "... aquí en el hospital, todos los pacientes que llegan por primera vez son vistos por la trabajadora social, el médico y la psicóloga, para poder ayudarte mejor. Yo soy la psicóloga...".

A continuación se procedió directamente con:

a) FICHA DE IDENTIDAD

Nombre

Edad

Escolaridad

Religión

Domicilio

b) MOTIVO DE CONSULTA:

Causa por la cual acude el paciente al hospital

c) PADECIMIENTO ACTUAL:

Evolución del padecimiento y actitudes tanto del paciente como de la familia ante la enfermedad. En este renglón se cubre también los antecedentes de enfermedades familiares.

d) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

Se pregunta básicamente el horario diario del paciente. A través de esta información se puede apreciar si coopera en los quehaceres del hogar, si se le atribuyen muchas responsabilidades; su grado de independencia, tiempo libre dedicado a su persona y que tanto se basta a sí mismo.

e) DINAMICA FAMILIAR:

Se explora cómo está constituida la familia y la interacción entre los miembros de ésta. Se hacen preguntas respecto a la edad, ocupación y carácter del padre; lo mismo se pregunta con respecto a la madre, los hermanos y cualquier otra persona que vive en la misma casa, se explora la relación del paciente con ellos.

f) HISTORIA EDUCACIONAL:

Parte de la información que corresponde a esta área es obtenida dentro de la ficha de identidad. Se pregunta: año escolar que cursa, si ha reprobado algún año y la causa. Situación actual en la escuela: académica, relación con los padres, relación con los maestros, actitud de los padres ante sus estudios. Planes vocacionales.

g) HISTORIA SOCIAL:

Se exploran las relaciones interpersonales del paciente en cuanto a la cantidad y calidad de las mismas. Se hacen preguntas tales como "... Dime el nombre de tus mejores amigos, desde hace cuánto que — los conocas, qué actividades compartes con ellos. Si vas a sus ca—sas, los invitas a la tuya..." Para esta área también se incluyen — preguntas sobre paseos, deportes y hobbies.

h) HISTORIA ECONOMICA:

Es importante saber si las necesidades básicas del paciente están — cubiertas; saber cuántas veces come al día, cuál es su alimentación, si tiene dinero para sus transportes. Si trabaja, qué tipo de traba—jo desempeña; actitud frente a éste, y como dispone de su propio di—nero.

i) HISTORIA RELIGIOSA:

Esta área también es cubierta en parte en la ficha de identidad. Se pregunta: la religión que practica y grado de dicha práctica.

j) HISTORIA SEXUAL:

Se explora acerca del inicio de la menstruación y de la primera eya—culación según el sexo entrevistado, e información previa sobre di—chos acontecimientos. Amplitud de sus conocimientos en el área se—xual y de quién obtuvo dicha información. Actitud ante la masturba—ción y ante las relaciones heterosexuales y homosexuales.

Simultáneo al diálogo, el entrevistador debe estar alerta para explo—rar los siguientes aspectos:

a) APARIENCIA:

Se observa el aspecto general del paciente; edad aparente, higiene, lo apropiado del atuendo de acuerdo al sexo, edad y situación.

b) CONDUCTA MANIFIESTA:

O sea el análisis de la conducta del paciente. En lo referente a la cantidad, se exploran, la inercia, incapacidad para iniciar acciones, inquietud, impulsividad, destructividad y rebeldía. En cuanto a la calidad de la acción se observa la conducta inapropiada, como tics, manierismos, estereotípias.

c) AFFECTIVIDAD:

Se explora la intensidad, profundidad y modulación de las respuestas emocionales, así como las cualidades del humor prevalente: apatía, frialdad, aplanamiento, ira, depresión, preocupación, miedo, desconfianza. Respuestas inapropiadas como desarmonía entre la respuesta afectiva y el estímulo que la provocaba; incongruencias entre el sentimiento y la acción.

d) PERCEPCION:

Se observa el grado de alerta y dirección de la atención del sujeto, su distractibilidad, así como alteraciones en este aspecto: alucinaciones, que a veces se exploran en forma directa, por ejemplo, preguntando al paciente si "oye voces", o que reporte si ha tenido sensaciones extrañas.

e) PENSAMIENTO:

Se observa su lenguaje, por ser éste la expresión del pensamiento.

Se toma en cuenta si su curso es lógico, coherente, congruente y si sigue una línea directriz. En cuanto al contenido se valoran sus preocupaciones principales, fantasías, sueños, deficiencias como empobrecimiento de ideas, así como también excesos: obsesiones, ideas fijas.

f) ORIENTACION:

Se explora en sus tres modalidades: persona, espacio y tiempo. Para investigar la orientación de persona, se pregunta: ¿Cómo te llamas? ¿Quién soy yo?; de espacio: ¿Dónde estás ahora? ¿Qué lugar es este? de tiempo: ¿En qué día, mes y año estamos?

g) INTELIGENCIA:

Se exploran sus capacidades intelectuales: memoria, nivel de abstracción, caudal de conocimientos, atención pasiva e inmediata, vocabulario y juicio. Para explorar más detalladamente algunas de las capacidades intelectuales arriba mencionadas se utilizan algunos subtests de las Escalas de Inteligencia de Wechsler, entremezclándolos durante la conversación como un tipo de juego. Los subtests utilizados son:

DIGITOS: Se dá al paciente la siguiente instrucción: "Voy a decir unos números; escucha con cuidado y cuando termine, los repites". - Se inicia con la serie de tres en adelante:

3-8-6

3-4-1-7

8-4-2-3-9

3-8-9-1-7-4

Por medio de este subtest, se midió la atención pasiva e inmediata. También se apreció el nivel de ansiedad.

SEMEJANZAS: Se pregunta: "¿En qué se parecen una ciruela y un durazno?, ¿En qué se parecen el gato y el ratón?, ¿En qué se parecen el piano y el violín?, ¿En qué se parecen el primero y el último?".

Por medio de este subtest se midió el nivel de abstracción del paciente.

COMPRESION. Se pregunta: "¿Qué haces cuando te cortas un dedo?, - ¿Qué haces si ves un tren que se acerca a una parte de la vía rota? ¿Qué haces si estando en el cine te das cuenta que hay fuego?". Por medio de este subtest, se mide el juicio del paciente.

Cuando se tiene duda de si un paciente adolece de daño orgánico, se utilizan los tests: Gestáltico Visomotor de Bender y Dibujos Proyectivos H.T.P. (casa, árbol y persona), ya que son instrumentos muy útiles dada su brevedad y la riqueza de información que se obtiene a través de su aplicación.

3.2.4.- Protocolo de entrevista a la madre o acompañante adulto del paciente.

Con el fin de que la exploración sea lo más completa posible, es necesario que el adulto acompañante del paciente proporcione la siguiente información:

a) ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y PARTO:

Se le pregunta directamente si el embarazo transcurrió saludablemente, si fue a término; lugar donde fue atendido el parto, duración -

de éste y si el paciente respiró y lloró espontáneamente.

b) DESARROLLO PSICOMOTOR:

También en forma directa se preguntan las edades en que el paciente sostuvo solo la cabeza, se sentó, gateó, deambuló, habló y tuvo control de esfínteres diurno y nocturno, se explora ampliamente qué medidas se tomaron para lograr el hábito, ya que esto nos da rasgos - caracterológicos tanto de la madre como del paciente.

c) ACTITUD DE LA MADRE HACIA LA CONDUCTA DEL PACIENTE:

Se exploran aquí los siguientes aspectos: relaciones del paciente - con familiares, maestros y amigos. Actitud de acatamiento a las órdenes que se le dan. Actitud ante la utilización del tiempo libre - del paciente.

Es necesario enfatizar que el propósito fundamental de la entrevista - realizada a la madre o al acompañante adulto es, además de la obtención de cierta información que sólo ellos pueden proporcionar, el obtener elementos para juzgar el grado de dependencia del paciente hacia ellos.

NOTA: Para la elaboración de los protocolos de la entrevista inicial, nos basamos en:

- a) Nuestras prácticas de pasantes realizadas durante 8 meses en el Hospital Infantil de México, en el período inmediatamente anterior a la presente investigación.
- b) Apuntes obtenidos directamente de la materia "Teoría y Técnica"

- cas de la Entrevista", sustentada por Mc. Gregor J.
- c) Sullivan Harry S. La Entrevista Psiquiátrica. Editorial Psique Buenos Aires, 1969.
 - d) Manual de Instrucciones de "La Escala de Inteligencia de Wechsler "para niños".
 - e) Test Gestáltico Visomotor de Bender.
 - f) Hammer Emanuel. Tests Proyectivos Gráficos. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1969
 - g) Kolb, Lawrence . Psiquiatría Clínica Moderna. Cap. 8. Editorial Fournier, S.A. México, D.F., 1973.
 - h) "Historia Clínica e Informe". Publicado por la Universidad Iberoamericana.
 - i) Modelo de Exploración Psiquiátrica de la "Philadelphia Child Guidance Clinic" (Observaciones Iniciales).

3.3.- DISEÑO DE LA MUESTRA.

La precisión de la estimación que hagamos de la proporción de casos en los que se aporta ayuda psicológica bajo la "situación experimental" - depende del tamaño de la muestra en base a la cual se haga esta estimación (esto es, depende del número de casos que se analicen). Procedemos pues a hacer las consideraciones estadísticas correspondientes.

Tal como indicamos anteriormente (sección 2.3.2), \hat{p} , la proporción de resultados del primer tipo obtenidos al analizar el tratamiento recibido por un cierto número de pacientes (esto es, la proporción de casos en que sí se aportó ayuda psicológica al paciente) está normalmente distri

buída alrededor de la proporción real π $\hat{p} = N(\pi, \sigma_{\hat{p}})$

en que $\sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{\pi(1-\pi)}{n}}$

Ahora bien, podemos definir una nueva variable "Z" de la siguiente --

forma:
$$Z = \frac{\hat{p} - \pi}{\sigma_{\hat{p}}}$$

sabemos que Z está distribuida como normal N (0,1).

Aquí, $\sigma_Z = \sqrt{\frac{\pi(1-\pi)}{n}}$, $0 \leq \pi \leq 1$

que nunca podrá ser mayor de

$$\sqrt{\frac{.5 \times .5}{n}} = \frac{.5}{\sqrt{n}}$$

Si queremos que la precisión de nuestra estimación de \hat{p} sea tal que - la probabilidad de que difiera del valor real π en, digamos una magnitud del orden de 0.05 ó más, sea de 10%, tendremos, de acuerdo con las tablas para áreas bajo la curva normal Z : (18).

$$p(Z > 1.65) = 0.1$$

Esto es, la probabilidad de que $z = \frac{\hat{p} - \pi}{\sigma_{\hat{p}}}$ exceda el valor 1.65 es

solamente de 10%. Ahora bien, como nosotros deseamos que el numerador ($\hat{p} - \pi$), que es la diferencia entre el porcentaje que estimaremos y - el porcentaje real, no exceda de una magnitud del orden de 0.05, bastará que garanticemos que $\sigma_{\hat{p}}$ valga

$$\sigma_{\hat{p}} = \frac{\hat{p} - \pi}{1.65}$$

Pero $\sigma_{\hat{p}}$ vale, cuando más, $\frac{.5}{\sqrt{n}}$ Por tanto $\frac{.5}{\sqrt{n}} = \frac{\hat{p} - \pi}{1.65}$

Con el fin de obtener para "n" un valor que nos permita ajustar la du

(18) Op. Cit. (10), pg. 876

ración del experimento a un número cerrado de meses, de acuerdo con el promedio mensual de pacientes que acuden a la recepción del departamento, en vez de exigir una precisión de $\pm 5\%$, tomaremos $\pm 6.4\%$.

$$\sqrt{n} = .5 \times \frac{1.65}{.064}$$

Entonces:

$$n = 164$$

Esto es, si usamos en nuestro experimento una muestra de 164 pacientes para el caso experimental, podemos garantizar que \hat{p} no diferirá del valor real π en más de 0.064 en el 90% de las veces en que condujéramos este tipo de experimento; esto es

$$\hat{p} = \pi \pm 6.4\%$$

con probabilidad de 90%.

3.4.- CRITERIOS DE VALIDEZ DE LOS DATOS

La validez de los datos obtenidos durante la situación experimental puede argumentarse en base a dos criterios:

a) Retroalimentación inmediata recibida durante la supervisión de los casos.

Como ya se mencionó anteriormente, durante la supervisión, el médico residente, la trabajadora social y la psicóloga, exponen los datos encontrados en su exploración.

La discusión colectiva que se realiza durante la supervisión permite que todos los miembros del equipo responsable de la recepción sometan a crítica los conceptos expuestos por cada uno de ellos, incluyendo, desde luego los conceptos presentados por el psicólogo. Es

te cuestionamiento colectivo, y la necesidad de llegar a un diagnóstico conjunto final, constituyen un elemento que nos permite argumentar en favor de la validez del diagnóstico al que se llegó en cada uno de los casos en cuestión, particularmente en lo relacionado a la decisión de proporcionar a un paciente cierto tipo de ayuda en el área psicológica.

- b) Verificación proporcionada durante la administración de la ayuda psicológica prescrita.

El responsable de proporcionar al paciente la ayuda psicológica que le fue prescrita como resultado de la supervisión, aporta un elemento adicional sobre la validez del diagnóstico en base al cual el paciente le es referido. En efecto, al intentar proporcionar la ayuda correspondiente, el responsable podría encontrarse con que ésta no es adecuada, o incluso, que no es necesaria. Cuando esto ocurre el hecho queda registrado en el expediente.

Aún cuando este criterio de validez no es contundente, pues existe el riesgo de que a un paciente se le intente dar un tratamiento erróneo sin que el responsable de proporcionarlo lo detecte, este tipo de verificación aporta un elemento más de confianza en la validez de los diagnósticos psicológicos emitidos, particularmente si se toma en cuenta que dentro de la muestra experimental solamente en un caso el responsable de aplicar un tratamiento rechazó el diagnóstico en base al cual le fue referido el paciente.

La confiabilidad de las proporciones obtenidas para la aportación de ayuda psicológica está determinada por el tamaño de la muestra, tal como se indicó anteriormente (sección 3.3).

Así sabemos que la proporción obtenida de 0.58 (esto es 58% de los casos) no diferirá del valor real π en más de 0.064 (esto es, 6.4%) en el 90% de las veces en que conduzcamos experimentos de este tipo:

$$\hat{p} = \pi \pm 6.4\% \quad \text{con probabilidad de } 90\%.$$

CAPITULO 4

COMPARACION DE LOS DATOS OBTENIDOS Y CONCLUSIONES INICIALES

4.1.- COMPARACION ESTADISTICA DE DATOS OBTENIDOS BAJO LAS 2 DIFERENTES SITUACIONES DESCRITAS.

Para comparar la proporción de casos en que los pacientes recibieron a ayuda psicológica obtenida bajo la situación tradicional con la proporción obtenida bajo la situación experimental, es necesario recurrir a la prueba estadística de hipótesis.

Para este efecto, llamaremos \hat{p}_{T1} , \hat{p}_{T2} y \hat{p}_E a las proporciones - obtenidas para los expedientes del año 70-71 del archivo, los expedientes del año 1975 y para la situación experimental respectivamente.

4.1.1.- COMPARACION ENTRE \hat{p}_{T1} y \hat{p}_{T2} .

Primeramente compararemos \hat{p}_{T1} y \hat{p}_{T2} para ver si la diferencia entre ellas es estadísticamente significativa. De hecho bastaría observar que los intervalos de confianza de \hat{p}_{T1} y \hat{p}_{T2} se traslapan. - En efecto, $23\% \pm 2.7\%$ y $26\% \pm 2.8\%$ coinciden en su rango de 2.5% - con 90% de probabilidad. Con todo, procederemos a la prueba estadística de hipótesis:

$$H_1: \hat{p}_{T1} = \hat{p}_{T2}$$

$$H_2: \hat{p}_{T1} \neq \hat{p}_{T2}$$

Sabemos que si definimos una variable aleatoria como la diferencia de proporciones $\hat{p}_{T1} - \hat{p}_{T2}$, donde $\hat{p}_{T1} = \frac{k_1}{n_1}$ y $\hat{p}_{T2} = \frac{k_2}{n_2}$

su distribución será asintóticamente normal tal que su medida y su varianza pueden ser estimadas como sigue:

$$E(p_{T1} - p_{T2}) = \hat{p}_{T1} - \hat{p}_{T2}$$
$$\text{Var}(p_{T1} - p_{T2}) = \hat{\pi}(1-\hat{\pi})\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)$$

En que

$$\hat{\pi} = \frac{k_1 + k_2}{n_1 + n_2} \quad (19)$$

La misma variable, normalizada, es

$$Z = \frac{\hat{p}_{T1} - \hat{p}_{T2}}{\sqrt{\hat{\pi}(1-\hat{\pi})\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

Entonces, de acuerdo con los valores obtenidos,

$$\hat{\pi} = \frac{152+178}{660+684} = \frac{330}{1344} = .25$$

y

$$Z = \frac{.23 - .26}{\sqrt{.25 \times .75 \left(\frac{1}{660} + \frac{1}{680}\right)}} = \frac{.03}{\sqrt{.19 \times .0029}} = \frac{.03}{\sqrt{.000551}}$$

$$Z = \frac{.03}{.024} = 1.2$$

De las tablas de áreas bajo la curva normal Z , (20), vemos que de 100 casos en que se tomara una muestra de población con igual media, en - 11.5 casos sería posible obtener valores que difieran entre sí en .03. Esto es, la diferencia $\hat{p}_{T1} - \hat{p}_{T2} = 0.03$ puede atribuirse a la casualidad, y la hipótesis nula es aceptada, esto es,

$$H_1: \hat{p}_{T1} = \hat{p}_{T2}$$

(19) Op. cit. (10), pg. 584-585

(20) Op. cit. (18).

La aceptación de esta hipótesis es importante, ya que ésta fundamenta a su vez la hipótesis de que la diferencia en los resultados obtenidos con las situaciones tradicional y experimental, es debida al cambio en el procedimiento de admisión introducido en la situación experimental, y no a un cambio significativo en las características de los pacientes, que pasaron por uno u otro sistema de recepción con una diferencia de 1 o varios años.

4.1.2.- COMPARACION ENTRE \hat{p}_T , \hat{p}_{T_2} y \hat{p}_E

Dado que la diferencia entre \hat{p}_T y \hat{p}_{T_2} no es estadísticamente significativa, podemos buscar un sólo valor para la proporción de casos que reciben ayuda psicológica bajo la situación tradicional. Así, definimos

$$\hat{p}_T = \frac{152+178}{660+684} = .25$$

Ahora bien, procederemos a probar la hipótesis de que la proporción fue mayor para la situación experimental:

$$H_1: \hat{p}_E = \hat{p}_T$$

$$H_2: \hat{p}_E > \hat{p}_T$$

En forma similar a la ya descrita en la sub-sección anterior (esto es, en 4.1.1), definimos una nueva variable:

$$Z = \frac{\hat{p}_E - \hat{p}_T}{\sqrt{\hat{\pi}(1-\hat{\pi})\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

donde

$$\hat{\pi} = \frac{330+95}{1344+164} = \frac{425}{1508} = .28$$

y

$$Z = \frac{.58 - .25}{\sqrt{.28 \times .72 \left(\frac{1}{1344} + \frac{1}{164}\right)}} = \frac{.33}{\sqrt{.20 \times .0067}} = \frac{.33}{\sqrt{.00134}} \quad Z = \frac{.33}{.036} = 9.2$$

El valor de $z=9.2$ es sumamente grande. Las tablas incluyen sólo hasta valores de 3, que corresponden a probabilidades de 1 entre 1000.

Así pues, la probabilidad de obtener una diferencia de 33% en las proporciones, bajo el supuesto de que la media en las dos poblaciones sea la misma es prácticamente nula. Rechazamos pues la hipótesis nula, y aceptamos la hipótesis alternativa, esto es,

$$\hat{p}_E > \hat{p}_T$$

Más aún, investigamos la hipótesis de que \hat{p}_E es mayor que el doble - de \hat{p}_T . Para ello,

$$H_1: \hat{p}_E = 2\hat{p}_T$$

$$H_2: \hat{p}_E > 2\hat{p}_T$$

Aquí,

$$Z = \frac{\hat{p}_E - 2\hat{p}_T}{\sqrt{\hat{\pi}(1-\hat{\pi})\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

en que

$$\hat{\pi} = \frac{660 + 95}{1344 + 164} = \frac{755}{1508} = .5$$

$$Z = \frac{.58 - .50}{\sqrt{.5 \times .5 \times \left(\frac{1}{1344} + \frac{1}{164}\right)}} = \frac{.08}{\sqrt{.25 \times .0067}} = \frac{.08}{\sqrt{.001675}} = \frac{.08}{.04} = 2$$

De las tablas de áreas bajo la curva normal Z (21), vemos que a $Z=2$ corresponde una probabilidad de .0228. Esto es, de 100 casos en que se tomara una muestra de poblaciones con igual media, en 2.2 casos se registrarían valores que difieren entre sí en .08; esto es, la diferencia aquí obtenida entre \hat{p}_E y el doble de \hat{p}_T no puede atribuirse a la casualidad, por lo que rechazamos la hipótesis nula y acceptamos la hipótesis alternativa, esto es,

$$\hat{p}_E > 2\hat{p}_T$$

(21) Op. Cit. (18)

Así pues, podemos afirmar que la proporción de pacientes que recibe ayuda psicológica bajo la situación experimental, no solamente es mayor que la proporción que la recibió bajo la situación tradicional, sino que es mayor aún que el doble de la proporción que la recibió bajo la situación tradicional.

4.2.- CONCLUSIONES INICIALES DE LA PRIMERA PARTE.

Como nos permite ver la comparación estadística de los datos obtenidos respecto al porcentaje de pacientes que recibieron ayuda psicológica, tanto en la situación tradicional como en la situación experimental, - podemos concluir, respondiendo a la pregunta planteada en el Capítulo 1, que la entrevista inicial efectuada por el psicólogo en la admisión de pacientes en un departamento de consulta externa, y la subsecuente participación del psicólogo en la reunión de supervisión, como parte del equipo responsable del diagnóstico, es necesaria en vista de que:

- a) La participación del psicólogo en la recepción y supervisión permite por lo menos duplicar el número de pacientes que reciben ayuda en el área psicológica, elevando el porcentaje de 23% al 56%.
- b) La entrevista inicial realizada por el psicólogo, permite por un lado, adelantar el diagnóstico del paciente, evitando que en algunos casos éste se posponga hasta que se le apliquen los tests que se recomiendan. Por otro lado, se adelanta la iniciación del proceso psicoterapéutico, que como ya se ha dicho, comienza desde la entrevista inicial. Ambos elementos agilizan el manejo del paciente, evitan do tiempo perdido tanto para éste como para el terapeuta.

CAPITULO 5

OTRAS VENTAJAS DE LA ENTREVISTA INICIAL REALIZADA POR EL PSICOLOGO

5.1.- AMPLIACION DE LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO.

Uno de los aspectos a los que se ha puesto atención en esta tesis ha sido el hecho de que en las instituciones hospitalarias al psicólogo clínico se le limita con gran frecuencia esencialmente a la aplicación de tests psicológicos.

Los tests psicológicos comunmente aplicados en la Clínica de Adolescentes del Hospital Infantil de México son:

Test Gestáltico Visomotor de Bender, Dibujos Proyectivos, Terman, - Wechsler, Frases Incompletas de Sacks, Tests de Apercepción Temática, Symonds, Rorschach, Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota e Inventario Ilustrado de Intereses de Geist.

Cabe hacer notar que para llevar a cabo un estudio psicológico se aplica generalmente la siguiente batería: Bender, Dibujos Proyectivos, Wechsler o Terman, Frases Incompletas de Sacks, Symonds o Test de Apercepción Temática. Para su aplicación, interpretación e integración se requiere que el psicólogo invierta de 6 a 8 horas, hasta la obtención de un diagnóstico.

Por otro lado, hay ocasiones en que los pacientes, por diferentes causas, no acuden a terminar su estudio, y no logran obtener ningún bene-

ficio práctico de las horas invertidas anteriormente.

Debido a la duración tan prolongada que requiere la aplicación de la batería de tests arriba mencionada, en algunos casos, resulta inútil, debido a que ya se estableció por otros conductos el diagnóstico e inclusive el paciente ya está recibiendo un tratamiento psicoterapéutico por parte del médico.

Según los datos obtenidos, tomando como base el número de pacientes que recibieron "ayuda psicológica", el porcentaje de quienes la recibieron a través de la aplicación de tests psicológicos, como ya se mencionó en las secciones 2.3.2 y 3.5.2 fue:

- situación tradicional	año 70-71	47%
- situación tradicional	año 75	39%
- situación experimental	año 76	19%

Estos datos nos permiten ver claramente como la utilización de la entrevista inicial aplicada por el psicólogo permite reducir aproximadamente a la mitad los casos en que se necesita recurrir a los estudios psicológicos.

Dado los puntos antes expuestos, concluimos, que utilizando la entrevista inicial se ayuda a liberar al psicólogo y al paciente de la rutina de aplicación de tests lo que permite tener más tiempo libre para empezar inmediatamente la relación psicoterapéutica y abarcar mayor número de pacientes, considerando que el tiempo invertido en una entre-

vista inicial oscila entre 30 y 45 minutos.

5.2.- MEJORA EN LOS EXPEDIENTES.

Tal como se indicó en la primera sección del Capítulo 2, la necesidad de obtener información en cuanto a la ayuda psicológica que les fue proporcionada a los pacientes en la "situación tradicional", obligó a leer detenidamente las historias clínicas que se encontraban archivadas. Posteriormente se hizo una revisión de las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos durante la "situación experimental" y fue notoria la mejoría que se observa en los últimos expedientes. Dicha mejoría se centra principalmente en la descripción del área psicológica, relacionándola con las otras áreas (bio-social), lo cual nos permite obtener a través de su lectura un panorama más completo sobre la situación del paciente.

5.3.- SENSIBILIZACION DE LOS RESIDENTES.

El hecho de que el psicólogo participe en forma conjunta con la trabajadora social y el médico residente, le permite a éste, quien participa en el Departamento por períodos de 5 semanas como parte de su entrenamiento de especialización en pediatría, obtener un aprendizaje de los problemas psicológicos que puede presentar el paciente. Esto le da una visión diferente a la que ha estado acostumbrado, pues su formación médica y práctica hospitalaria no le ha dado la oportunidad de tener presente el aspecto emocional del paciente. Se obtiene así un entrenamiento integral del residente, al ser sensibilizado en la exploración emocional; esta mayor sensibilización se observó durante las supervisiones en la "situación experimental", ya que durante las primeras reuniones en que participaban los médicos residen-

tes rotantes, su aportación o discusión en lo referente al aspecto psicológico, era muy limitada. Sin embargo después de varias sesiones en que oyeron la exposición del psicólogo, se notó de su parte una mayor intervención y comentarios al punto de vista expuesto por el psicólogo. Esta sensibilización se hizo también notoria en la elaboración de las historias clínicas en lo referente a la exposición del aspecto psicológico.

SEGUNDA PARTE

PROPOSICIONES PARA EL MEJOR FUNCIONAMIENTO DEL
DEPARTAMENTO DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL IN-
FANTIL DE MEXICO.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Ya que se cuenta con los datos obtenidos al recorrer toda la rutina de operación del Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México, hemos considerado conveniente aprovechar esta información, - sistematizarla y analizarla, para hacer sugerencias en relación al mejor funcionamiento del Departamento.

CAPITULO 6

DESCRIPCION DE ALGUNOS ASPECTOS DEL FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

6.1.- INTRODUCCION

Los aspectos que se presentan aquí respecto al funcionamiento del Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México, son aquellos que consideramos necesarios para ubicar con claridad las sugerencias de mejoramiento que se proponen en el Capítulo 7.

6.2.- CLASIFICACION DE LOS CASOS QUE SE PRESENTAN EN EL AREA PSICOLÓGICA.

Dado que el Departamento de Adolescentes como ya se mencionó anteriormente, es un servicio que atiende todo tipo de padecimientos, y no siendo un departamento especializado en psiquiatría o higiene mental, no consideramos necesario hacer una clasificación demasiado fina del tipo de casos que se presentaron en el área psicológica. Para los fines que se persiguen en esta sección, dividiremos a los pacientes que recibieron ayuda psicológica en dos grandes grupos:

a) Pacientes que presentaron retraso mental

Se incluyen en este grupo a pacientes que presentaron un funcionamiento intelectual inferior al promedio, derivado de una limitación innata en el desarrollo del cerebro, de una enfermedad, de una lesión cerebral o bien a consecuencia de una falta de maduración cau-

sada por la insuficiencia de estímulos ambientales familiares y/o - culturales.

b) Pacientes que presentaron problemas emocionales.

Se incluyen en este grupo a pacientes que presentaron problemas conocidos como reacciones de adaptación o "crisis de adolescencia", o sea desajustes psicológicos temporales característicos de la etapa - de la adolescencia (tales como "miedos", "nerviosismo", "somatiza- ciones", "depresiones", "agresividad", "robo").

Hacemos notar que un tipo de casos muy frecuente que podrían clasifi- carse bajo el rubro de "bajo rendimiento escolar", de hecho se deben a un retraso mental, a un problema emocional o a ambos, resultando un - problema de etiología mixta.

6.3.- CLASIFICACION DE TIPOS DE TRATAMIENTO QUE SE PROPORCIONAN EN EL AREA PSICOLOGICA.

Describiremos a continuación los tipos de tratamiento que se proporci- nan en el área psicológica, enfatizando que el nivel de detalle de la presentación se limita a las exigencias de ubicación de las propuestas que se incluyen en el capítulo 7.

Entre los tratamientos que se proporcionan a los pacientes, dado el ti- po de ayuda psicológica que requieren, encontramos los siguientes;

6.3.1.- Piscoterapia Breve, Directiva o de Apoyo.

Entendemos por Psicoterapia Breve a lo que Bellak y Small definen como "... una interacción verbal o de alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, fundada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente" (22). Dicha entrevista es conducida según lo requiera el caso, ya sea por el experto en adolescentes, el médico residente, el psiquiatra, el psicólogo o la trabajadora social. De los casos investigados* un 68% requirió psicoterapia breve por tratarse en la mayoría de los casos de problemas transitorios y propios de la adolescencia, proporcionando a través de las entrevistas personales principalmente terapia de apoyo y/o de orientación. Un 1% presentaron problemas agudos que requirieron la intervención del psiquiatra para dar tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, requiriendo dichos casos un tratamiento más prolongado. Un 8% requirieron de la intervención indirecta del psiquiatra mediante asesoramiento al psicólogo.

6.3.2.- Entrevista Familiar

Entendemos por Entrevista Familiar lo que Wynne dice: "... la exploración y clarificación de la naturaleza y las fuentes de las dificultades familiares, como medio para resolver tales dificultades. Las transacciones inmediatas de los miembros de la familia entre sí, y con el terapeuta, constituyen los datos iniciales más significativos para explorar y comprender" (23).

Este tipo de terapia la lleva a cabo ya sea el pediatra experto en ado

(22) Bellak Leopoldo y Small Leonardo. Psicoterapia Breve y de Emergencia. Pg. 23. Editorial Pax. México, D.F. 1970

(23) Wynne Lyman C. Interacción Familiar. Pg. 242. Editorial Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires, 1971.

* Los porcentajes que se presentan son relativos al número de casos en que el paciente recibió ayuda psicológica. Estos porcentajes fueron obtenidos de la situación experimental.

lescentes, o el psiquiatra especializado en terapia familiar. Dentro de este grupo se encontró que un 16% se dedicó a entrevistar al padre o a la madre, ya fuere para orientarlos en cuanto al manejo del paciente, o bien en entrevistas preliminares a una entrevista familiar conjunta.

Por otro lado, el 23% de los casos investigados requirieron este tipo de tratamiento, haciéndose notar que en su mayoría era básicamente una "evaluación familiar", realizada en una sola sesión; siendo un porcentaje mínimo el que recibió tratamiento subsecuente.

6.3.3.- Estudios Psicológicos

Para explicar lo que entendemos por estudios psicológicos utilizamos lo que Anastasi define como Test Psicológicos: "Un test psicológico constituye esencialmente una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta" (24).

En el Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México, como ya se mencionó en la sección 5.1; se aplican primordialmente los siguientes tests:

a) Test Psicológico Visomotor de Bender

Por medio del cual principalmente se detectan problemas de organización y el nivel de maduración del paciente.

b) Dibujos Proyectivos

Incluyen el H.T.P. (Casa-Arbol-Persona) y Dibujo de la Familia. Es-

(24) Anastasi Anne. Tests Psicológicos. Editorial Aguilar. México 1973

tos tests, además de ser utilizados en su forma proyectiva para detectar rasgos de la personalidad, también proporcionan información sobre organicidad y nivel de maduración del paciente.

c) Terman y Wechsler en sus dos modalidades (Wisc y Wais).

Por medio de estos tests se observan las capacidades intelectuales del paciente.

d) Frasas Incompletas de Sacks.

Se utiliza para explorar actitudes, pensamientos y opiniones sobre diferentes áreas.

e) Tests de Apercepción Temática (T.A.T.) y Symonds.

Láminas que en forma proyectiva permiten explorar la dinámica del paciente.

f) Rorschach

Láminas que contienen manchas de tinta y también en forma proyectiva miden la dinámica de la personalidad. Este test es utilizado en casos muy específicos cuando el paciente presenta una fuerte desestructuración de la personalidad.

g) Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, (M.M.P.I).

Mide como su nombre lo indica, rasgos de la personalidad.

h) Inventario Ilustrado de Intereses de Geist.

Se aplica básicamente cuando se da orientación vocacional.

El estudio psicológico al que nos referimos incluye la aplicación de uno o varios tests de los antes mencionados, según lo requiera el caso a juicio del Psicólogo. Como ya se mencionó anteriormente, el 19% de los pacientes que recibieron ayuda psicológica durante la situación experimental requirieron para ello de la aplicación de tests psicológicos.

6.4.- FUNCION DEL PERSONAL Y SU ORGANIZACION PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES.

Actualmente el Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México, cuenta con el siguiente personal:

1) Un Jefe del Servicio del Departamento de Adolescentes y de Higiene Mental, Endocrinólogo y Pediatra.

Sus funciones abarcan: La supervisión directa del personal, la dirección de las funciones administrativas, dirige las funciones tanto asistenciales como de enseñanza en el Servicio. La mayoría del trabajo clínico lo hace a través de su personal, y en forma directa atiende a los pacientes que requieren de su especialidad.

2) Dos Médicos Peditras.

a) Un Médico Pediatra, Fundador y Jefe de la Unidad de Medicina de Adolescentes.

b) Un Médico Pediatra especialista en adolescentes.

Ambos tienen a su cargo la supervisión de los casos clínicos de los pacientes de primer ingreso o subsecuentes atendidos por los médicos residentes en pediatría, las psicólogas y la trabajadora social.

También en forma directa dan asistencia psicoterapéutica de apoyo o directiva a los pacientes que lo requieran.

3) Médico Neurocirujano.

Presta asistencia 2 días a la semana, su presencia obedece al gran número de pacientes crónicos con problemas neurológicos.

4) Médico Psiquiatra.

Especializado en psicoterapia familiar y psicoanálisis, a quien se refieren familias para ser evaluadas y posteriormente referidas a terapeutas especializados. Presta asistencia 1 día a la semana.

5) Dos Médicos Residentes en Pediatría.

Este personal rota cada cinco semanas. Su función consiste en asistir a los pacientes de primer ingreso y subsecuentes, teniendo a su cargo la elaboración de las historias clínicas, la revisión de pacientes de medicina general y la realización de psicoterapias breves directivas o de apoyo.

6) Tres Psicólogas.

Su función primordial es la aplicación de tests a pacientes derivados de la consulta externa del Departamento. Proporcionan también - Psicoterapia Breve.

7) Una trabajadora social.

Establece el primer contacto que el paciente y su familia tienen con el Hospital y acepta o rechaza la asistencia al Departamento. Fija cuotas de acuerdo al nivel socio-económico de la familia. Ocasionalmente hace visitas domiciliarias ó a instituciones, según lo requiera

ra el caso. Coordina con otros servicios del Hospital el manejo del paciente.

8) Una recepcionista.

Se encarga de llevar el control de citas así como de llenar las formas necesarias del registro clínico del paciente.

9) Un archivista.

Encargado del manejo de los expedientes clínicos.

10) Una auxiliar de enfermera.

Quien se ocupa de las funciones de enfermería del servicio.

11) Una secretaria.

Quien recibe su trabajo a través del Jefe del Servicio.

CAPITULO 7

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL DEPARTAMENTO DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO.

7.1.- INTRODUCCION

Las proposiciones que a continuación presentamos, han sido divididas en dos grupos, ya que algunas de ellas están esencialmente relacionadas con los aspectos técnicos del Servicio, y otras con los aspectos organizativos.

Dentro de cada uno de estos grupos, hemos dado una secuencia a las recomendaciones, dependiendo que se refieran al proceso de admisión, a la supervisión o al tratamiento.

7.2.- PROPOSICIONES DE MEJORAMIENTO: ASPECTOS TECNICOS.

En base a la descripción hecha en el capítulo anterior, acerca tanto de la clasificación de los casos que se presentan en el área emocional como del tipo de tratamiento que se les proporciona, se hacen en el presente capítulo varias sugerencias para el mejoramiento de esta área que denominaremos Area Técnica.

La "ayuda psicológica" a la que se ha hecho referencia con anterioridad, está siendo proporcionada básicamente por los médicos pediatras especialistas en adolescentes y los médicos residentes, por no contar con la ayuda de los psicólogos, que invierten gran parte de su tiempo

en la aplicación de tests psicológicos. Por otro lado, se ha expresado también con anterioridad, la necesidad de que el psicólogo desempeñe primordialmente la función de psicoterapeuta y no sólo la de psicólogo, pues hay un porcentaje menor de pacientes que requieren de los estudios psicológicos, comparado con la mayoría de pacientes que requieren de psicoterapias breves.

Dado lo anterior se proponen varias recomendaciones de índole técnica para permitir al psicólogo que se pueda dedicar más intensamente a la labor psicoterapéutica.

Las recomendaciones en el área técnica son, además de la referente a la instalación de la Situación Experimental en forma cotidiana, las siguientes:

7.2.1.- En el área de admisión y entrevista inicial de pacientes.

- 1) Mejoramiento de los protocolos de entrevista inicial expuestos en la presente tesis.

No pretendemos que sean utilizados tal cual fueron diseñados; se sugiere que se refinen a través de su uso.

7.2.2.- En el área de tratamiento de pacientes.

- 1) Se sugiere que el Departamento cuente con un Psiquiatra especialista en Psicoterapia Familiar en forma permanente.

Existe un porcentaje significativo de pacientes que podrían mejorar con psicoterapia familiar. Se presenta por otro lado la necesidad tanto de suministrar psicofármacos a algunos pacientes, como de dar asistencia al pequeño porcentaje

de pacientes que presentan problemas agudos de desestructuración de la personalidad.

- 2) Se sugiere que se establezcan los mecanismos que permitan una labor cotidiana de supervisión:

Del psiquiatra a los psicólogos en psicoterapias familiares e individuales.

Del psicólogo al médico residente, en casos de entrevistas personales para dar orientaciones psicológicas breves.

De la trabajadora social al psicólogo y al médico para proporcionar información sobre centros de capacitación, escuelas, internados y otro tipo de instituciones que son de primordial importancia en el manejo y orientación de ciertos pacientes.

- 3) Se sugiere la formación de grupos de adolescentes para proporcionarles psicoterapia , dirigidos por un especialista - en esta área, ya que como dice Ackerman: "... para la mayoría de los adolescentes emocionalmente perturbados, resulta sumamente útil brindarles como suplemento de la psicoterapia individual una experiencia en psicoterapia de grupo. La experiencia de grupo tiene valor especial en relación con la necesidad de un intercambio de experiencias con gente de la misma edad. Muchas veces es única e irremplazable la ventaja de resolver conflictos a través de la identificación con otros adolescentes en una experiencia de terapia de grupo..." (25)

(25) Nathan W. Ackerman. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones familiares. Pg. 351. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1971.

7.2.3.- Mejoras que se proponen en la interacción de las dos áreas anteriormente expuestas.

1) Se sugiere proporcionar información sexual a los pacientes.

Dado que se observó durante el presente estudio, que el 66% de los pacientes que acuden al servicio de adolescentes del Hospital Infantil de México, contaban con una inadecuada in formación en el aspecto sexual o incluso carecían de ella. Así pues, es obvia la necesidad que tienen estos adolescentes de adquirir dicha información. Para este propósito se propone:

- . Preparar literatura en forma de folleto cubriendo el área sexual, con el objeto de repartirla en forma rutinaria a cada paciente.
- . Que las personas que brinden asistencia a los adolescentes en este departamento, reciban un curso especial proporcionado por el especialista en adolescentes, de modo que estén preparados para transmitir información sexual en forma clara y objetiva cuando el caso lo requiera.

7.2.4.- Necesidades técnicas generales.

1) Se sugiere que en forma regular se impartan cursos:

- . Del especialista en adolescentes a todo el Departamento.- Este curso tendrá como objetivo proporcionar una visión de lo que es un adolescente, con el fin de que el personal del Departamento logre una adecuada y exitosa aproximación con el paciente.
- . Del Psiquiatra especialista en Psicoterapia Familiar al Psicólogo, sobre Psicoterapia.

- . Del Médico Residente al Psicólogo, sobre ciertos padecimientos que son frecuentes en los adolescentes y cuya problemática física repercute en el área psicológica, tales como epilepsia, diabetes, daño orgánico cerebral, etc.
- . Del Psicólogo al Médico, sobre los tests psicológicos en lo referente a su utilidad, para que en caso de necesitar los sepan el tipo de test que requiere ser aplicado al paciente. Además nociones sobre psicoterapia breve.

7.3.- PROPOSICIONES DE MEJORAMIENTO EN EL AREA ORGANIZATIVA.

Al proponer la introducción de la entrevista inicial en el Departamento de Admisión de Pacientes, es lógico que se altera la organización del personal que labora en dicho departamento. De aquí que en esta sección se propongan varias sugerencias para el mejoramiento de esta área que denominaremos área organizativa.

Las recomendaciones en el área organizativa son:

7.3.1.- Mejoras que se proponen en el área de admisión y entrevista inicial de pacientes.

- 1) Se sugiere que al dar la cita al paciente de primera vez se le indique que puede venir desayunado a la consulta. Durante la "situación experimental" un porcentaje elevado de pacientes reportó encontrarse en ayunas, debido a que pensaban que se les iban a hacer análisis de sangre. Se hace notar que generalmente los pacientes que acuden a consulta de primera vez llegan a las 8 A.M. y salen a las 13:00 horas.



- 2) Se sugiere que la recepcionista tenga preparada una lista de los pacientes que serán entrevistados por los psicólogos.
- 3) Unido al punto anterior, se sugiere que la recepcionista organice a los pacientes y los asigne tanto a la trabajadora social como al médico residente y a la psicóloga de modo tal que no interfieran en sus respectivas exploraciones.

7.3.2.- Mejoras que se proponen en la "junta de supervisión de casos."

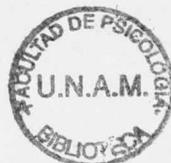
- 1) Se sugiere que el supervisor haga énfasis en que los médicos residentes escriban con claridad tanto de letra como de contenido las historias clínicas de los pacientes.

7.3.3.- Mejoras que se proponen en el área de tratamiento de pacientes.

- 1) Control de Psicometrías.- Se sugiere que uno de los psicólogos supervise que las psicometrías sean hechas con oportunidad y generen la acción adecuada que oriente al terapeuta en el tratamiento.
- 2) Se sugiere que el control de citas de cada terapeuta sea utilizado para que el archivista proporcione con anticipación el expediente actualizado del paciente a tratar.

7.3.4.- Mejoras que se proponen en la interacción de las áreas de supervisión y tratamiento de pacientes.

- 1) Definir dentro de la junta de supervisión la persona que proporcionará la ayuda psicológica.



- 2) Se sugiere que uno de los psicólogos tenga bajo su control el que en efecto se lleve a cabo el tratamiento psicológico que se indicó durante la supervisión.

7.3.5.- Necesidades organizativas generales.

- 1) Se sugiere que los 3 psicólogos que laboran actualmente en el Departamento, roten ordenadamente de tal forma que cubran tanto la entrevista inicial, la junta de supervisión - y tratamiento subsecuente de pacientes de la siguiente manera:

Dado que son 3 días los requeridos para llevar a cabo la entrevista inicial; las psicólogas se rotarán para que siempre estén dos disponibles:

DIA 1 : Psicólogas 1 y 2

DIA 2 : Psicólogas 2 y 3

DIA 3 : Psicólogas 1 y 3

- 2) Como ya se mencionó anteriormente, el proceso psicoterapéutico se inicia desde la "entrevista inicial" de allí la importancia de que sea la misma psicóloga que llevó a cabo la entrevista inicial, y más tarde supervisó el caso, la que - continúe el tratamiento psicológico del paciente.

TERCERA PARTE

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es demostrar la necesidad de que el psicólogo clínico que labora en un departamento de consulta externa, amplíe sus funciones más allá de las de mero aplicador de tests psicológicos, y participe dentro de un equipo responsable de la admisión de pacientes, utilizando para ello la entrevista inicial como instrumento principal de psicodiagnóstico.

El interés por realizar este estudio surgió durante el tiempo en que las autoras prestaban su servicio social en el Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México. El departamento es por demás un lugar apropiado para estudiar la posible amplitud de las funciones del psicólogo clínico. En efecto, además de la importancia que se da en el departamento a la prestación de una asistencia integral a los pacientes, se cuenta ya en él con un equipo de recepción de pacientes que incluye un médico residente, un pediatra especialista en adolescentes y una trabajadora social. Por otro lado, a este departamento acuden pacientes con una amplia gama de enfermedades; esto constituye una ventaja pues las implicaciones que este estudio pudiera tener para otras instituciones hospitalarias de consulta externa, serían más limitadas si el presente trabajo se hubiera desarrollado en una institución dedicada a un solo tipo de enfermedad (y más aún si se hubiera llevado a cabo en un centro psiquiátrico).

Se realizó una primera encuesta verbal respecto a la necesidad de ampliar las funciones del psicólogo en la forma arriba indicada, entrevistando a personas de reconocida autoridad en la materia. Las respuestas obtenidas fueron antagónicas y se caracterizaron por una notoria subjetividad en los argumentos utilizados. Este estudio pretende pro-

porcionar una base objetiva para esta discusión.

La investigación realizada consistió esencialmente en comparar lo que pasa en la recepción y supervisión* de pacientes dentro del Departamento seleccionado, bajo dos situaciones diferentes:

- a) La Situación Tradicional, en la que el psicólogo no participa en la recepción y supervisión de pacientes.
- b) La Situación Experimental, en la que se introduce la entrevista inicial realizada al paciente por el psicólogo, quien participa entonces en la supervisión, aportando al equipo existente su punto de vista para llegar al diagnóstico definitivo.

Para hacer la comparación de lo que pasa en la recepción y supervisión bajo cada una de estas dos situaciones, se procedió inicialmente a calcular el porcentaje de pacientes que recibieron "ayuda psicológica" - bajo cada una de ellas, entendiendo por tal cualquier asistencia en el área emocional proporcionada por el médico residente, el pediatra especializado en adolescentes, la trabajadora social, el psiquiatra o el psicólogo.

La fuente de información para los pacientes tratados bajo la Situación Tradicional, fue el archivo de la Institución, que contiene toda la información obtenida de cada paciente durante su exploración y tratamiento. Para este efecto, se revisaron los expedientes correspondientes al período comprendido entre los meses de abril de 1970 y 1971, por ser el primer año en que el departamento funcionó en forma sistematizada, y los de enero a diciembre de 1975, por ser el año anterior inmediato a la presente investigación. Por razones de confiabilidad estadística

* Llamamos aquí "supervisión" a una junta que se lleva a cabo como parte de la rutina normal en la que intervienen una trabajadora social, un médico residente (quienes han sostenido una entrevista pre

se decidió utilizar todos los expedientes disponibles en el archivo para los períodos anteriormente indicados (660 y 684, respectivamente).

La magnitud de la aportación de ayuda psicológica bajo la Situación Tradicional durante el año 70-71 fue de 23% del total de pacientes admitidos; en 1975 fue de 26%. El intervalo de confianza calculado para cada uno de estos porcentajes fue del orden de $\pm 3\%$ con probabilidad de 90%. Durante el año 70-71 el 47% de los pacientes que recibieron ayuda psicológica requirieron para ello de la aplicación de tests psicológicos, y en 1975 el 39%.

Para obtener la información correspondiente a la Situación Experimental, dado que no existía experiencia previa en cuanto a la participación del Psicólogo dentro de la recepción y supervisión, se estableció un nuevo proceso de recepción, que incluye la realización de una entrevista inicial al paciente por parte del psicólogo y la participación de este último en la supervisión. Esto requirió el diseño y prueba de un nuevo protocolo de entrevista psicológica tanto para el paciente como para el acompañante adulto.

Se diseñó una muestra estadística de 164 pacientes con el fin de obtener una confiabilidad adecuada.

La magnitud de la aportación de ayuda psicológica bajo la Situación Experimental fue del 56% del total de pacientes admitidos ($\pm 6\%$ con confiabilidad de 90%). Para esta situación, solo el 19% de los pacientes que recibieron ayuda psicológica requirieron para ello de la aplicación de tests psicológicos.

vía de exploración con cada paciente), y un pediatra especialista en adolescentes, con quien se revisa cada caso, y se llega a un diagnóstico y a la canalización del paciente al tratamiento adecuado.

La validez de los datos obtenidos durante la Situación Experimental se argumentó en base a dos criterios: a) Retroalimentación inmediata durante la supervisión de los casos y b) Verificación proporcionada durante la administración de la ayuda psicológica recomendada para el paciente en la supervisión.

Se investigó la hipótesis de que la proporción de casos en que el paciente recibió ayuda psicológica durante el año 70-71 fue igual a la correspondiente al año 75, y fue aceptada; esto es, la diferencia entre el 23% y el 26% obtenidos, puede atribuirse al azar. Esto nos permite afirmar que la diferencia obtenida entre la situación experimental y la situación tradicional, no es atribuible a una supuesta mayor incidencia de pacientes con problemas psicológicos durante el año de 1976.

La hipótesis de que la magnitud de la ayuda psicológica proporcionada en la Situación Experimental es mayor que el doble de la proporcionada en la Situación Tradicional, fue probada estadísticamente, y aceptada con probabilidad de 97.8%.

Además de este argumento en favor de la Situación Experimental, se obtuvieron otros criterios durante la experimentación del nuevo proceso. Los principales fueron:

- a) La entrevista inicial realizada por el psicólogo adelanta el diagnóstico del paciente, evitando además los casos en que la aplicación de los tests resulta extemporánea, sea por lo crítico de la situación del paciente, o por las limitaciones de tiempo que él mismo

tenga (sobre todo el paciente foráneo).

- b) Adelanta la iniciación del proceso psicoterapéutico, mismo que se inicia propiamente desde la entrevista inicial, todo lo cual agiliza - el manejo del paciente.

- c) Hace más factible el ampliar las funciones del psicólogo en su práctica hospitalaria, ya que según los datos obtenidos, de aquellos pacientes que reciben ayuda psicológica, el porcentaje de los que requirieron la aplicación de tests disminuyó a la mitad en la Situación Experimental. Dado que la aplicación de tests es particularmente tardada para llegar a la conclusión de un diagnóstico, la nueva situación permite al psicólogo tener más tiempo libre para empezar la relación psicoterapéutica y abarcar mayor número de pacientes.

- d) La mejora en la claridad y el orden de los expedientes clínicos, no sólo en el área psicológica, sino en su relación con las áreas biológica y social.

- e) Favorece una mayor sensibilización del médico residente ante los - problemas psicológicos, lo cual ayuda a que obtenga un entrenamiento integral en la exploración del adolescente.

Como una segunda parte de este estudio, los datos obtenidos al recorrer la rutina de operaciones del Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México fueron aprovechados, sometiéndolos a una sistematización y análisis, y haciendo en base a ellos una serie de suger

rencias en relación al mejor funcionamiento del departamento. Se presentan algunas de las alternativas que se abren para la ampliación de las funciones del psicólogo clínico. Para dar un orden y estructura a estas sugerencias, se les clasificó de acuerdo con la naturaleza de los problemas que tocan, sea técnicas u organizativas, y de acuerdo con su incidencia en la Admisión, en la Supervisión y en el Tratamiento.

Esta tesis se desarrolló en un departamento de consulta externa en particular; los resultados obtenidos sugieren la necesidad de que se realicen estudios similares en otras instituciones de este género, para - estimar la magnitud del beneficio que podrían obtener los pacientes de tales instituciones hospitalarias al ampliar la función del psicólogo clínico por lo menos en el sentido que aquí se propone.

A N E X O S

NOMBRE _____ Reg. _____
 Fecha _____ Rx _____
 Edad _____ Sexo _____ Tel. _____
 Dom. _____
 Col. _____

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
 Institución de Servicio Médico, Enseñanza e Investigación
 AFILIADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
 CALLE DR. MARQUEZ 162
 MEXICO, D. F.

CONSULTA EXTERNA

Padre _____ Edad _____ Esc. _____ Ocupación _____ Edo. Civil _____
 Madre _____ Edad _____ Esc. _____ Ocupación _____ Edo. Civil _____
 Lugar de nacimiento _____ Lugar de residencia _____

RESUMEN DEL ESTUDIO SOCIAL Y ECONOMICO

Persona responsable del hogar _____ Parentesco _____
 Ocupación y lugar de trabajo _____ Tel. _____
 Ingreso total mensual _____ No. de personas que sostienen _____ Adultos _____ Menores _____
 Tipo de casa que habita _____ Renta _____ Servicios sanitarios _____
 No. de cuartos _____ No. de dormitorios _____
 Informante _____ Procedencia del caso _____
 Cuota fijada por consulta _____ Otros datos _____

NOMBRE _____ Reg. _____
 Fecha _____ Rx _____
 Edad _____ Sexo _____ Tel. _____
 Dom. _____
 Col. _____

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
 Institución de Servicio Médico, Enseñanza e Investigación
 AFILIADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
 CALLE DR. MARQUEZ 162
 MEXICO, D. F.

CONSULTA EXTERNA

Padre _____ Edad _____ Esc. _____ Ocupación _____ Edo. Civil _____
 Madre _____ Edad _____ Esc. _____ Ocupación _____ Edo. Civil _____
 Lugar de nacimiento _____ Lugar de residencia _____

HOSPITAL INFANTIL

Consulta Externa

DEPARTAMENTO DE ADOLESCENTES

Nº Exp.	_____
H. Inf.	_____
Rayo X	_____
Fecha de:	_____
Admisión	_____
Alta	_____
Baja	_____
Reingreso	_____

NOMBRE: _____

Edad: _____ años _____ meses SEXO: _____ masc. fem. ESC.: _____ ciclo (Prim.Secund.etc.)

Motivo de Consulta _____

Procedencia: _____

Edad en que inició el padecimiento: _____ años _____ meses

Tratamiento que ha recibido:

_____ ninguno _____ quirúrgico _____ medicamentoso _____ psicoterapia _____ otros.

Imp. Diagnóstica inicial: _____

Remitido por:

Nombre del padre, madre o tutor a quien dirigirse en caso necesario y domicilio. _____

Estado Civil de los padres _____ Escolaridad de los Padres: _____)Prim.Secund.) año

ESTUDIOS Y CONSULTAS DADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL:

	FECHA	REALIZADO POR		FECHA	REALIZADO POR
Preconsulta			Cirugía		
Psicometría			Nefrología		
P. Proyectivas			Hematología		
E. Vocacional			Dermatología		
E. Psiquiátrica			Ojos		
E. Social			O.N.G.		
E.E.G.			Medicina Fis.		
E.C.G.			Ortopedia		
Laboratorio			Alergia		
Rayos X			Oncología		
Cardiología			Endocrinología		
Neurología					

SUPERVISOR Y RESPONSABLE:

Diagnóstico Integral:

TRATAMIENTO RECOMENDADO:

Fecha inició	Fecha alta	Terapeuta	Tratamiento:
_____	_____	_____	_____

CONTROL DEL ENFERMO

Fecha:	Resultado:	Fecha:	Resultado:
_____	_____	_____	_____

**ANTECEDENTES
DIETETICOS**

Allimentación al seno, obilactación, destete. Edad aproximada en que iniciaron jugos defru-
tas, cereales, verduras, huevo ,
carne, frijol, etc. Administraci-
ón de productos vitamínicos.
Allimentación actual.
Alimentos no tolerados.

**DESARROLLO
SOMATICO Y
FUNCIONAL**

Sostener la cabeza, sentarse, pa-
rarse, caminar, seguir la luz, ob-
servar objetos, reconocer famili-
ares, hablar, etc. Control de es-
finteses, Dentición.

Hábitos y progreso escolar.

ENFERMEDADES

Sarampión, viruela, varicela, ru-

Sarampión, viruela, varicela, ru-
beola, tos ferina, difteria, es-
carlatina, perotiditis, tifoidea ,
salmonelosis, tifo, paludismo ,
rinofaringitis, amigdalitis, neu-
monía, reumatismo, corea, pa-
rasitosis, disentería, hepatitis,
etc.

Exposición reciente a enferme-
dades contagiosas

**ACCIDENTES Y
OPERACIONES**

**INTOLERANCIA
A MEDICAMENTOS**

Sulfas, antibióticos, sueros, etc.

**INMUNIZACIONES
PRUEBAS DE
INMUNIDAD**

Vacuna antivaricelosa, B.C. G.
Inmunización en contra de la
difteria, tetanos, tos ferina, ti-
foidea, poliomieltis, sarampión
etc.

Mantoux, Shick, etc.

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

FORMA NUM. 54

INSTITUCION DE SERVICIO MEDICO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION
AFILIADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA

CONSULTA EXTERNA

FECHA _____

NOMBRE _____ EDAD _____ SERVICIO _____ REG. NUM. _____

PADECIMIENTO
ACTUAL

TERAPEUTICA
EMPLEADA

EXPLORACION
FISICA

TEMP.: PULSO: RESP.: PESO: TALLA:

INSPECCION GENERAL

PIEL

CABEZA

CUELLO

APARATO
CIRCULATORIO
(Rcación precordial,
Vasos periféricos,
Presión arterial)

APARATO
RESPIRATORIO

ABDOMEN

APARATO GENITO-
URINARIO

EXTREMIDADES

SISTEMA
NERVIOSO

SISTEMA
GANGLIONAR

TACTO RECTAL

DIAGNOSTICO
PROBABLE

TERAPEUTICA
DIETETICA Y MEDI
CAMENTOSA
INDICADA EN EL
SERVICIO

EXAMEN DE
LABORATORIO
Y PRUEBAS
BIOLOGICAS

FECHA
DE RETORNO

NOMBRE Y FIRMA _____

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

CONSULTA EXTERNA

Forma Núm. 55

HOJA DE EVOLUCION NUM. _____

NOMBRE _____ SERV. _____ REG. NUM. _____

SELLOS, ORDENES Y TRATAMIENTO

NOTAS DE EVOLUCION

Utilícese una nueva hoja de evolución hasta haberse cerciorado que la anterior está llena.
Numérense las hojas de evolución para facilitar la revisión del expediente.

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

CLINICA DE ADOLESCENTES

DEPARTAMENTO DE SERVICIO MEDICO SOCIAL

Reg. _____

I NOMBRE _____

Fecha _____

Edad _____ Fecha y lugar de Nacimiento _____ Sexo _____

Escolaridad _____ Nombre y ubicación de la escuela _____

Años Reprobados _____ Por qué? _____

Domicilio _____

Z. P. _____ Tel. _____

Domicilio Provisional _____

II MOTIVO DE CONSULTA _____

Referencia del Caso _____

III GRUPO FAMILIAR: _____ Adultos _____ Adolescentes _____ Niños _____ Total _____

Padre _____ Edad _____ Edo. Civil _____

Escolaridad _____ Si No A veces
vive en el Hogar _____ Ocupación _____

IV SITUACION ECONOMICA

Ingresos: \$ _____

Egresos: \$ _____

Padre _____

Renta _____

Madre _____

Alimentación _____

Hijos _____

Luz, Combustible _____

Otros _____

Otros _____

V DATOS DE LA VIVIENDA

Zona que Habita: Urbana () Semi Urbana () Rural ()

Servicios Públicos: Agua () Drenaje () Alumbrado ()

Condiciones de la Calle: Asfalto () Pavimento () Tierra () Brecha ()

Casa Habitación: Casa Sola () Condominio () Depto. () Vecindad ()

Cuarto de Servicio () Portería ()

No. de Cuartos _____ Dormitorios: _____ Sala: _____ Comedor: _____ Cocina: _____

Servicio Sanitario: W. C. () Baño c/Regadera () Letrina () Fosa Séptica ()

Aire Libre ()

Material de Construcción: Paredes _____ Techo _____ Piso _____

VI ENTREVISTA CON EL PACIENTE

Por qué viene a consulta? _____

Compartes tu Dormitorio? _____ con quién? _____

Con quién Duermes? _____

En la zona donde vives existen los siguientes centros?

De Enseñanza () Deportivos () Recreativos () Artesanales () Otros ()

Concurres a algunos de esos Centros? _____ A cual? _____

Observaciones: _____

Cuota fijada _____

T S _____

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman W. Nathan
Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1971.
2. Aguirre V. Carlos
Adolescencia y Crisis Familiar. Conferencia presentada en la IV Jornada Pediátrica, Tuxtla Gutiérrez, Chis. Nov. 1975.
3. Anastasi Anne
Tests Psicológicos. Ed. Aguilar, México, D.F., 1973.
4. Bellak Leopold
Small Leonard
Psicoterapia Breve y de Emergencia. — Ed. Pax México, 1970.
5. Bender Lauretta
Test Gestaltico Visomotor
6. Breckenridge Marian,
Murphy Margaret
Crecimiento y Desarrollo del Niño, Ed. Intereamericana, México, D.F., 1973
7. Daedalus
Twelve to Sixteen: Early Adolescence. Vol. 100, No. 4 of the Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences. Fall 1971
8. Dulanto G. Enrique
Crecimiento y Desarrollo durante la Pubertad y Adolescencia. El Adolescente y su Circunstancia. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, — XX Aniversario, México, D.F., 1972.

9. Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC) Manual de Aplicación.
10. Erikson Erik Infancia y Sociedad. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1974.
11. Ey Henri Bernard B. Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría, Ed. Toray - - Masson, SA, Barcelona, 1974.
12. Fromm Reichmann Frieda Principios de la Psicoterapia Intensiva. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1965.
13. Grupo para el Progreso de la Psiquiatría. Comité de Adolescencia. Adolescencia Normal. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1972.
14. Hammer Emanuel Tests Proyectivos Gráficos, Ed. Paidós Buenos Aires, 1969.
15. Hospital Infantil de México Anuario Estadístico del Hospital Infantil de México, 1970.
16. Kolb Lawrence Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México, D.F., 1973
17. Maier Henry Tres Teorías sobre el Desarrollo del Niño.: Erikson, Piaget y Sears. Ed. - Amorrortu. Buenos Aires, 1971.
18. Mac Kinnon Roger Michels Robert Psiquiatría Clínica Aplicada. Ed. Interamericana. México, D.F., 1973.
19. Mc Gregor J. Teoría y Técnica de la Entrevista. Apuntes obtenidos directamente durante el curso.

20. Philadelphia Child Guidance Clinic Modelo de Exploración Psiquiátrica
Observaciones Iniciales.
21. Pichot Pierre Los Tests Mentales. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.
22. Rangel R. Luis Crecimiento y Desarrollo en el Adolescente. Boletín del Congreso Nacional y Panamericano de Pediatría. Centro Médico Nacional, 1967
- Relación entre la Familia y los Adolescentes. Introducción a la Mesa Redonda presentada en el Congreso Internacional de Pediatría. Centro Médico Nacional, 1968.
- Delincuencia Juvenil, ¿una expresión de adolescencia normal o enfermedad social? El Adolescente y su Circunstancia. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, XX Aniversario, México, D.F., 1972.
- Test: Como entrevistar al problemático adolescente. Volumen XI No. 9 Médico Moderno, México, D.F., 1973.
- 6,000,000 de adolescentes: ¿nadie quiere atenderlos? Volumen XIII No. 2, Médico Moderno, México, D.F., 1974.

23. Robles Oswaldo Símbolo y Deseo. Ed. Jus, México, -
D.F., 1960
24. Ruch Floyd L. Psicología y Vida. Ed. Trillas, Méxi-
co, D.F. 1974.
25. Siegel Sidney Non parametric Statistic for the be-
havioral science. International Stu-
dent Edition. Mac Graw-Hill Book —
Company Inc., 1956.
26. Sullivan Harry S. La Entrevista Psiquiátrica. Ed. Psique
Buenos Aires, 1969.
27. The Annals of the Teen-Age Culture, November 1961.
American Academy of
Political and Social
Science
28. Universidad Iberoamerica Historia Clínica e Informe .
29. Whittaker, James O. Editorial Interamericana, México, D.F.
1971.
30. Wynne Lyman C. Interacción Familiar. Ed. Tiempo Con-
temporáneo, Buenos Aires, 1971.
31. Yamane, Taro Statistics and Introductory Analysis.
Harper International Edition 1970.