



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**



**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN SOCIAL  
AL INTERNO PACIENTE PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DEL CENTRO FEDERAL  
DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

**TRABAJO RECEPCIONAL:**  
**INFORME DE SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTAN:**  
**EDITH MARTINEZ SANCHEZ**  
**NOEMI MACHORRO PEÑA**

**DIRECTOR DEL TRABAJO: MTRA. MARIA DEL SOCORRO GARCIA RIVAS**



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.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCION</b> .....	3
---------------------------	---

## **CAPÍTULO I MARCO CONTEXTUAL**

1.1. Antecedentes históricos de la atención psiquiátrico penitenciaria en México.....	4
1.1.1. Etapa Prehistórica.....	5
1.1.2. Premoderna.....	6
1.1.3. Etapa Moderna.....	7

## **CAPÍTULO II MARCO CONCEPTUAL**

2.1. Aspectos jurídicos.....	8
2.2. Clasificación DSM IV. Evaluación multiaxial.....	11
2.3. Intervención individualizada.....	13
2.4. Técnicas.....	14
2.4.1. La entrevista.....	14
2.4.2. Tipos de entrevista.....	15
2.4.3. Estrategias de la entrevista.....	16
2.4.4. Fases de la entrevista.....	17
2.5. Trabajo social con grupo.....	21
2.5.1. Etapas del proceso grupal.....	23
2.6. Instrumentos.....	27

## **CAPÍTULO III CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

3.1. Antecedentes históricos.....	28
3.2. Ubicación.....	29
3.3. Objetivos.....	30
3.4. Programas y proyectos.....	31
3.5. Organigramas del Centro y del Departamento de Diagnóstico.....	32

## **CAPÍTULO IV OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**

4.1. Objetivos.....	33
4.2. Programas.....	38
4.3. Caracterización del personal.....	38

## **CAPÍTULO V DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA. DEL TRABAJO CON INTERNO PACIENTES**

5.1. Diagnóstico presuntivo.....	39
5.2. Diagnóstico confirmatorio.....	40
5.3. Tratamiento.....	42
5.4. Asistencia social individual.....	43
5.5. Asistencia social a familiares.....	44
5.6. Orientación a internos.....	45
5.7. Orientación a familiares.....	46
5.8. Visita familiar.....	47
5.9. Visita íntima.....	47
5.10. Egreso del interno.....	47

## **CAPÍTULO VI ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

6.1. Con relación al marco contextual.....	49
6.2. Con relación al marco conceptual.....	50
6.3. Con relación al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.....	51
6.4. Con relación a la Oficina de Trabajo Social.....	53

## **CAPÍTULO VII PROPUESTAS**

7.1. Con relación al ámbito laboral (institución).....	54
7.2. Con relación a los usuarios (interno pacientes, familias).....	56
7.3.. Con relación a Trabajo Social.....	57

## **ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA LA VUELTA A LA ACCIÓN.....58**

## **FORMATOS.....59**

## **GLOSARIO.....87**

## **BIBLIOGRAFÍA.....93**

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consta de siete capítulos en los cuales se describe, analiza y reflexionan sobre los resultados que nos permiten proponer nuevas alternativas de acción para el mejor desempeño de nuestras funciones. Desde los hechos históricos más importantes que por su trascendencia, sentaron las bases de la atención psiquiátrico penitenciaria en nuestro país hasta nuestros días. En el marco conceptual se resaltaran las normas médico jurídicas, la utilización del Eje IV, relativo a problemas psicosociales y ambientales del DSM IV y la metodología en las que se desarrolla nuestro quehacer profesional. Además se plasma el surgimiento del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, como institución, dando a conocer su objetivo general que es la rehabilitación a inimputables y del que sufre trastornos de orden psiquiátrico.

De la misma manera se desarrollan los principales objetivos, programas, métodos y técnicas utilizados en la oficina de trabajo social, enfocados a la atención asistencial y de orientación que se brinda al interno paciente bajo premisas y métodos apropiados al trabajo social individualizado y de grupo. Tomando como base la historia del paciente en algunos casos complementada por familiares, se estructura un estudio social en el que se emite un diagnóstico psicosocial para dar un tratamiento rehabilitatorio. Por otra parte en aquellos en los que se pueda trabajar a nivel de orientación individual o grupal se integran a programas grupales de índole social.

Con el objeto de relacionar la teoría con la práctica, se realiza un análisis comparativo de los aspectos contextuales y conceptuales presentes y de los elementos y procesos desarrollados en la experiencia profesional. Es a partir de entonces que los aspectos descritos en el desarrollo de la experiencia, se presentan en una serie de lineamientos para mejorar el contexto institucional, la participación de los pacientes y particularmente, la intervención del trabajador social en este ámbito.

Valga esta introducción como apertura al umbral que promete enfrentarnos a un venero inagotable de conocimientos y formas de atención que difícilmente se agotarán en sus aportaciones en muchos años por venir.

# CAPÍTULO I

## MARCO CONTEXTUAL

### 1.1. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN PSIQUIATRICO PENITENCIARIA EN MEXICO

La historia de las enfermedades mentales y la delincuencia son dos fenómenos tan complejos; que a lo largo de la historia han sido terreno de lo mágico-religioso, cuestionándose constantemente su condición de enfermedad y por otra parte la privación de su libertad, en la que algunos casos han sido objeto de numerosos atropellamientos a su integridad, perpetrados muchas veces en nombre del orden y la justicia.

Es muy probable que la civilización haya nacido a la par con estas dos facetas oscuras de la naturaleza humana, no ha sido sino hasta fechas recientes que se han creado disciplinas especiales con pretensiones científicas cuyo fin es ofrecer explicaciones objetivas que puedan ser la base de soluciones prácticas que permitan una reducción considerable de ambos males. Sin duda, este lento pero progresivo desarrollo se encuentra condicionado en buena medida por el avance del conocimiento científico y las dificultades que ha tenido que atravesar, y que atraviesa aún; también debe tomarse en cuenta que este progreso cognoscitivo no ha sido posible sin un avance en la actitud y trato hacia los miembros de una sociedad que han caído en desgracia, un paso importante ha sido el reconocimiento del enfermo mental como tal. (Tornero, 2000).

Entre las enfermedades mentales y la delincuencia existe una diferencia enorme que poco a poco vamos descubriendo y revalorando, sin embargo, para el hombre común de antaño lo importante no era tanto las diferencias como las similitudes y si ambos fenómenos remiten a conductas anormales, no resulta ya tan sorprendente, aunque no por ello justificable el que se diera el mismo trato. Pero eso no es todo, la negra historia del confinamiento muestra claramente no solo una marcada ignorancia sobre lo que era el crimen y lo que era locura, también hace manifiesta esa masa amorfa de supersticiones y medios compartidos que hicieron posible las más inhumanas y aberrantes formas de trato y castigo jamás conocidas.

Para analizar los orígenes de la psiquiatría en México la dividiremos en tres etapas, la prehispánica que abarca un lapso muy extenso del cual, es del que menos se conoce, la etapa premoderna que abarca desde el establecimiento de Hospital de San Hipólito hasta la fundación del malcomió General de la Castañeda, delimitada por la duración de esta institución y la etapa moderna que va desde el inicio de la Operación Castañeda hasta nuestros días, las cuales que se exponen a continuación:

#### **Etapas Prehispánicas:**

La primera etapa que se remite a la época prehispánica, se extiende desde los primeros establecimientos humanos hasta la caída de Tenochtitlán. Las fuentes disponibles sobre la medicina precolombina son tan pobres que no nos permite saber acerca de la manera como los pueblos indígenas conceptualizaban, trataban y catalogaban los trastornos mentales,

debido a la destrucción y el genocidio ocurridos en la conquista; además, del carácter extracientífico y tribal de este conocimiento lo hace tema de estudio más de la antropología que de la medicina. Lo poco que queda pervive a nivel social y atávico entre el pueblo.

### **La etapa Premoderna:**

Los antecedentes más antiguos de los que se encuentra referencia escrita provienen del Códice Badiano y de la Historia de las Cosas de la Nueva España de Fray Bernardino de Sahagún, otra fuente de información son los médicos que inmediatamente después de la conquista pudieron conocer la medicina indígena y la europea, varios de estos médicos trabajaron en el Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco.

Debe representar un orgullo para nuestro país el que en 1566 se fundara la primera institución en toda América consagrada al cuidado de los enfermos mentales: El Hospital de San Hipólito, fundado por Fray Bernardino Álvarez Herrera, destinado en un principio para todo tipo de convalecientes transformándose finalmente en un recinto para la locura. La preocupación básica fue la de dar albergue a los enfermos con un tratamiento que tenía como objetivo aislarlos del resto de la comunidad y de sus familias; además de esforzarse por establecer programas preventivos. Ahí no culminó su labor; al crear en 1568 el Hospital de Santa Cruz para enfermos mentales, ubicado en Oaxtepec. Con la fundación de otros hospitales estableció una cobertura hospitalaria que iba desde la Habana, Cuba, hasta el puerto de Acapulco pasando por San Roque Puebla, La Concepción en Jalapa, el de Belén, y San Juan de Ulúa en Veracruz.

Cerca de 1687 José Sáyago fundó un hogar para enfermas mentales indigentes en su propio domicilio, posteriormente el arzobispo de México don Francisco Aguilar y Seijas le prestó una casa para albergar a 60 pacientes, en 1700 la congregación del Divino Salvador fundó el hospital del mismo nombre al mudar el establecimiento a la calle de La Canoa, reconocido como el Hospital de la Canoa, actualmente calle de Donceles, en el centro de la ciudad y bajo la dirección de la orden jesuita.

Al momento de ser suprimidas las órdenes hospitalarias por decreto de las Cortes Españolas, en el año de 1821, estos hospitales pasaron a manos del ayuntamiento, aunque la atención estuvo a cargo de los religiosos exclaustros hasta el año de 1843, en que quedaron bajo control el gobierno independiente.

Hacia 1860 el hospital civil de Monterrey y de Guadalajara establecieron dos anexos psiquiátricos; uno para hombres y otro para mujeres, este último se encontraba a cargo de la orden de las Hermanas Josefinas. Obviamente, durante más de tres siglos la custodia de enfermos mentales estuvo primordialmente a cargo de la labor caritativa de las órdenes religiosas y dado los escasos conocimientos en el mundo sobre esta materia, no contamos con motivos para pensar que estas instituciones practicaran "técnicas" de tratamiento distintas a las que encontramos en Europa durante este mismo período.

Con el inicio del siglo, bajo el gobierno de Porfirio Díaz y para festejar el centenario del inicio de nuestra independencia realizó la creación de una nueva atención hospitalaria, el Manicomio General de la Castañeda, cuyo predio fue obsequiado por la familia del mismo apellido, ubicado en el barrio de Mixcoac en el Distrito Federal. El cual se inauguró el 1º de septiembre de 1910. El proyecto fue realizado muy eficientemente en un edificio con gran belleza arquitectónica y altamente funcional de acuerdo al concepto de asilos aún en boga. Este manicomio fue diseñado para atender a 1,000 enfermos como máximo, asignando un lugar específico conocido como "atención de reos"; por falta de otros centros, para 1966 llegó a albergar cerca de 3,500, ya que siempre cumplió su función asistencial y nunca rechazó a un enfermo, sin embargo con el tiempo lo que en un inicio fue considerado como un modelo de atención psiquiátrica, la falta de mantenimiento y cuidados lo convirtieron en algo obsoleto, en un lugar infrahumano en donde niños, mujeres y hombres sufrieron insalubridad y hacinamiento.

En el periodo Postrevolucionario al superarse el concepto de asilo y surgir nuevas terapias se inició la búsqueda de opciones para atacar la problemática que la Castañeda presentaba, durante 1944, se abrió la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales de León, Gto. Entre 1960 y 1964 el éxito que representó originó el establecimiento de seis hospitales-granja nuevos en diferentes regiones del país. Sin embargo los hospitales-granja pronto mostraron sus limitaciones, su diseño resultó inadecuado para atender en forma digna y funcional a los pacientes, además, en el país no se disponía del personal adecuado y gran parte del personal de La Castañeda se reubicó en ellos, finalmente el aislamiento geográfico e institucional obstaculizó su funcionamiento.

## **Etapas Modernas**

La reforma del sistema de atención psiquiátrica era indispensable y debía ser realizado a fondo por lo que en 1965 las autoridades federales propusieron el desmantelamiento de la Castañeda, institución que debido a su diseño de asilo de principios de siglo, con enfoque asistencial y coartativo impedían el mejoramiento de la calidad en el servicio psiquiátrico. La sustitución de casi 3,000 camas en instalaciones modernas, acordes con los desarrollos científicos generados en el desarrollo tecnológico de este siglo anunciaba una labor gigantesca para las instituciones asignadas.

Hacia 1966, la cobertura para la atención psiquiátrica era reducida y su proyección como especialidad científica era muy limitada, a pesar de que ya se habían abierto siete hospitales-granja. Posteriormente se construyó el Centro Médico de los reclusos del Distrito Federal en Tepepan, Xochimilco, como intento formal para atender los problemas de salud de la población penitenciaria en general y de la población de inimputables y enfermos mentales en particular.

La existencia de 400 médicos que ejercían la psiquiatría en forma privada entre un total de 30,000 médicos era apenas significativa en un país con 40 millones de habitantes, por otra parte el personal paramédico especializado era casi inexistente con dos enfermeras

psiquiátricas en todo el país. Se debe mencionar que la mayoría de estos profesionales habían sido capacitados en el extranjero.

Los hospitales que sustituyeron al manicomio de la castañeda fueron el Fray Bernardino Álvarez para enfermos mentales agudos, el Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro, Hospital Campestre Dr. Samuel Ramírez Moreno en Tláhuac. Los hospitales psiquiátricos Dr. Rafael Serrano en el Batán Puebla y Dr. Adolfo M. Nieto contaban con camas dedicadas a pacientes envueltos en problemas judiciales y el Hospital Psiquiátrico Fernando Ocaranza, en Pachuca, Hidalgo para enfermos crónicos no recuperables.

Hasta principios del presente siglo la psiquiatría permaneció aislada del resto de las otras ramas de la medicina. Los profesionistas interesados en ella eran pocos y sus actividades se realizaban en instituciones hospitalarias de tipo carcelario, con posibilidades terapéuticas anticuadas, muy limitadas y en ocasiones inhumanas. Sus actividades preventivas eran prácticamente nulas y su proyección a la comunidad se limitaba a incursiones esporádicas generalmente relacionadas con testimonios judiciales en procesos seguidos a pacientes. Este aislamiento en instituciones custodiales aisladas y endurecidas determinó lo que muchos psiquiatras contemporáneos la denominaran como alineación de la psiquiatría.

Actualmente la psicoterapia ocupa lugares importantes dentro del marco terapéutico de los modernos nosocomios, las áreas de terapia ocupacional, así como las deportivas y recreativas, se ven frecuentadas por los pacientes que asisten a ellas libremente, lo que ha permitido un contacto más estrecho entre ellos mismos y con el equipo terapéutico; avance que seguramente no se hubiera logrado si persistieran los viejos sistemas, donde el afecto y la comprensión eran notorios por su ausencia. Los nuevos medicamentos antipsicóticos han venido a determinar un cambio definitivo en el panorama de la psiquiatría disminuyendo notablemente los cuadros psicóticos de los pacientes.

Sobre estas bases se ha ido estructurando todo el programa de Salud Mental Comunitaria en México en donde hasta hace pocos años, se abordaron los problemas relacionados con los padecimientos psiquiátricos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1 ASPECTOS JURÍDICOS**

En la búsqueda del perfeccionamiento del quehacer penitenciario, las instituciones carcelarias han adoptado una diversidad de transformaciones con el propósito de enfrentar el reto de diseñar estrategias de atención integral a las necesidades particulares de tratamiento a la población de este ámbito.

Uno de los grupos que reviste mayor relevancia, por la especificidad de su condición, es el de enfermos mentales e inimputables en reclusión que en el devenir de la historia penitenciaria ha atravesado numerosos altibajos, desde el virtual abandono y hacinamiento, hasta esfuerzos parciales y aislados que no han resuelto el problema.

Es así que se resalta la importancia de abordar a modo de síntesis las principales fases o intentos de atención de este grupo dentro del proceso de evolución penitenciaria.

Actualmente, existen en el país un promedio de 1543 personas detenidas como enfermos mentales e inimputables, esta población continúa atravesando la doble dificultad de padecer un trastorno mental y encontrarse privado de su libertad en un medio carente de actividades relacionadas con su rehabilitación dentro de un marco de pobreza clínica, que lejos de ofrecerle una oportunidad o alternativa de desarrollo personal le resulta un medio denigrante, de abandono, estigmatización y olvido, con terapias que implican el aislamiento de una adecuada integración a su medio social que en la mayoría de los casos agravan el padecimiento existente y generan nuevas patologías. Debe recordarse que la rehabilitación no es un concepto de contenido puramente médico, sino un proceso integral que incluye la recuperación física, mental y social de la persona.

Este trance y sus consecuencias dan lugar a un cuestionamiento histórico y académico de descontento colectivo que reclama la reivindicación del enfermo mental privado de la libertad por mandato judicial, con el argumento lógico de que éste también es un ser humano y por lo tanto es merecedor de respeto, trato digno y atención integral. Estas voces hicieron eco en la Comisión Nacional de Derechos Humanos quien se avoca al reencuentro del hombre, promoviendo el matiz humanitario de las políticas gubernamentales.

Es así como varios organismos a nivel internacional y nacional se involucran en la tarea de promover el cambio humanitario del régimen jurídico, con el fin concreto del rescate del hombre. En consecuencia, con motivo de una serie de reuniones surge para esta población, el Sistema Nacional de Atención Psiquiátrica para Enfermos Mentales en Reclusión, busca entre otras cosas superar el rezago que en materia penal se venía arrastrando, de acuerdo a los estatutos nacionales e internacionales que se originen en la Organización Mundial de la Salud, la Ley General de salud de nuestro país y la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Con ello inquiera entre otras cosas promover el cumplimiento cabal de las disposiciones siguientes:

Artículo 4º. Constitucional en el que se señala la facultad que se otorga al gobierno de la federación y de los estados de organizar en sus instituciones penitenciarias los servicios de salud conforme a lo que dispone este artículo en su fracción tercera, que a la letra dice "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El principio número 20 aprobado por la Organización de las Naciones Unidas, en el que se plantea su aplicación a las personas que cumplen penas de prisión a raíz de delitos penales que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos e investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padece una enfermedad mental; establece que todas estas personas deben recibir mejor atención en salud mental. Así mismo se autoriza al tribunal o a otra autoridad competente para que basándose en una opinión médica independiente, disponga la internación de esas personas en una institución psiquiátrica.

Los artículos 67, 68 y 69 del Código Penal en lo que respecta al tratamiento especial que deben recibir los enfermos mentales en reclusión con relación a las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos hablan de la conformación de un modelo humanitario de atención a esta población en centros especiales de tratamiento.

Con el propósito de dar cumplimiento a las recomendaciones internacionales en materia de trato y tratamiento al enfermo mental en reclusión y a los ordenamientos constitucionales, nacionales y estatales, ha sido disposición del Ejecutivo Federal abatir el rezago en materia de atención al enfermo mental e inimputable en todo el país, fomentar y establecer una cultura nacional de atención a dichos padecimientos. Para el efecto y respecto al pacto federal habrán de establecerse los convenios necesarios con los gobiernos de los estados con el propósito de crear y dejar establecidos los mecanismos necesarios para que, en todos los centros penitenciarios del país se cuente con los recursos e instrumentos técnicos y científicos que permitan detectar de manera oportuna e indubitable, la presencia de cualquier padecimiento mental en la población, crear mecanismos de canalización y derivación de aquellos que, por la gravedad de su sintomatología ameriten la tecnología de alta especialidad con la cual no se cuenta en el centro de origen. Así mismo es importante considerar que la detección y determinación de cualquier padecimiento es de suma importancia como coadyuvante en el proceso de administración de justicia para el órgano encargado de la misma.

De esta manera progresiva se irá avanzando en las diferentes vertientes que conformarán el sistema cuya concepción, aunque compleja, implica corresponsabilizar a todas las partes involucradas, es decir, el todo y las partes conformando en lo sucesivo un esquema retroalimentador dinámico y permanentemente en movimiento evolutivo que garantice el avance en la comprensión del fenómeno mental y su tratamiento con el correspondiente

intercambio de experiencias, que permitan optimizar recursos y aumentar los niveles de eficiencia penitenciaria.

El hombre para poder vivir en sociedad se ve en la necesidad de obedecer normas de convivencia social (de urbanidad, técnicas, morales, religiosas y jurídicas) que permiten crear una armonía entre los individuos del grupo los cuales comparten un espacio territorial, una cultura y buscan cubrir sus necesidades biológicas, psíquicas y sociales. Aquel individuo que transgreda estas normas jurídicas establecidas por el Estado se hará acreedor a una sanción y podrá ser privado de su libertad quedando en resguardo del sistema penitenciario hasta lograr su readaptación por medio de programas específicos.

Nos regimos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en este instrumento jurídico se encuentran establecidos los derechos y obligaciones que tenemos como ciudadanos, cuando alguien infringe alguna norma jurídica, comete un delito y es condenado por ello, obtiene el carácter de imputable al estar consciente y en pleno uso de sus facultades mentales para poder responsabilizarse del acto cometido, en el otro caso cuando el individuo tiene determinadas afecciones psíquicas que le impiden entender, querer y saber de manera voluntaria y consciente los actos cometidos se le da el nombre de inimputable por lo tanto deberá recibir un tratamiento especial mientras cumple una medida de seguridad. Así también aquellos que al cumplir una pena llegan a presentar una enfermedad mental y requieren atención.

El aumento de esta población penitenciaria con padecimientos específicos como enfermedad mental, trastornos de personalidad, farmacodependencia entre otros crea, la necesidad de buscar otros mecanismos para su atención, la capacidad técnica de los reclusorios a los que son canalizadas los enfermos se encuentran muy limitadas al no contar con instalaciones ni programas adecuados.

El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial fue creado por mandato del ejecutivo federal para operar en el país como el órgano rector de las instituciones penitenciarias estatales y federales en relación con el manejo y tratamiento del enfermo mental en reclusión dichas disposiciones están plasmadas en el manual del interno paciente el cual queda sustentado en las bases legales siguientes:

- ✓ El artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que se refiere a la finalidad de las penas, los medios para alcanzarlas, así como de los lugares de internamiento para su cumplimiento.
- ✓ El artículo 12 de la Ley de Normas Mínimas sobre readaptación social para sentenciados indica que en el curso del tratamiento se fomentará el establecimiento, la conservación y el fortalecimiento de las relaciones del interno con personas convenientes del exterior (visita familiar e íntima), para este efecto se procurará el desarrollo del servicio social.
- ✓ Los artículos del 33 al 44 del reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social que indica los requisitos, trámites y procedimientos de las visitas familiares e

íntimas. La publicación del Diario Oficial de la Federación, emitida el jueves 15 de enero de 2004. Referido en el anexo 2 relativa a la autorización de visitas, aplicada por la Secretaría de Seguridad Pública, a través del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

- ✓ Manual del interno paciente del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, artículos del 1 al 48, que contiene los derechos y obligaciones de los internos pacientes. (NOM-SSS-1994).

## **2.2. CLASIFICACIÓN DSM – IV- TR. EVALUACION MULTIAxIAL.**

El DSM IV se considera una guía útil para la práctica clínica. Es un instrumento de apoyo para la emisión de diagnóstico de los trastornos mentales avalados por la Asociación Mexicana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud siendo sus siglas: D (diagnóstico), S (Stadic) y M (Manual). Su objetivo es homogenizar a través de la integración de la psicobiografía (inicio, evolución y estado final del padecimiento mental), que ayudan a identificar signos y síntomas en el trabajo multi e interdisciplinario; siendo la oficina de trabajo social quien aporta la mayor cantidad de información con respecto al Eje IV relacionado a los problemas psicosociales y ambientales. El sistema multiaxial implica una evaluación en cinco ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados.

- Eje I      Trastornos clínicos  
            Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- Eje II     Trastorno de la personalidad  
            Retraso mental
- Eje III    Enfermedades médicas
- Eje IV    Problemas psicosociales y ambientales
- Eje V     Escala de Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales, enfermedades médicas, de los problemas psicosociales, ambientales y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. El sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

### **Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.**

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Eje I y II). Un

problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. (DSM IV, 1995). Los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, sólo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el padecimiento de la intervención terapéutica general.

Cuando una persona tiene problemas psicosociales o ambientales múltiples, el clínico debe tomar nota de todos aquellos que juzgue relevantes. En general, sólo debe hacer constar aquellos problemas psicosociales y ambientales que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación actual. Sin embargo, puede decidir el registro de problemas psicosociales y ambientales acaecidos antes del año anterior si han contribuido claramente al trastorno mental o se han constituido en un objeto terapéutico por ejemplo experiencias previas de combate conducentes a un trastorno por estrés postraumático.

En la práctica, la mayor parte de los problemas psicosociales y ambientales se indicarán en el Eje IV. No obstante, cuando un problema psicosocial o ambiental constituya el centro de la atención clínica, se hará constar también en el Eje I, con un código derivado del apartado "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica".

Por razones de conveniencia los problemas en este eje se han agrupado en las siguientes categorías:

- ⊗ Problemas relativos al grupo primario de apoyo: fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de una de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos: nacimiento de un hermano.
- ⊗ Problemas relativos al ambiente social: Fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).
- ⊗ Problemas relativos a la enseñanza: Analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.
- ⊗ Problemas laborales: Desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo.

- ⊗ Problemas de vivienda: Falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insalubre, conflictos de vecinos o propietarios.
- ⊗ Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: Servicios médicos inadecuados, falta de transporte hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
- ⊗ Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: Arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.
- ⊗ Otros problemas psicosociales y ambientales: Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

### **2.3. INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA**

Desde el inicio de la humanidad se ha estudiado al hombre desde la perspectiva de su contexto social. El trabajo social es una profesión humanística que coloca al hombre en el centro de su intervención, en la evolución histórica de ésta podemos observar cómo ha ido transformado su metodología con el objetivo de dar cumplimiento a la modificación de los problemas de los sujetos. Mary Richmond afirmaba que el trabajo de investigación es imprescindible en el trabajo social y es el método de obtener la comprensión de las necesidades, los recursos y las reacciones de los individuos.

Hoy, ya permanece al acervo común de casi todo el trabajo social, no considerar al individuo como un átomo independiente y aislado. Con estas abstracciones irreales ya nadie trabaja. La forma de abordar los problemas individuales es la de considerar a las personas reales o si se quiere, a cada individuo en conexión existencial con su mundo o circunstancia constituido por los escenarios en donde acontece y se realiza su vida: el contexto físico, social, cultural y político, en el que se desarrolla.

El principio de trabajo social de casos consiste en considerar que ningún usuario es igual a otro en sus necesidades y que por lo mismo, los conocimientos y técnicas de la profesión deben aplicarse de diferente manera en cada caso. Este principio no es exclusivo del trabajo social, lo comparten médicos, abogados, maestros y todos los profesionistas que tratan de resolver problemas individuales.

En el trabajo social de casos no se puede establecer diagnóstico ni fijar tratamientos en una forma mecánica, basada en un criterio de generalizaciones. Por lo contrario, hay que considerar cuidadosamente las circunstancias determinantes que se unen en cada caso; las formas que toman cada necesidad, así como las medidas resolutivas accesibles. Esta forma del trabajo social entra en acción cuando las dificultades económicas o sociales de un individuo no pueden definirse en términos colectivos. Ni es posible resolverlos por medio de medidas dirigidas al individuo como miembro de un grupo o de una comunidad que tiene necesidades similares.

La metodología en trabajo social ha experimentado cambios continuos y diversificación en muchas áreas especializadas la investigación se ha convertido en una parte reconocida del trabajo consagrado al bienestar público y se están haciendo esfuerzos por lograr todavía mayor efectividad, por medio de nuevas apreciaciones y constantes formulaciones de los principios que deben guiarla. Por lo que se concede constante atención a los nuevos métodos estudiando otras disciplinas que aporten y contribuyan al crecimiento del Trabajo Social. (Richmond, 1977).

El trabajo social de caso ha insistido en sus principios de autodirección o autodeterminación, que por cierto significa por un lado, la confianza en la capacidad del motivo de estudio y por otro propiciar el compromiso e involucramiento y que el interesado asuma la responsabilidad de sus propias decisiones cuando sus condiciones mentales se lo permitan.

En todo el proceso el trabajador social puede tomar un papel activo ayuda al usuario a seleccionar objetivos a corto y a largo plazo, clarifica las consecuencias de las decisiones y acciones para explorar o encontrar los caminos viables de solución. De tal manera que uno de los propósitos fundamentales es incrementar la capacidad del usuario para identificar y poder enfrentar sus problemas en lo sucesivo.

## **2.4. TÉCNICAS:**

### **2.4.1. LA ENTREVISTA**

Una de las actividades que los trabajadores sociales hacen con mayor frecuencia es entrevistar, independientemente del ámbito en donde desarrolla su práctica profesional. La entrevista es una técnica fundamental en el trabajo social, especialmente en la intervención individualizada; misma que se define como un proceso interactivo entre una persona o individuo que presentan algún problema emocional o con relación a la satisfacción de sus necesidades básicas y tiene como objetivo el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de una persona.

La entrevista se define como una "conversación con un propósito deliberado, aceptado mutuamente por los participantes" (Kadushin 1974). Tanto en la entrevista como en la conversación se intercambian ideas, actitudes y sentimientos y hay una influencia recíproca entre los participantes. Pero también hay diferencias: así, la conversación se orienta hacia la asociación de diferentes contenidos, sin contar con un tema central, la entrevista tiene un propósito, procura tener unidad, progresión y continuidad temática.

En la entrevista hay un reparto selectivo de tareas una persona es el entrevistado y otra el entrevistador, este último tiene tareas específicas como el de alcanzar el objetivo y utilizar técnicas, en tanto que el primero informa parte de sus actividades o de su vida. A diferencia de lo que sucede en una conversación, quienes participan de forma espontánea y sin plan previo, los actos del entrevistador deben ser planeados y seleccionados conscientemente para el cumplimiento del objetivo.

Nadie está obligado a iniciar una conversación, en cambio en la entrevista, el profesional debe atender la solicitud del sujeto en el momento en que éste así lo solicite. La hora, el sitio y la duración de la entrevista son convenidos previamente.

#### **2.4.2. TIPOS DE ENTREVISTA**

1º. Entrevistas informativas o de estudio social. El objetivo de éstas es obtener una imagen "concentrada" del individuo, el centro de interés es explorar las situaciones socialmente tensas, por la que se solicita ayuda. Es una recolección selectiva de la vida, con el funcionamiento social que permite al profesional entender al sujeto en relación con el problema social.

En la entrevista la obtención de la información es el objetivo primordial, ello no quiere decir que forzosamente obtengamos toda la información del sujeto entrevistado, es necesario seleccionar la información requerida para comprender el problema y saber el tipo de ayuda que se le puede brindar. Es posible que para estructurar un estudio social sea necesario realizar varias entrevistas de esta manera la información se va acumulando y en cada sesión se obtiene información nueva. Generalmente las primeras entrevistas están dedicadas a la obtención de datos y posteriormente se realizan otro tipo de entrevistas como pueden ser, para tomar decisiones, hacer devoluciones o para tratamiento.

2o. Entrevista para diagnóstico: Esta sirve para evaluar y determinar si la elección del servicio o la persona es el indicado, como en el caso de la adopción de un menor o si el individuo es sujeto de asistencia social.

El objetivo de la entrevista es obtener información para tomar una decisión, para ello el entrevistador necesita realizar un diagnóstico es decir, aplicar sus conocimientos teóricos a los datos obtenidos, organizarlos e interpretarlos para llegar a conclusiones confiables. Finalmente con toda la información el trabajador social tomará una decisión.

3o. La entrevista para tratamiento: El objetivo de esta es efectuar un cambio en la persona en su situación social o en ambos. La meta es alcanzar un funcionamiento social más efectivo de parte del individuo. Busca conseguir cambios en los sentimientos, actitudes y en la conducta del sujeto de caso.

La entrevista puede ser por sí misma el instrumento por el que se opera el cambio, el sujeto entrevistado es quien y para quien se ensaya el cambio de sentimientos, de actitudes y de conducta. Durante la entrevista, el entrevistado inicia un proceso de reflexión, el solo hecho de reestructurar u ordenar la información requerida y escucharse, constituye en sí un proceso terapéutico. También puede ser que la entrevista con fines de tratamiento se realice sin estar presente la persona a quien se trata de beneficiar, pueden realizarse entrevistas con personas allegadas a ella o que tenga un significado importante en su vida.

### **2.4.3. ESTRATEGIAS DE LA ENTREVISTA:**

1. **Uso del silencio:** Consiste en utilizar el silencio en dos modalidades: una es para respetar el tiempo, no cambiar el tema, reconocer errores y la otra es ante situaciones difíciles o bien, para lograr que el entrevistado hable, ya que el silencio genera una situación de tensión que provoca angustia y logra que se verbalice algo, lo más recomendable es que el sujeto sea quien rompa el silencio, no el trabajador social.
2. **Connotación positiva o apoyo de lados fuertes:** Destaca las cualidades positivas del usuario o entrevistado. Este hecho proporciona seguridad, fortaleza a la persona, pues le ayuda a incrementar su autoestima.
3. **Expresiones de interés:** Alienta al entrevistado para continuar hablando, le indican que el entrevistador está siguiendo con atención lo que está diciendo.
4. **Preguntas:** Merece especial mención porque son las más utilizadas y algunas veces se abusa de ellas, en ocasiones resulta difícil para el entrevistador plantear preguntas claras, comprensibles, las preguntas deben hacerse sin ambigüedad y tan breves que permitan al entrevistado recordar lo que se le está preguntando, son recomendables, sobretodo en la entrevista donde el objetivo es obtener información, es conveniente plantear preguntas abiertas, así se le da la oportunidad de elegir entre varias posibles contestaciones, revelan el esquema de referencia del entrevistado y revelan el énfasis que le da a determinar información y por lo tanto la responsabilidad que comparten en la entrevista.

Dependiendo del momento de la entrevista y del entrevistado, el entrevistador podrá elegir entre una pregunta abierta o una cerrada. Una vez que se le ha permitido decir lo que quiere y necesita comunicar, por medio de las preguntas amplias, entonces el entrevistador puede realizar preguntas más específicas o cerradas. Conforme avanza la entrevista y se inicie un nuevo tema, podrá utilizar nuevamente las preguntas abiertas.

Las preguntas abiertas son apropiadas para personas con nivel académico e intelectual alto, que tienen un claro dominio del papel que representan y la capacidad para desempeñarlo, este tipo de entrevistados necesitan poca estructuración de parte del entrevistador para alcanzar los objetivos de la entrevista. Entre los errores más frecuentes en la formulación de preguntas, se encuentra la pregunta si-no, la pregunta doble, la pregunta mutilada, la sugerente y la pregunta ¿por qué? Sucede a menudo que el entrevistado no sabe por qué suceden determinadas situaciones en su vida y por lo tanto esta pregunta está de más.

5. **Transiciones:** En ocasiones durante el transcurso de la entrevista, el entrevistador decide que es necesario un cambio del material de discusión, ya sea porque éste se ha agotado o porque el entrevistado se resiste a continuar hablando de determinado

tema, la decisión de realizar transiciones se toman en función de los propósitos de la entrevista, las necesidades del entrevistado, nunca por interés personal-emocional del entrevistador.

6. Observación y saber escuchar: Qué se dice y cómo se dice, tomaremos en cuenta la comunicación verbal y la no verbal.
7. Reflexión o eco: Es la repetición de la última frase del individuo, se utiliza con la intención de que éste reflexione sobre su propio punto de vista.
8. Sondeo: Se solicita una explicación más detallada y esclarecedora de alguna situación para saber qué se piensa y siente por parte de la familia o individuo.
9. Resumen o recapitulación: Como su nombre lo indica se recapitula lo que se habla durante la entrevista y se utiliza para ir preparando el cierre.
10. Validación de recursos: Se habla de lo bueno, de lo que sí existe puede ser a nivel personal, familiar e institucional.
11. Ventilación: Es permitir y estimular la expresión de sentimientos.
12. Apoyo: Es una acción que se lleva a cabo con la intención de que el otro se sienta entendido, comprendido y acompañado, puede ser esto verbal o no verbal.
13. Generalización: Permite desfocalizar un problema y convertirlo en una situación familiar o colectiva, lo cual resulta enriquecedor y una experiencia de aprendizaje personal.

#### **2.4.4. FASES DE LA ENTREVISTA**

##### **A) Fase inicial**

La entrevista es un proceso y como tal se da en tres etapas la fase inicial, intermedia y el cierre de la misma. Pedagógicamente es imposible establecer estas divisiones, sin embargo, para facilitar la comprensión y el aprendizaje en la realización de entrevistas, la experiencia le permitirá al entrevistador dirigir la entrevista para que el entrevistado, no se pierda del objetivo.

Antes de que se produzca el encuentro entre los participantes de la entrevista, cada uno realiza una serie de preparativos, la decisión del entrevistado de acudir a una institución a solicitar ayuda, significa que reconocer la existencia de un problema y no puede resolverlo solo, también existe la posibilidad de que el sujeto haya sido obligado a asistir condicionado por otra institución. La experiencia de ser entrevistado anteriormente en diferentes instituciones, le otorga al sujeto un conocimiento sobre el manejo de la información y

mentalmente se prepara con el fin de lograr sus propios objetivos. El acceso a la institución puede ocasionar fastidio en el entrevistado e iniciar molesto la entrevista.

También, el entrevistador se prepara para la entrevista, arregla el escenario físico, pero esto no es lo único que el profesionalista debe ordenar, incluye también la revisión de información previa como el expediente y la ficha de derivación, para evitar que el entrevistado repita la información que ha proporcionado con anterioridad o para que el entrevistador pueda utilizarla como recurso en la entrevista.

Es importante tomar en cuenta estos antecedentes porque determinarán el curso de la entrevista. La iniciación se refiere a formas de iniciar una entrevista. El entrevistado debe ser recibido cortésmente, pero no efusivamente. Lo adecuado es recibirlo en la puerta del cubículo o a la entrada de la recepción, llamarlo por su nombre dándole la mano, como forma concreta de saludar, luego invitarlo a tomar asiento.

Iniciar la entrevista con expresiones informales no debe considerarse tiempo perdido, al contrario, facilita la entrada a la entrevista, le da confianza al entrevistado y le permite "acomodarse" física y mentalmente para el inicio, es recomendable que esta fase introductoria no se prolongue demasiado porque se corre el riesgo de que el entrevistado se sienta ansioso.

El comienzo de la primera entrevista puede darse desde una cuestión general, que dé inicio, sirve para conocer las expectativas y demandas hacia la institución y el trabajador social: es recomendable explicarle al sujeto, lo más claramente posible, la forma y el tiempo en que se va a conocer su situación familiar, área laboral, escolar, de salud, de vivienda y demás. Se le debe informar que se realizarán determinadas entrevistas, en las cuales se abordarán diferentes temas de acuerdo a los objetivos previstos. El tiempo se refiere al número de veces que deberá entrevistarse con el trabajador social. La fijación clara de estos parámetros permite delimitar el trabajo a realizar tanto al entrevistado como al trabajador social. El entrevistado sabe lo que puede esperar de los encuentros con el trabajador social y puede comprender donde está, de qué se trata y cuales son los límites de la relación con el trabajador social.

## **B) Fase intermedia**

Algunos autores le denominan fase de desarrollo, en ésta, el trabajador social debe hacer uso de sus conocimientos metodológicos para orientar la entrevista hacia el logro del objetivo. Se refiere a las formas de preguntar, escuchar, explicar, hacer señalamientos, trabajar con los silencios, dar información y relacionar los distintos hechos que trae el entrevistado.

Las formas de intervención del trabajador social en una entrevista se determinan de acuerdo a la demanda del sujeto, a las necesidades técnicas que surgen, de los objetivos que habrá de cubrir, pero, a pesar de esta determinación, hay ciertas acciones que el trabajador social debe realizar: Ayudarle a expresar y reflexionar sobre su problema, entablar relación con el

entrevistado, orientarlo a enfocar sus necesidades y asegurar que el entrevistado participe activamente en la tarea de modificar o resolver su problema.

Todo esto es posible a través de una actitud profesional para que la persona se sienta bienvenida y pueda comenzar a hablar de sus problemas. El trabajador social ayuda al entrevistado a exponer verbalmente su asunto para que pueda comunicarlo, reconocer y distinguir sus problemas. El trabajador social no debe limitarse a escuchar con atención sino que debe intervenir activamente ayudando al entrevistado a hablar de sí mismo y de su problema, de una manera enfocada a aclarar y desarrollar determinados hechos prescindiendo de otros y a considerarse a sí mismo y a su problema en función de los medios y de los propósitos de la institución.

En la entrevista inicial puede ser útil dejar que el entrevistado exponga su historia a su manera. Esto puede permitir al trabajador social apreciar los hechos objetivos y también la importancia y significado para el entrevistado. También hay muchas personas a las que les resulta difícil expresar sus emociones. En estos casos el trabajador social puede ayudar, estimulando a la persona a proseguir su relato o convenciéndola de la importancia que tiene lo que dice, o bien, para indicarle que se extienda algo más sobre "esto" o "aquello". A veces es conveniente hacerle preguntas directas. Las preguntas razonables encuentran buena aceptación.

Otras veces deberá intervenir para ayudar al entrevistado a liberarse de posibles limitaciones emocionales demostrando que comprende sus emociones y las situaciones y circunstancias que ha esbozado someramente. Aunque el entrevistado no puede admitir o expresar sus sentimientos, el trabajador social puede referirse a ellos haciéndole ver que todo problema personal los lleva aparejados. Esto le permite aclarar que puede expresarlos, que es natural y así puede contribuir a mitigar su dolor, intolerancia u otras emociones que experimenta ante sus propias experiencias íntimas.

El entrevistado necesita hablar con un trabajador social no sólo para liberar tensión, sino porque los puntos de vista y perspectivas de un profesionalista son necesarios para encontrar la manera de salvar un obstáculo o para lograr ciertos objetivos. El trabajador social debe escuchar lo que refiere la persona, al mismo tiempo va entresacando y separando los asuntos principales, los datos más importantes tratando de averiguar junto con el sujeto lo que necesita ser considerado en primer lugar. Esto exige del trabajador social un desarrollado sentido de coordinación y saber escuchar atentamente, es decir, saber organizar sus ideas de acuerdo con lo que ve, oye y responde de una forma tal que pueda ayudar al entrevistado a participar en tal organización.

Con preguntas dirigidas, comentarios y sugerencias se ayuda al entrevistado a enfocar su problema así como a reducir el área de tensión para poder trabajar con él, cuando la parte aislada parece manejable, el sujeto se siente más confiado, más capaz de llegar a superar su problemática. Para seleccionar un problema se pueden tomar en cuenta los siguientes criterios: carácter más inmediato, representatividad y manejabilidad. El tipo de solución que busca el sujeto, la idea que se hace del papel de la institución y de lo que él mismo debe

desempeñar en el logro de ese objetivo, sus esperanzas y su confianza, son factores que influyen en el proceso de la entrevista. El trabajador social en este aspecto ayuda con sus sugerencias o comentarios a aclarar las posibles soluciones y decisiones, conectando las necesidades y deseos del sujeto con los medios reales de satisfacerlos, dándole esperanzas y confianza y fomentándolos siempre que esto se puede hacer sin perder de vista la realidad. También, es importante que se de al entrevistado la oportunidad de ventilar los sentimientos negativos. Hay que aceptar plenamente los sentimientos expresados, tratando de entresacar y elaborar sus aspectos opuestos. La realización de entrevistas requiere creatividad. Es muy difícil reducir a fórmulas predeterminadas las maneras posibles de intervenir frente a una situación dada.

Se pueden distinguir las siguientes modalidades:

- Preguntas y comentarios destinados a fomentar la participación del entrevistado.
- Información y orientación a través de los conocimientos necesarios.

Las preguntas tienen como fin averiguar los hechos de la realidad objetiva y pensar razonable y lógicamente sobre los hechos.

Los comentarios se dirigen más bien a los sentimientos y estados de ánimo de la persona. Afirman y fomentan la expresión de las emociones y de la realidad objetiva. Con los comentarios se procura facilitar, mantener, enfocar o ampliar la comunicación del entrevistado, haciéndole ver que el trabajador social comparte sus sentimientos.

Hay comentarios que:

- Revelan que el trabajador social está con el entrevistado, atento y comprensivo.
- Indican al entrevistado por donde va, para ayudarlo a centrar o reenfocar el problema correctamente.
- Reflejan sus sentimientos para hacerlos ver con claridad y demostrarle que son aceptados.
- Están encaminados a hacer considerar de nuevo sus ideas para que las comprenda mejor.
- Aportan el nexo de unión que falta ayudándole a captar la relación entre un hecho o idea.
- Sugieren una explicación que puede ayudar a comprender el significado de un hecho.
- Prestan apoyo.

La información que se brinde debe ser amplia y precisa en relación al funcionamiento y servicios de la institución. Pero con respecto al entrevistado, se debe informar sólo lo inmediatamente pertinente para satisfacer sus necesidades o que pueda ser utilizado por él.

### **C) Fase final (cierre).**

Es la fase final de la entrevista, la preparación para el cierre se inicia desde el principio de la entrevista, cuando se le menciona al entrevistado el tiempo que va a durar la entrevista, el objetivo que se pretende alcanzar, explícitamente se le debe informar que no se podrá disponer de mas tiempo que el asignado. A menos que se presente una situación muy difícil. Conforme transcurre la entrevista, el entrevistador debe cuidar el tiempo de manera que se pueda alcanzar el objetivo en esa sesión. Si el tiempo disponible no es suficiente, se recomienda no iniciar con temas nuevos o delicados para el entrevistado que requiera de un manejo especial por parte del entrevistador.

Cuando la entrevista ha sido exitosa los participantes llegan al mismo tiempo al objetivo y por lo tanto al final, sin embargo, los recordatorios no verbales son útiles para indicarle que la entrevista se acerca a su fin, al entrevistado puede recoger los papeles del escritorio (si es que ha decidido utilizarlo) o checar discretamente el reloj, también puede hacer un resumen breve de lo que se ha logrado, qué decisiones se han tomado y lo que falta por alcanzar, esto es muy útil porque puede optimizar el tiempo restante para cubrir el objetivo. Es importante tener presente que el entrevistador tiene la responsabilidad de que al concluir la entrevista el entrevistado se vaya tranquilo, sin las preocupaciones que lo llevaron a solicitar ayuda o por lo menos disminuidas.

Cuando las entrevistas se prolongan más del tiempo asignado porque el entrevistado se resiste a irse o porque no para de hablar, a veces el entrevistador puede pensar que ha tenido éxito, pero no es más que un indicador de un mal manejo de la técnica. Ahora bien, cuando una entrevista va a ser seguida por otras, el cierre debe regirse simplemente por la hora, se confirma, el tiempo, la fecha y el lugar de la siguiente sesión, de igual manera que al iniciar, antes de despedirse, puede darse una charla informal, sirve de transición para terminar la entrevista, ayuda a recobrar el equilibrio emocional, cuando la entrevista ha sido muy emotiva. Y se despide dándole la mano. (García R.S. 1999).

### **2.5. TRABAJO SOCIAL CON GRUPO**

El trabajo social con grupos, en contraste con el de casos, se ocupa del individuo en su calidad de miembro de un grupo. Parte del hecho de que la gente no vive sola; desde que el individuo nace, ingresa al grupo familiar y toda su vida se desarrolla como miembro de diferentes grupos: vecindario, escuelas, centro de trabajo, asociaciones, etc. Por medio del matrimonio se liga a otro grupo y más tarde a través de los hijos. La vida de grupo tiene una naturaleza instintiva. El individuo tiene necesidad de sentir mayor fuerza y seguridad que las que emanan de él mismo y el grupo le ofrece la oportunidad de encontrarlas otorgándole un sitio personal con proyecciones más amplias que las propias, lo cual da a su vida el equilibrio social que le es indispensable. El individuo afecta al grupo en la misma medida que el grupo ejerce influencia sobre el individuo, aunque ni uno ni otro estén conscientes de tal hecho. Y es en él donde encuentra su punto de apoyo el Trabajo social con grupos.

Las actividades del trabajo social con grupos abarcan un número determinado de personas que se encuentran reunidas en una empresa común. Constituye un proceso educativo realizado por elementos voluntarios durante su tiempo libre y con la ayuda de un dirigente que debe ser la trabajadora social o alguna persona asesorada por ella. Estas actividades tienden al desarrollo social del individuo persiguiendo objetivos útiles e interesantes para el grupo. Se hace referencia a un proceso educativo porque implica una experiencia de enseñanza-aprendizaje en el sentido de desarrollar las capacidades de los individuos. Y se afirma que debe ser realizado por elementos voluntarios, dado que sólo estos pueden garantizar la acción espontánea y el empleo de la iniciativa. Naturalmente que el trabajador social especializado en este campo tiene entre sus tareas la de hacer que los individuos cuyos problemas puedan ser resueltos por medio de las técnicas de grupo, ingresen al que les convenga por su propia voluntad. El requisito de que los grupos con los que se realiza trabajo social no deben ser muy amplios, obedece a que en número reducido permite que desaparezca la timidez asegurando la máxima participación de cada individuo. Y en cuanto a las actividades con el grupo deben efectuarse bajo la dirección o la responsabilidad del trabajador social. Además de ser este indispensable por su calidad profesional, resulta obvio que el elemento dirigente necesita una amplia preparación, en primer lugar para formar el grupo con los elementos adecuados y posteriormente para constituirse el catalizador que permita dentro del grupo los cambios adecuados para el logro de las metas que persigue.

Quizá sea suficiente la enumeración no exhaustiva que se ha hecho de las actividades propias del trabajo social con grupos para demostrar que no es menos importante que el trabajo social de casos. Durante 50 años de práctica el primero ha probado su utilidad para mejorar la vida individual y familiar. El trabajo social con grupos, cuyo empleo en forma profesional es más reciente, ha tenido ya la oportunidad de poner en evidencia que cualquiera que sea su finalidad: recreativa, educativa, cívica, terapéutica o de simple sociabilidad, cultiva en las personas y a través de ellas con los grupos, cualidades tan valiosas como la iniciativa, la espontaneidad, la autodeterminación, favorece la interacción de las personalidades, enseña a dar y a recibir, a vencer las diferencias y aceptar el sentir de la mayoría. Es innegable que estas experiencias creadoras pueden ser tan útiles como el aprendizaje de un oficio.

El trabajo con grupo es un método que ayuda a los individuos, por medio de experiencias intencionadas en equipo, a mejorar su funcionamiento social y a enfrentarse de una manera más efectiva con sus problemas personales, grupales o de comunidad.

En la etapa precientífica se amplía la proyección del trabajo social a lo individual, grupal y comunitario pero en el estudio de los fenómenos sociales no se llegan a estudiar las causas ni a aprehender la esencia de los mismos.

La práctica del trabajo social se realiza siempre desde el análisis de contexto geográfico, político, socioeconómico, cultural, y espiritual en que se desenvuelve. El análisis de dichos contextos separadamente como parte de una totalidad, relaciona la conexión esencial entre

ellos, refuerza la coherencia de la labor de los trabajadores sociales y propicia la solidaridad y la fuerza de los que se unen a la causa común de trabajar por los derechos humanos.

El trabajador social debe saber escuchar al grupo quien expresa tanto en su hacer como en su decir. Para poder captar los significados en cualquiera de los dos casos, el trabajador social no puede ser uno más en el grupo, sino que debe poder oír al grupo como un todo, lo que exige cierta toma de distancia. Distancia que no puede lograrse por un simple esfuerzo psicológico-voluntario, sino que sólo surge de la ubicación adoptada frente al grupo.

Todo grupo orientado está conformado por dos partes fundamentales. Una parte está constituida por todos los integrantes que encuentran a través del grupo la satisfacción de algunas necesidades, la otra parte es la del líder que conduce al grupo.

La vida grupal se desarrolla siempre en distintos planos. Además todo grupo tiene una historia, que aunque siempre gravita en el aquí y ahora grupal, puede haber quedado desplazada u olvidada. El líder escucha al grupo y aporta al grupo, ubicándose en planos grupales desatendidos, es decir, en determinados puntos de vista del grupo mismo y también en significaciones, logros u errores, experimentados en la historia de la vida grupal. No lo escucha desde su ser como individuo, sino desde una perspectiva que le da al grupo. Sus contribuciones y estímulos, son siempre contribuciones y estímulos, son siempre contribuciones y estímulos que el grupo se hace a sí mismo, a través de uno de sus miembros: el asesor.

### **2.5.1. PROCESO DE GRUPO**

Llamamos proceso de grupo al desarrollo evolutivo que éste va teniendo, tomando en cuenta la interacción dinámica entre sus miembros y el logro del objetivo propuesto. Supone una sucesión de etapas y operaciones de resolución de problemas integrados entre sí. María Umaña dice que "cuando hablamos del trabajo final con grupo como proceso nos referimos al desarrollo de un individuo a través de su asociación voluntaria con un grupo y el crecimiento social de ese grupo a través de cierto transcurso del tiempo", nosotros adoptamos el criterio inverso, ya que a través del desarrollo de un grupo, los individuos se realizan. Haiman, coincide en señalar que el grupo es el comienzo como un recién nacido y su comportamiento, torpe y mal coordinado, está supeditado al dirigente. Al pasar a la adolescencia sus miembros luchan con los mismos conflictos entre dependencia e independencia que sufren los adolescentes. Empiezan a aprender a hacer las cosas por sí mismos y a obrar con eficacia. El grupo no sabe todavía gobernar sus crisis emocionales. A la larga y en condiciones apropiadas, podrá encarar los problemas emocionales y darles una solución constructiva para que el grupo alcance un estado de madurez análogo al del adulto inteligente y feliz. Esta imagen de un grupo y la experiencia realizada con diversas clases de grupo hizo que modificáramos la tradicional clasificación de etapas del proceso en formación, organización e integración adoptada por psicólogos y científicos. Entendemos que la etapa de formación es continuada por una de conflicto cuya superación lleva a la de organización. El rechazo a la psicología hizo que no se viera o no se quisiera ver que todo grupo entra siempre, naturalmente y normalmente, en una etapa de conflicto. Finalmente, existe una etapa de disolución o muerte del grupo, igualmente natural y normal.

## **ETAPA DE FORMACIÓN**

El proceso de grupo comienza con la motivación para formarlo. El trabajador social está motivado para formar grupo porque trabaja con el método, es decir, es su agente, tiene confianza en él y está seguro de sí mismo como persona y como profesional. Pero debe también conocer la motivación de los que formarán el grupo ya sea mediante entrevistas o en la primera reunión.

En instituciones donde se trabaja preferentemente con este método, los casos son derivados a grupos. Es difícil determinar sin un análisis minucioso del usuario, cuál es el grupo que le conviene. El usuario llega muchas veces por un problema acuciante que no es el real es genérico u ofrece resistencia diciendo que desea un grupo recreativo cuando en realidad necesita uno terapéutico.

## **ETAPA DE CONFLICTO**

George Simmel ha señalado que "ningún grupo puede ser enteramente armonioso, pues entonces no podríamos hablar de proceso y estructura". A su vez, Coser dice que "el acumular las tensiones no aliviadas o sólo parcialmente aliviadas, en vez de permitir el ajuste a las condiciones cambiantes, conduce a la rigidez de la estructura y crea posibilidades de una explosión catastrófica".

El trabajador social de grupo que no ve o no quiere ver el conflicto facilita la autocracia, la frustración del grupo, la disolución. No hace servicio social de grupo sino trabajo con grupos. El conflicto toma formas de oposición cuando los miembros se convierten en adversarios; de competición al orientarse hacia la obtención de un bien deseado individualmente o de alianza para fortalecerse en la oposición.

El conflicto debe verse siempre como positivo para el grupo, ya que de su expresión los miembros adquieren autoconocimiento de sí mismos y experiencias para afrontar problemas de la vida social. No existen reglas fijas para actuar, pues pone en juego la capacidad del trabajador social para manejar situaciones. Técnicamente, apurar el conflicto e interpretar su desempeño es beneficioso, porque contribuye a acelerar las primeras etapas hacia una organización e integración. Señalar al grupo una situación puede ser una forma de provocar el conflicto, descubrir el juego de algún miembro indirectamente sin que el grupo perciba que se ha preparado la situación para que ese comportamiento sea visualizado.

## **ETAPA DE ORGANIZACIÓN**

Organizarse significa desarrollar la capacidad de auto dirigirse. Los síntomas que señalan que el grupo ha entrado en esta etapa son la declinación de la ansiedad, la división del trabajo, la aparición del líder del grupo, la adquisición de mayor responsabilidad por parte de los miembros, la identificación con el grupo expresa en "nosotros", "nuestro grupo y una serie de rituales y símbolos. Se ha producido una progresión del grupo hacia los objetivos

reduciéndose tensiones, estableciéndose la aceptación y pertenencia, el ajuste entre expectativas y realidad de vida del grupo.

La coordinación entre los miembros respecto a la actividad no se basa en la autoridad, sino mediante la conciencia de grupo que les permite iniciar propósitos de manera que cada miembro adaptará su tarea a la de los otros con la habilidad y el entusiasmo necesario. Al lograr normatizar la cooperatividad, el grupo establece la división del trabajo ya sea haciendo cada uno la parte en la que se considera capacitado o rotando para facilitar que todos realicen el aprendizaje, evita la costumbre, la rutina.

En esta etapa todos los miembros entran en actividad en el sentido de conducta que origina un cambio en una situación dada. El grupo desarrolla habilidad progresiva hacia intercambio de ideas y emociones, distribuye las funciones del liderazgo, acepta ideas nuevas, elabora contenidos y situaciones, fortalece la afectividad y satisface sus necesidades. El aprendizaje de una tarea les permite a su vez el aprendizaje de cómo organizarse bien ya que los implica más en el trabajo a realizar y en lograr la integración. No es cierto que las emociones del individuo dentro del grupo se intensifican en forma extraordinaria mientras que su habilidad intelectual se reduce notablemente, sino que se establece un equilibrio entre niveles afectivo, intelectual y volitivo que conduce hacia una productividad operativa.(Kisnerman,1976).

Esta organización del grupo le da un carácter formal, pero esto nunca debe entenderse como pérdida de flexibilidad y dinamismo, sino como energía de los miembros que se canaliza hacia todo apropiado. Trecker distingue entre "organizar un grupo" y "ayudar a un grupo" a organizarse a sí mismo. El asistente social de grupo realiza lo segundo cuando ha detectado necesidades y motivaciones, cuando se han determinado objetivos y establecido un nivel aceptable de comunicación, superados los conflictos internos. La organización surge del grupo y no es impuesta al grupo.

El grupo organizado tiende a cerrarse consolidando su unidad. Esto si bien es positivo, implica el riesgo de crear barreras a la comunicación exterior, fortaleciendo el grupo; de ahí la importancia de percibir esta situación y facilitar si es necesario la inclusión de un nuevo miembro para que el grupo dinamice su proceso.

La eficacia de un grupo estaría, dice J. Klein "determinada por la capacidad para procurar un nivel eficaz de funcionamiento, es decir, la utilización de los materiales disponibles para lograr los fines del grupo, por la capacidad para provocar la cohesión del grupo, relacionarlo emocionalmente entre sí y con la tarea en común; y por la capacidad de mantener la estabilidad del grupo frente a situaciones de alteración o de frustración".

Logrando esto podemos decir que el grupo alcanzó su madurez, con lo que estamos en la etapa de integración. La orientación del trabajador social declina marcadamente ya que el grupo comienza a manejarse solo.

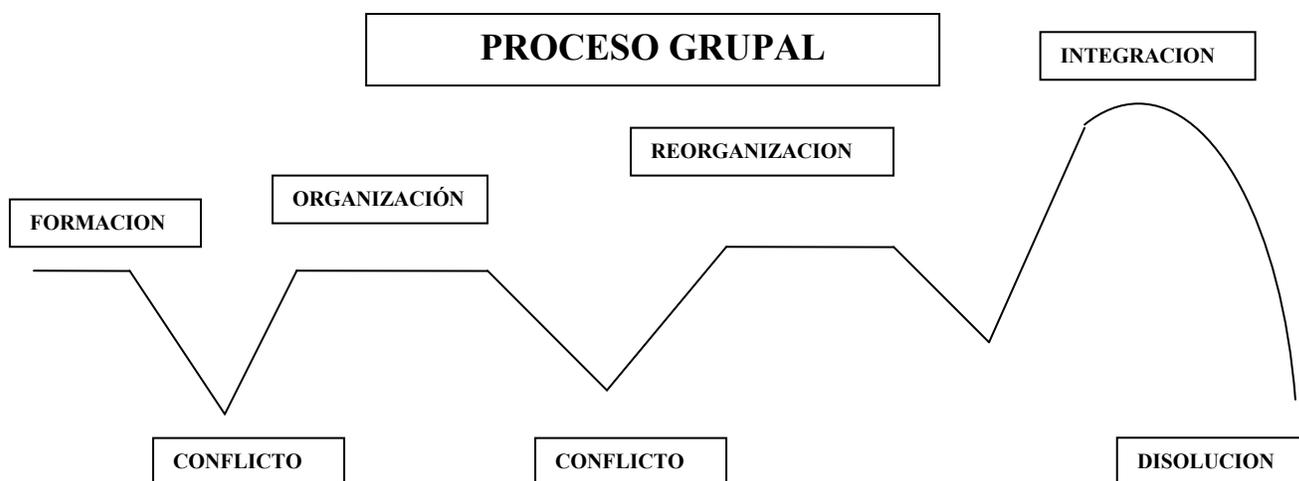
## ETAPA DE INTEGRACIÓN

Se dice que el grupo está integrado o cohesionado cuando las diferentes estructuras parciales o roles se hallan suficientemente o perfectamente ajustados entre sí. En esta etapa funciona como una unidad productiva, las relaciones interpersonales son primarias o próximas a serlo. Llamamos productividad a la suma de capacidades y habilidades para enfrentar la vida de sus miembros con una capacidad por su sensibilidad a los problemas de interacción y a las necesidades por un lado y a su habilidad para resolverlos y satisfacerlos.

Si el objeto para el grupo es la realización de una actividad, aquí la productividad no tiene un sentido económico sino de realización de miembros y por ende como un todo de crecimiento y desarrollo de su potencial humano. Se dice que el grupo ha llegado a la madurez si existen pocos cambios en su constitución, el liderazgo está repartido entre todos y el trabajador social debe comenzar una retirada hacia un rol asesor ya que el grupo está capacitado para funcionar solo.

## ETAPA DE DECLINACIÓN Y MUERTE DEL GRUPO

A pesar del buen nivel de madurez en un momento dado disminuye el interés de los miembros, los que se orientan hacia otras actividades (cambio de trabajo, de estado civil, de lugar de residencia, servicio militar, estudio, etc.), con lo que comienza una declinación del proceso a través de la disminución de miembros, etapa que es natural a todo grupo y que no debe ser interpretada como fracaso por el grupo o al trabajador social, los que desean continuar deben pasar a integrar otro grupo o reactivar todo su proceso cambiando de objetivo y permitiendo el ingreso de nuevos miembros. El término de cada etapa evolutiva de la vida humana señala el fin de un grupo y el trabajador social debe preparar positivamente ese fin, haciendo elaborar a los miembros sus causas naturales.



## **2.6. INSTRUMENTOS**

**DIARIO DE CAMPO:** En éste se registran los datos relevantes obtenidos diariamente durante la jornada laboral.

**DIARIO FICHADO:** Este contiene datos importantes de identificación del interno paciente y/o familia, además de las instituciones con las cuales se tiene enlace.

**BITACORA:** Se elabora diariamente para asentar acuerdos de oficina, visita diaria recibida y pendientes que sirven de enlace con el personal de fin de semana.

**REGISTROS DE DATOS:** Con la finalidad de poder reportar las actividades desarrolladas, se hace un conteo mensual el cual permite medir los resultados del trabajo realizado.

**FORMATOS:** (ver anexos).

## **CAPÍTULO III**

### **CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

#### **3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

El Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la población penitenciaria pretende cubrir una gran laguna en el reconocimiento, cuidado y prevención de enfermedades mentales padecidas dentro de los centros de reclusión de la república mexicana.

Por otra parte, este plan busca también el apego estricto a acuerdos internacionales como relativos a las reglas mínimas para el tratamiento del recluso y la declaración de los derechos del retrasado mental.

En este contexto, es importante señalar que de acuerdo a una serie de investigaciones realizadas por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, dadas a conocer en 1989, la población de los enfermos mentales en reclusión es la menos considerada y por consiguiente, sugiere se atiendan de acuerdo a un modelo más humanitario. Desde luego, esto implica, la existencia de centros especiales de tratamiento para este tipo de población.

A raíz de esto, la Secretaría de Protección Civil, Prevención y Readaptación Social, por instrucciones de su entonces titular Lic. Socorro Díaz Palacios, organizó una reunión conjunta de expertos de Estados Unidos de Norteamérica, España y México en materia de "Centros Psiquiátricos Penitenciarios". El objetivo era sentar las bases para el planteamiento de información e intercambio de puntos de vista para establecer criterios efectivos en el diseño y realización de nuestro primer Centro Psiquiátrico Penitenciario.

En la reunión programada se realizaron visitas previas a nueve centros psiquiátricos penitenciarios en España estudiando la superficie de terrenos construida en relación a los pacientes que se albergan y el total de empleados que asisten a dichos pacientes, observándose en ellos una medida entre 12 y 30 hectáreas.

La reunión se llevó a cabo en la "Mansión de Galindo", en el estado de Querétaro, durante los días 18, 19 y 20 de junio de 1993, en ella se planteó y exhortó realizar un esfuerzo adicional por parte de las autoridades correspondientes para atender y coadyuvar en el mejoramiento y especialización del trato y tratamiento de la población de enfermos mentales e imputables del sistema penitenciario Mexicano.

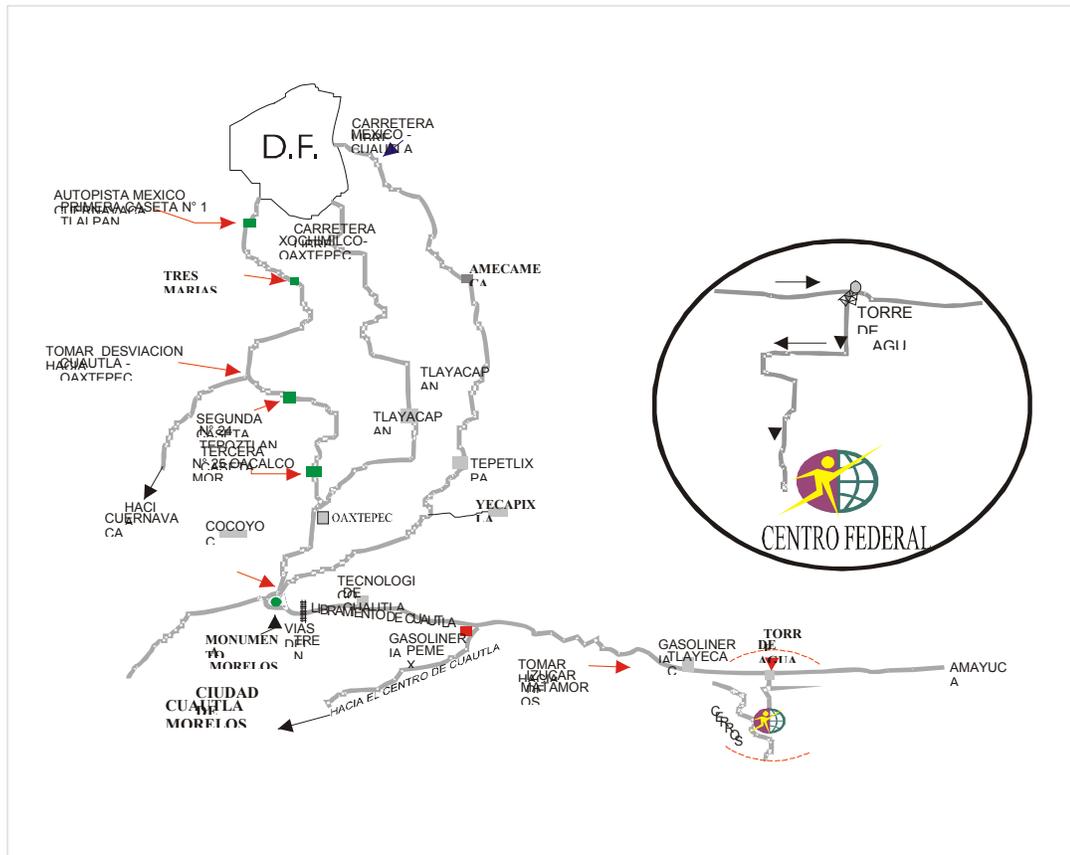
Dicha reunión propuso la creación del proyecto del "Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la población penitenciaria" como plan rector a nivel nacional, concretándose con la edificación del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial. Se acordó en relación a la norma internacional que el cupo máximo no debería rebasar los 500 internos pacientes.

El Plan en si propuso establecer las acciones adecuadas para prevenir, curar y rehabilitar al enfermo mental e inimputable en reclusión, se planteó entre sus objetivos el preparar, por medio de la enseñanza y capacitación, a todo el personal penitenciario que tuviera que ver

con el trato y tratamiento así como el crear los espacios pertinentes para producir y fomentar la investigación en este campo.

Concluyendo dicha reunión, se presentó el proyecto a la secretaria de Gobernación y el Presidente de la República Lic. Carlos Salinas de Gortari, tuvo a bien aprobar el proyecto formulado y después de un estudio minucioso del terreno que ocuparía este Centro, el Gobierno del estado de Morelos donó un área de aproximadamente 108,000 metros cuadrados, en el municipio de ciudad de Ayala, Morelos, constituyéndose como una entidad federal y rectora en la atención integral de enfermo mental e inimputable en reclusión.

### 3.2. UBICACIÓN



Está ubicado en la carretera Cuautla-Izúcar de Matamoros, Km. 11.5 en el Fraccionamiento Mariano Matamoros, Ciudad Ayala, Estado de Morelos, fuera de la zona urbana y con una superficie aproximada de diez hectáreas, concebida esta como una aldea autónoma con todos sus servicios.

### CAPACIDAD INSTALADA

El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial es una institución modular consistente en siete módulos que incluyen todos los servicios, ante la necesidad de agrupar a los internos en función a su clasificación penitenciaria, psiquiátrica, ocupacional y terapéutica.

Es importante señalar que de acuerdo a las experiencias de otras instituciones psiquiátricas, se observa que el número adecuado de pacientes psiquiátricos en el Centro Federal no debe ser mayor de 500 internos, ya que la ineficiencia e inseguridad es superior cuando se excede este número (cifra que se ha convertido ya en norma internacional), distribuidos en los módulos de residentes de ingreso, de enfermería, de agudos y subagudos.

Técnicamente está comprobado que las puertas, rejas y la falta de espacio, son factores negativos y perjudiciales para la rehabilitación del paciente psiquiátrico. Por este motivo la institución cuenta con varios espacios abiertos que posibilitan la rehabilitación del enfermo mental.

Estructuralmente el Centro cuenta con áreas básicas como:

- a) Área de gobierno
- b) Área de visita familiar
- c) Escuela y/o Áreas educativas
- d) áreas para actividades deportivas, Gimnasio y recreativas y lúdicas
- e) Talleres ocupacionales
- f) Dormitorios
- g) Área de locutorios
- h) Área de servicios generales
- i) Área de hospitalización con sección de aislados
- j) Farmacia
- k) Área de rehabilitación
- l) Comedor de personal
- m) Áreas de Seguridad General

### **3.3 OBJETIVOS**

Es una Institución cuya obra está encaminada a planear y ejecutar un Plan Nacional de Atención al ser humano privado de su libertad corporal debido a su condición jurídica (ya sea por encontrarse en proceso o en cumplimiento de una sentencia privativa), y que guarda un estado de enfermedad mental permanente o transitoria.

El objetivo principal del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, es el proporcionar atención psiquiátrica especializada (3er, nivel), a la población penitenciaria del país en régimen de hospitalización de corta y mediana estancia para todos aquellos internos presos en calidad de indiciados, procesados y/o sentenciados ejecutoriados; así como la custodia, tratamiento y peritación de pacientes que ingresen por expreso mandato judicial, para tales fines (inimputables).

### **POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

La política que señala la Subsecretaría de Protección Civil y de Prevención y Readaptación Social para cumplir con sus fines y objetivos, está inspirada en los principios del derecho

positivo que atienden fundamentalmente a la persona en base a la dignidad y absoluto respeto a sus derechos humanos.

Ahora bien, la orientación política de este Centro es ajena a toda intención retributiva y sancionadora, buscando fundamentalmente cumplir con el principio constitucional del derecho a la salud que todos los individuos tenemos, sin embargo, el cumplimiento de la prescripción del derecho a la salud no evita que los individuos que alberga el Centro, se encuentren a disposición de la autoridad judicial o ejecutora, debiendo ser regulados bajo todas las medidas de seguridad que su condición implica.

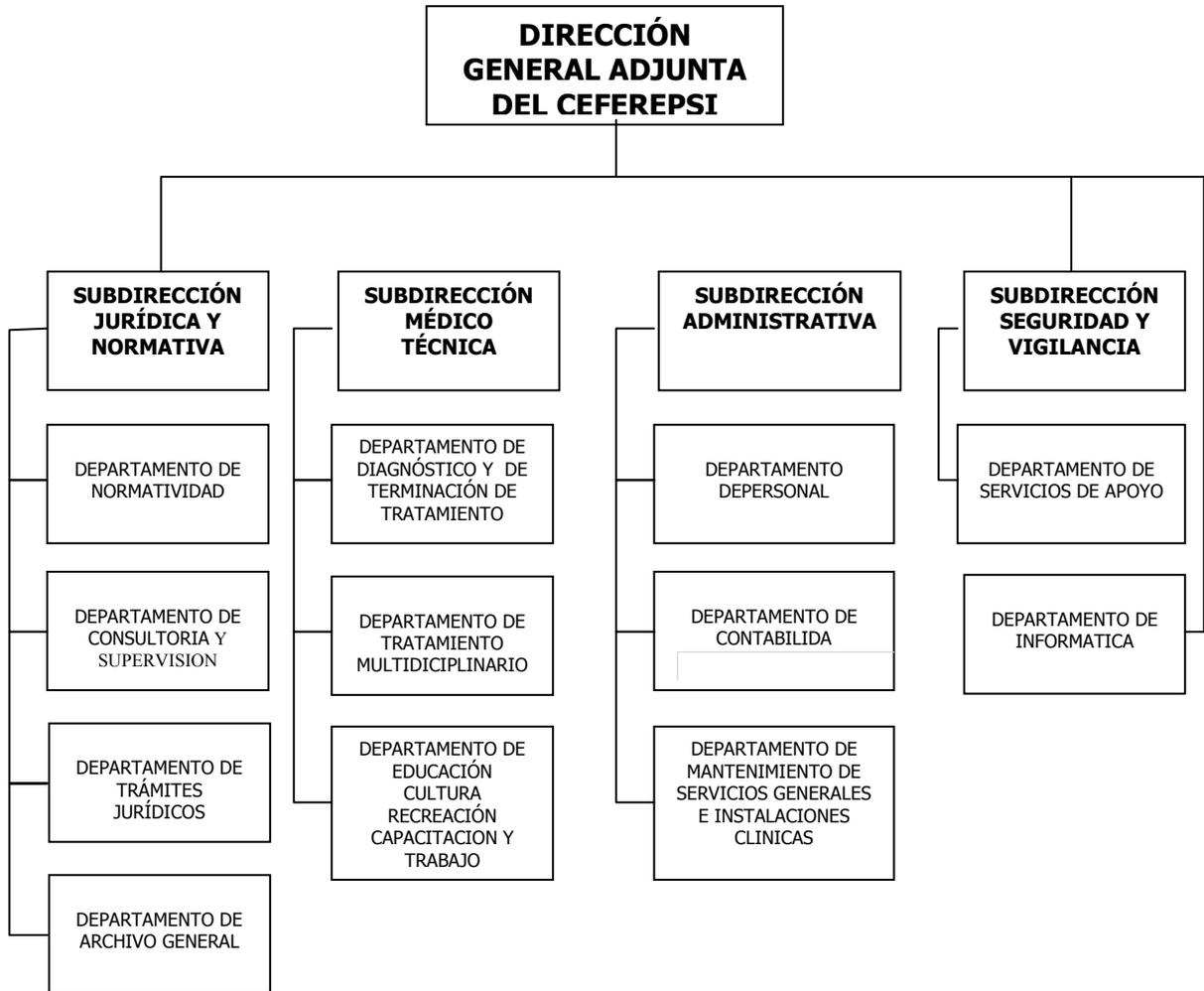
En este sentido, la política del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial busca atender al hombre en su dimensión bio-psico-social, y al mismo tiempo, investigar y determinar las causas parciales o totales que lo pudieron haber llevado a transgredir las normas de convivencia social procurando resolver en lo posible o mantener en cautela a los que no sean susceptibles de rehabilitar.

### **3.4 PROGRAMAS Y PROYECTOS**

El Plan Nacional de Atención psiquiátrica pretende desarrollar un programa de docencia, investigación y estudios superiores que contribuyan a los siguientes objetivos.

- 1) Planificar, desarrollar y perfeccionar una concepción sistemática y humanizadora del penitenciarismo aplicada al trato y tratamiento del enfermo mental.
- 2) Desarrollar programas de investigación tendientes a la creación, innovación, adaptación y difusión de tecnologías aplicables al campo penitenciario.
- 3) Formar profesionales para las funciones requeridas en el sistema penitenciario nacional en los niveles de dirección, operación, tratamiento, administración y seguridad dirigidos a la atención del enfermo mental recluido.
- 4) Proporcionar a los profesionales no penitenciarios la formación necesaria para el mejor desempeño en el trabajo con reclusos y la aplicación de sus acciones a programas de atención asistencial y comunitaria y programas de prevención general de promoción de la salud.
- 5) Formar y desarrollar integralmente al personal que presta servicios en el Centro federal de Rehabilitación Psicosocial en beneficio a la atención del interno paciente.
- 6) Desarrollar, en coordinación con organismos e instituciones de investigación y enseñanza superior programas de profesionalización, actualización y adiestramiento del personal en servicio de los centros penitenciarios del país.
- 7) Desarrollar programas de extensión y divulgación científica, psiquiátrica y penitenciaria.

### 3.5. ORGANIGRAMA EL CENTRO Y DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO



## **CAPÍTULO IV**

### **OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**

La subdirección médico técnica a través de la oficina de trabajo social continua y refuerza las acciones encaminadas para emitir un diagnóstico que a su vez permita determinar un plan de tratamiento integral que incida en los aspectos biológico, psicológico y social del interno paciente.

Actividades que realiza de forma organizada y planeada con el personal de la oficina de trabajo social adscrito al Departamento de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento, con la finalidad de lograr la rehabilitación de los internos pacientes de este Centro.

#### **4.1. OBJETIVOS**

- ❖ Coordinar, programar y supervisar las actividades de diagnóstico y tratamiento psicosocial de los internos pacientes del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial a efecto de incidir, promover y reafirmar su rehabilitación psicosocial.
- ❖ Valorar y establecer el diagnóstico social de los internos pacientes de nuevo ingreso al Centro y determinar la propuesta de tratamiento psicosocial.
- ❖ Analizar y evaluar la impresión diagnóstica, la propuesta de tratamiento, el seguimiento y evolución del tratamiento individualizado de los internos pacientes.
- ❖ Ejecutar la propuesta de tratamiento psicoterapéutico establecido.
- ❖ Proporcionar asistencia social a los internos pacientes y sus familiares, así mismo promover la participación activa de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial del interno paciente a fin de fortalecer o en su caso restablecer el vínculo familiar.
- ❖ Registrar el seguimiento de las intervenciones que se realicen con los internos pacientes en el expediente único.
- ❖ Participar en las sesiones del Comité de Tratamiento y Rehabilitación Interdisciplinario del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
- ❖ Informar al Jefe de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento, el seguimiento y evolución del tratamiento psicosocial establecido.

## **ACTIVIDADES**

Las actividades que se realizan en cada uno de los casos son:

- Entrevistas con el interno para obtención de datos para el Diagnóstico Presuntivo.
  - Entrega del manual al interno en el momento de ingresar al centro.
  - Elaboración del Diagnóstico Presuntivo estrictamente dentro de las 72 Hrs. de ingreso del interno paciente a la Institución.
  - Búsqueda, localización, sensibilización y orientación a la familia de cada interno.
  - Notificar a través de un telegrama a los familiares el ingreso del interno paciente a la Institución en caso de no contar con número telefónico. Valorar y determinar en qué momento se envían telegramas subsecuentes a los familiares.
  - Programar las actividades semanalmente (entrevistas individuales y sesiones grupales).
  - Emitir el Diagnóstico confirmatorio durante los primeros 21 días de estancia del interno paciente en esta Institución.
  - Efectuar entrevistas individuales de tipo asistencial, informativa y de orientación, de acuerdo a las recomendaciones emitidas en el diagnóstico confirmatorio y la funcionalidad del interno.
  - Entrevistas directas o indirectas con la familia para corroborar información.
- Canalización de solicitudes al área jurídica y de dirección cuando lo soliciten el interno, su familia y/o responsables todas las veces que requieran asesoría jurídica o audiencia con el director.
- Participar en las revisiones de casos clínicos de manejo difícil, ejecutar y dar seguimiento a los acuerdos establecidos entre el equipo multidisciplinario.
  - Informar al jefe de la oficina cualquier problemática presentada con los casos.
  - Elaborar revaloraciones semestrales de cada caso.
  - En caso necesario presentar de notas de reubicación de módulo.
  - Hacer notas de seguimiento por cada intervención en el expediente de la oficina de Trabajo Social.

- Elaboración de notas informativas sobre el estado del paciente.
- Realización de visitas domiciliarias o institucionales según el caso y previa autorización.
- Revisión de Expediente de Centro de Procedencia.
- Orientar a internos a nivel individual o grupal sobre aspectos de la Normatividad Institucional.
- Orientar de forma individual al interno en temas sociales promoviendo así los mecanismos terapéuticos pertinentes a fin de coadyuvar en su Tratamiento Psicosocial Integral durante su estancia en la institución, que se apeguen en forma estricta a los Derechos Humanos.
- Integrar estrategias grupales y terapéuticas de índole social con los familiares.
- implementar programas sobre temas sociales de forma grupal con los internos pacientes.
- Redactar y anexar al expediente la crónica grupal de las sesiones de orientación.
- Elaborar la propuesta de visita familiar.
- Llenar la solicitud de visita familiar (referencias personales)
- Prestar atención a la visita íntima para cumplimiento al ordenamiento establecido en el artículo 12 de la Ley de Normas Mínimas, sobre Readaptación Social de sentenciados en cuanto a fomentar el establecimiento, conservación y fortalecimiento, en su caso de las relaciones del interno paciente con personas convenientes del exterior.
- Promover la visita familiar, atendiendo los requisitos técnico administrativos para que la familia realice la solicitud de visita familiar e íntima.

Solicitar, cotejar e integrar los documentos requeridos en la Normatividad del Centro para la visita familiar permitiéndole así el acceso a la institución y promover la integración familiar.

- Elaborar credenciales, cuando la familia y/o amistades hayan cubierto los requisitos solicitados, previamente autorizados por el Consejo Técnico Interdisciplinario.
- Solicitar la autorización de la visita íntima si se cumplió con los requisitos de los estudios médicos y sociales presentando los documentos que acrediten el parentesco.

- Verificar que las personas autorizadas para realizar la visita íntima se sujeten a las normas, prohibiciones y medidas de seguridad que rigen al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial y en caso de no cumplir con lo anterior se determinarán las sanciones a que haya lugar.
- Atender la visita íntima con estricto apego a los Derechos Humanos del interno y de la pareja.
- Aplicar los lineamientos normativos que permitan la realización de la visita íntima de una forma controlada y organizada además de su seguimiento.
- No permitir el acceso a la Institución a aquellas personas no propuestas por el interno quien únicamente podrá autorizar a 12 familiares y/o amistades, las cuales se renovaran cada 6 meses.
- Avisar a los familiares que únicamente tienen tres pases de acceso a la Institución para cubrir la documentación solicitada para la visita familiar.
- Proporcionar información y/u orientación a los familiares del interno durante su permanencia en el área de visita familiar, según sus propios recursos y esta puede ser de manera individual o grupal.
- Informar a los familiares de los requisitos establecidos en la normatividad de este Centro para el otorgamiento de visita familiar, íntima y algún otro trámite a seguir.
- Observar el desarrollo de las relaciones familiares de la convivencia entre el interno y su familia.
- Atender a los familiares bajo los modelos de intervención unifamiliar y plurifamiliar.
- Elaborar kárdex de visita familiar.
- Llenar solicitud de visita íntima.
- Marcar la Frecuencia de Visita.
- Control de correspondencia.
- Realizar la recepción, control y entrega de correspondencia postal dirigida al paciente fortaleciendo sus lazos familiares y/o de amistad, a fin de restablecer sus vínculos afectivos y su contexto sociofamiliar mediante el sistema postal.
- Auxiliar en caso de ser necesario al interno paciente en la redacción de correspondencia postal.

- Mantenerse informado sobre la situación legal del interno con las autoridades gubernamentales de forma escrita y permanente.
- Controlar el número de cartas, teniendo el interno en el módulo de ubicación como máximo 3 cartas, las cuales se canjean por otras en caso de recibir más.
- Guardar en el expediente Técnico operativo las cartas.
- Entregar la correspondencia postal al interno paciente en presencia de Seguridad y Vigilancia.
- Guardar absoluta discreción apegada a los Derechos Humanos del contenido de las misivas pertenecientes a los pacientes.
- Registrar diariamente las llamadas telefónicas
- Mantener al interno con su familia comunicado vía telefónica, de acuerdo al convenio establecido.
- Establecer convenios telefónicos para fortalecer los lazos afectivos entre el interno y su familia a través de llamadas telefónicas con la finalidad de incrementar su red de apoyo hacia el exterior.
- Otorgar al interno paciente de esta Institución de bajos recursos el derecho a realizar una llamada con cargo a la institución (lada) mensual.
- Tramitar, a través de La Subdirección Médico Técnica, alguna llamada telefónica semanal extraordinaria.
- Marcar el tiempo de la llamada telefónica entre el interno paciente y/o amistades por el servicio de cobrar o recepción durante 15 minutos como máximo, por servicio de lada (cargo a la Institución) por 5 minutos como máximo.
- Esperar la llamada telefónica del interno paciente en el área asignada para dicho fin durante 30 minutos como rango máximo por servicio de lada únicamente dentro del margen de la República Mexicana.
- En caso de intervención quirúrgica enviar a los familiares la responsiva médica.
- Entregar a la Jefa de Oficina el reporte de actividades mensualmente.
- Sensibilización a familiares con los cuales se trabaja sobre el egreso del interno.
- Entregar a los familiares las artesanías y/o pertenencias de los internos que lo soliciten.

- Redacción de estudios multidisciplinarios y esquemas de egreso cuando se soliciten.
- Canalizar para recibir orientación a instituciones a los familiares para recibir orientación, sobre enfermedad mental, cuando su lugar de residencia no les permita acudir al Centro Federal.

#### **4.2. PROGRAMAS**

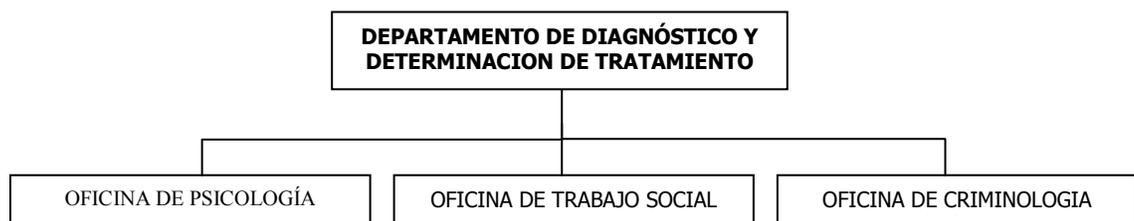
El trabajador social ejecutará programas de manera individual o grupal con internos y/o familiares que cubran criterios de inclusión y dependiendo sus necesidades se integraran a los siguientes programas, mismos que se acreditaran a través de su asistencia y participación activa, con la entrega de un reconocimiento emitido por parte del Centro federal sobre los siguientes temas:

- Farmacodependencia
- Familia
- Salud mental
- Violencia intrafamiliar
- Comunicación.
- Adaptación a los lineamientos de la institución (Manual del interno)
- Relaciones humanas
- Proyecto de vida
- Autoestima
- Reinserción sociofamiliar
- Sexualidad

#### **4.3. CARACTERIZACIÓN DEL PERSONAL**

Un jefe de oficina y 14 trabajadores sociales que laboran de lunes a viernes con un horario de 9.00 a 17:00 y de 14:00 a 21:00 hrs. y dos en fin de semana de 8:00 a 20:00 hrs.

#### **ORGANIGRAMA**



## **CAPÍTULO V**

### **DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL TRABAJO CON INTERNO PACIENTES**

#### **5.1. Diagnóstico presuntivo**

El diagnóstico es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia.

Para poder investigar la realidad social de los internos, en sus intervenciones el trabajador social se auxilia de métodos y técnicas, las cuales están encaminadas a alternativas viables, que incidan en la modificación de los factores sociales y familiares que afectan la salud mental del interno.

En primer lugar el Centro forma brigadas con las áreas de psiquiatría y psicología a cada uno de los centros penitenciarios del país para valorar internos candidatos a recibir atención, bajo la consideración de la autoridad competente, Prevención Social de cada estado, para efectos del traslado en tiempo y forma; o bien la institución penitenciaria envía una propuesta de candidatos con enfermedad mental. Una vez recibida la solicitud, el personal técnico se reúne en Consejo Técnico Interdisciplinario, que es la máxima autoridad, integrado por el Director, subdirectores de las áreas jurídica y normativa, administrativa, médico-técnica y seguridad; así como el representante del Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social y asesores de las diferentes áreas, para valorar la solicitud, una vez que son aprobados son trasladados a esta institución.

Al ingreso del interno a este Centro Federal, entrega sus pertenencias, éstas se le devolverán cuando egrese, o en su defecto, se le darán al familiar o persona que lo visite, si así lo sugiere. Posteriormente se le ubica en el área de ingreso y evaluación (UNIEVA). En donde permanecerá un máximo de setenta y dos horas, dentro del plazo el Comité de Tratamiento y Rehabilitación revisará los diferentes estudios que se le realizaron a efecto de conformar su diagnóstico presuntivo

El jefe de la oficina de trabajo social, asigna el caso, programándolo para llevar a cabo una entrevista de impacto múltiple con el área de psicología y pedagogía, en este momento se le hace entrega de la cartilla del interno para que conozca sus derechos y obligaciones dentro de la institución, y en caso de dudas, le son aclaradas en las posteriores entrevistas.

Posteriormente se acude a la subdirección jurídica, para realizar una investigación documental del expediente de Centro de Procedencia en el se cotejan datos generales, jurídicos como delito, sentencia, tiempo compurgado y se analiza el diagnóstico social que emitió trabajo social, cotejándolos con la información proporcionada por el interno.

Así se procede a la localización familiar, utilizando diversos medios de comunicación como teléfono, telegrama, correspondencia, enlazándose con el Centro de Procedencia y vinculándose con instituciones de apoyo como DIF, PGR, Patronato etc., en caso de que él

que se cuente con número telefónico de los familiares, con quienes mantenía contacto o lo visitaban en su centro de procedencia, se da aviso por éste medio a efecto de conservar sus redes de apoyo familiar, de no tener respuesta después de unos meses se solicita la autorización para realizar visita domiciliaria en caso de contar con el domicilio familiar.

En un lapso no mayor a las 48 horas se presenta al Comité de Tratamiento y Rehabilitación, donde junto con los diagnósticos emitidos por el equipo interdisciplinario conformado por las áreas de medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social, pedagogía, criminología, neuropsicología, terapia ocupacional y de recreación y en base a los parámetros que se encuentran establecidos en este centro, se le ubica en algún modulo después de su primera valoración de tipo físico, mental y social.

Para la ubicación de los internos pacientes en cada modulo se toman en cuenta las siguientes características para:

Modulo 1: Son los internos que presentan conductas disruptivas, motines, peligrosidad alta, personalidades límites y antisociales.

Modulo 2: Deben contar con antecedentes de intentos de fuga y con tendencia suicida, baja tolerancia al contacto físico y social o agresión.

Modulo 3: Estos se encuentran en cuadro psicótico y no son funcionales, en ninguna actividad de rehabilitación.

Modulo 4: Son internos que empiezan a remitir el cuadro psicótico y han aumentado su funcionalidad en actividades rehabilitatorias.

Modulo 5: En este modulo ya han remitido el cuadro psicótico y su funcionalidad se ha incrementado, ha mejorado la interrelación con sus compañeros y empiezan a ser tolerantes y sociables, acatan normas, siguen instrucciones y no presentan conflictos con la figura de autoridad.

Modulo 6: Estos ya son funcionales y pueden ser candidatos a egreso, la mayoría ha alcanzado el máximo beneficio institucional.

Modulo 7: Internos que se encuentran en edad senil y presentan demencia, abandono familiar y deterioro mental progresivo como consecuencia de la patología que padecen, para su tratamiento, se aplican programas para retardar su deterioro y mantener sus habilidades de autosuficiencia.

## **5.2. Diagnóstico Confirmatorio**

Una vez ubicado en algún módulo, se le realiza un segundo diagnóstico confirmatorio, mismo que se llevará a cabo en un plazo no mayor de veinte días. Estableciendo así el tratamiento integral que recibirá, para su ejecución en los próximos seis meses.

Se hace una programación de entrevistas psicosociales con el objetivo de continuar la investigación social. Si se cuenta con algún miembro de la familia se le aplica el estudio social, el cual nos permitirá conocer la estructura y dinámica (primaria y /o secundaria) de ésta, antecedentes personales y mórbidos, desarrollo escolar, trayectoria laboral y contexto social en el cual se desarrolla el interno paciente así mismo se corrobora la información obtenida con antelación y llevar a cabo un plan de tratamiento más preciso.

Para complementar la información en caso necesario, y si se cuentan con los datos suficientes del lugar de origen o domicilio se propone una visita domiciliaria, esta será bajo la normatividad y las circunstancias de los estados circunvecinos al centro federal. Investigación que complementa los datos necesarios para el diagnóstico.

Un diagnóstico familiar, por su parte, requiere la integración del trabajador social a la familia para formar un sistema terapéutico seguido por la evaluación de sus experiencias; en relación al problema, se orienta por lo general hacia el individuo y hacia su pasado.

Las familias moldean y programan la conducta del niño y su identidad por lo que es de suma importancia conocer los antecedentes personales, mórbidos y heredo familiares del paciente que pueden incidir en su padecimiento actual. Aunque la familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. La estructura familiar la integran los miembros de la familiar en orden ascendente partiendo del padre, la madre y los hijos de mayor a menor, incluyen el nombre, parentesco, lugar de nacimiento, edad, escolaridad, estado civil, ocupación y domicilio. También evalúa la flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes; Además el terapeuta examina la resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de sus miembros. Se examina el contexto de vida de la familia, analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología de la familia. Se toma en cuenta el estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a este estadio. Y por último, explora las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento que a menudo analizamos.

El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia.

Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Es decir, la pareja desarrolla pautas en las que cada esposo apuntala la acción del otro en muchas áreas. Consideramos las pautas de complementariedad que permitan a cada esposo ceder sin sentir que se ha dado por vencido. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia la cual plasmamos en el diagnóstico.

En el subsistema parental cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. En una familia intacta, el subsistema conyugal diferenciamos el desempeños de las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al subsistema conyugal.

El subsistema parental se adapta a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización.

La autoridad incuestionada que caracterizó en algún momento al modelo patriarcal del subsistema parental ha desaparecido y fue reemplazada por el concepto de una autoridad flexible, racional. Se espera de los padres que comprendan las necesidades de desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen.

Es imposible que los padres protejan guíen sin, al mismo tiempo controlar y restringir. El proceso de socialización es inevitablemente conflictivo. El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental.

El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar, competir.

Aprenden a lograr amigos y aliados, a salvar la apariencia cuando ceden a lograr reconocimiento por sus habilidades. Pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas y estas posiciones asumidas tempranamente en el subgrupo fraterno, pueden ser significativas en el desarrollo posterior de sus vidas.

En las familias numerosas, el subsistema fraterno posee otras divisiones, ya que los hijos más pequeños, que se mueven aún en las áreas de seguridad, alimentación y guía en el seno de la familia, se diferencian de los niños mayores que realizan contactos y contratos con el mundo extrafamiliar.

El diagnóstico se modifica constantemente a medida que el interno paciente y/o familia asimila, se acomoda, reestructura o resiste las intervenciones efectuadas. Se considera que los individuos y la familia se relacionan y cambian de acuerdo con su contexto consiste en el hecho de que proporciona aperturas para la intervención terapéutica. El diagnóstico y el tratamiento se hacen inseparables.

### **5.3. Tratamiento**

El tratamiento se basa un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social, se basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se trasforma la estructura del grupo familiar, se modifica consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo, como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo.

El tratamiento consiste en modificar el presente, explorando e interpretando el pasado que influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia, por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que lo modifiquen. El objeto de las intervenciones en el presente es el sistema familiar. Al cambiar la posición de los miembros de un sistema, cambian las experiencias subjetivas. Con este objetivo, confiamos en algunas propiedades del sistema familiar, organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros.

Por lo tanto, participamos con la familia no para educarla o socializarla, sino más bien, para reparar o modificar su funcionamiento, para que esta pueda desarrollar tareas con mayor eficacia.

Cuando los miembros de la familia cuenta con servicio telefónico se establecen convenios para mantener y fortalecer lazos afectivos, estos varían de acuerdo a las posibilidades económicas de cada una, también a través del envío y recibimiento de correspondencia, fotografías y postales.

#### **5.4. Asistencia social individual**

Posterior a la ubicación del interno en módulo se continúa con intervenciones con dos tipos de enfoques:

Asistencial cuando las capacidades mentales e intelectuales del interno no permiten un abordaje terapéutico por encontrarse en cuadro psicótico. El segundo de orientación e información, con el objetivo de proporcionar conocimientos y habilidades prácticas, sobre aspectos específicos de la vida cotidiana a través del aprendizaje a nivel consciente, mediante técnicas didáctica (exposición, discusión dirigida, panel, lluvia de ideas) con técnicas psicosociales (preguntas, comentarios, saber escuchar, saber observar, manejo del silencio, ventilación, expresión de interés, resumen o recapitulación) y técnicas didácticas, de las cuales nos apoyamos para trabajar temas sociales que permiten ir conociendo y analizando las causas que propiciaron la enfermedad mental, el daño orgánico o el trastorno de personalidad que presenten se va dando el encuadre terapéutico.

Para abordar los problemas individuales consideramos a las personas en el contexto físico, social, cultural y político en el que se desarrolla y en la capacidad del paciente y por otro en el compromiso e involucramiento que éste asuma con responsabilidad en sus propias decisiones cuando sus condiciones mentales lo permiten.

La intervención individual va dirigida a que el interno logre identificar la enfermedad mental que padece, comprenda los síntomas y fomente en ellos una continuidad en el tratamiento que están recibiendo.

Es necesario realizar investigaciones exhaustivas para encontrar factores que incidan en el transcurso de su historia de vida y que van desde los hereditarios, traumatismos craneoencefálicos en la edad temprana o en la adultes, hasta eventos traumáticos de orden psicológico que no fueron tratados oportunamente en su momento, pasando también por el

excesivo consumo y abuso de psicotrópicos, enervantes o solventes que en su oportunidad ocasionaron daño o muerte neuronal parcial y que en consecuencia actualmente se encuentran en estados de deterioro mental progresivo.

A los internos pacientes durante su estancia en este lugar se les brinda por lo regular de manera semanal asistencia social individual o se trabaja a nivel informativo o de orientación programas de índole social en grupos, previamente conformados.

Mediante las entrevistas con la familia, la aplicación de técnicas psicosociales, observación directa, a través de su participación, visita domiciliaria y/o institucional y técnicas de intervención grupal, se lleva a cabo investigación y la aplicación de programas como parte del tratamiento establecido.

Ya ubicado en algún módulo al interno paciente se le interviene con dos tipos de enfoque, el primero es asistencial y el segundo de orientación.

Asistencia social individual; cuando las capacidades mentales e intelectuales del interno no permite un abordaje terapéutico por encontrarse en cuadro psicótico, tener retardo mental o algunas de sus funciones elementales están atrofiadas, en ocasiones son de difícil manejo y con problemas para pertenecer a algún grupo o tienen problemas con alguna de las figuras ya sea paterna o materna.

Una de las formas de abordar los problemas individuales es la de considerar a las personas en el contexto físico, social, cultural y político en el que se desarrolla, en el trabajo social individualizado nos enfocamos en la confianza de la capacidad del paciente y por otro en el compromiso e involucramiento que éste asuma con responsabilidad en sus propias decisiones cuando sus condiciones mentales se lo permitan, en esta intervención nos dirigimos a que el interno paciente logre identificar su enfermedad, comprenda los síntomas y fomente en ellos una continuidad en el tratamiento que está recibiendo.

Conforme se avanza se realizan investigaciones exhaustivas para encontrar factores que incidan en el transcurso de su historia de vida y que van desde lo hereditarios, traumatismos craneoencefálicos en edad temprana o adultez, hasta eventos traumáticos de orden psicológico que no fueron tratados oportunamente, tomando en cuenta el excesivo consumo y abuso de psicotrópicos, enervantes o solventes, que en su momento ocasionaron daño o muerte neuronal parcial y que en consecuencia se encuentran en estados de deterioro progresivo.

## **5.5. Asistencia social a familiares**

A nivel familiar las técnicas que se utilizan son, dirigidas al objetivo de que discriminen e identifiquen, los factores que influyeron en su dinámica y contribuir en la modificación de su actitud al interior de su núcleo familiar y fortalecer así la red de apoyo, lo que permitirá adecuadamente la reinserción del interno a su ambiente sociofamiliar.

El abordaje es de aceptación al paciente, conociendo y entendiendo la enfermedad que padece su familiar, identifiquen los síntomas y cuando se presenta una crisis. La importancia de que el familiar continúe apoyándolo en su tratamiento. En este proceso rehabilitatorio se ayuda al familiar a seleccionar objetivos a corto y a largo plazo, clarificando las consecuencias de las decisiones y acciones y explorando o encontrando los caminos viables de solución, enlazándolo a las áreas de jurídico, psiquiatría, medicina, psicología y dirección en caso que lo solicite. Con el propósito de dar la mejor atención e incrementar la capacidad del entrevistado para que identifique y enfrente sus problemas en lo sucesivo.

Cuando la visita se presenta se aplica el formato de solicitud visita como antecedente para la elaboración de la credencial para la visita, después de haberlo visitado

Dentro de la población se ha detectado a través de las investigaciones que la disfuncionalidad en la mayoría de los contextos familiares, influye en la patología y conducta del interno, propiciando con ello el desarrollo de conductas antisociales y parasociales que irremediamente, al paso del tiempo derivan, en conductas delictivas criminales que determinan su ingreso a prisión.

De acuerdo a la función de esta institución, el trabajador social, como parte del equipo multidisciplinario, orienta su intervención hacia el conocimiento de la realidad social del interno paciente y el análisis de los conflictos psicosociales en su entorno natural actual que demandan respuesta de intervención, que le permitan alcanzar al interno una vida más satisfactoria.

## **5.6. Orientación a internos**

Esta se da en dos formas, individual o grupal y dependiendo de sus características puede ser a nivel informativo o de orientación en el que se esperan cambios de conducta y desmitificar ideas las cuales truncan este cambio, esto nos permite trabajar con ellos y llevar acabo el objetivo de proporcionarles conocimientos y habilidades prácticas, sobre aspectos específicos de la vida cotidiana a través del aprendizaje a nivel consciente, mediante técnicas didácticas (exposición, discusión dirigida, panel, lluvia de ideas, entre otras) técnicas psicosociales (preguntas, comentarios, saber escuchar, saber observar, manejo del silencio, ventilación, expresión de interés, resumen o recapitulación) , de las cuales nos apoyamos para trabajar temas sociales que permiten ir conociendo y analizando las causas que propiciaron la enfermedad mental, el daño orgánico o el trastorno de personalidad que presentan además se va proporcionado un encuadre terapéutico.

Así mismo se ha comprobado que tanto la enfermedad mental como las conductas tipificadas como delictivas, muchas veces son producto de la influencia familiar y social en que vive el interno, así como de la dinámica de sus relaciones interpersonales.

La orientación grupal se da mediante la formación de grupos que cubran con los criterios de inclusión para formar parte de él, entre ellos que no cuenten con sintomatología psicótica, características o interesados en el tema, sin deterioro en sus capacidades cognitivas,

capacidad de insight introyección de normas y valores), por mencionar algunos, los cuales mediante técnicas y acciones dentro del grupo puedan compartir en búsqueda de alternativas de solución a sus problemas. Un grupo puede ayudar a resolver problemas.

El abordaje que se realiza a nivel grupal, dentro de esta institución con el interno promueve la Universalidad y les da el sentimiento de no estar solos; desmitificar, que el problema de la perdida de la salud mental es exclusivo del interno, debiéndose de involucrar a toda la familia y sociedad y así repartir la responsabilidad de esta situación. Logrando que el interno reconozcan y asuma con responsabilidad su problema y desculpabilizarlo del mismo. De tal manera que los participantes logren identificar sus propios recursos y busquen alternativas viables en la solución de los conflictos y procedimientos específicos. Por su parte el trabajador social mediante la aplicación métodos, técnicas y dinámicas grupales logra la modificación de conductas o transformar las actitudes frente a la vida de algunos de los participantes.

### **5.7. Orientación a familiares**

La orientación familiar es un proceso para ayudar a los individuos y sus familias a definir problemas en sus relaciones, conocer la interacción familiar, encontrar alternativas y desarrollar nuevas habilidades para enfrentar sus problemas. En este proceso, el orientador ayuda al grupo familiar a reconocer, explorar, sopesar, evaluar y escoger entre las múltiples posibilidades de conducta y actitud que se presentan a los largos de un proceso de cambio. Emplea métodos dirigidos principalmente hacia los aspectos conscientes del individuo, en la búsqueda de alguna meta.

Se ocupa de familias que tienen alguna dificultad que no pueden superar por si mismos a través de sus propios mecanismos y por lo tanto se presenta una disminución en su funcionamiento general.

El objetivo de la orientación familiar es promover la comunicación de la familia para ayudar a sus integrantes a manifestar sus sentimientos de malestar y bienestar de manera más efectiva. Para ello los conocimientos acerca de la familia, su ciclo vital, su dinámica, la comunicación humana, la teoría de los sistemas, el desarrollo humano, así como un dominio metodológico son imprescindibles.

La orientación familiar se lleva a cabo con familiar que coincidan en el horario de visita y que estén dispuestos a participar, han sido grupos pequeños de hasta cinco internos, a quienes se les presenta los objetivos del programa, dependiendo del problema y de las características de la familia. Con resultados favorables en los que la familia pone énfasis en la movilización de la intencionalidad y los recursos de la persona. Consideramos importante tener claro si la familia puede ser beneficiada con la orientación, de lo contrario derivarla oportunamente a terapia familiar en alguna institución cercana a su localidad.

## **5.8. VISITA FAMILIAR**

Uno de los derechos con los que cuenta el interno paciente es la visita familiar, la cual durante su estancia en la institución se le permitirá que lo visiten las siguientes personas: a) familiares directos, b) esposa, c) pareja, d) amistades, e) defensores y/o representantes legales (abogados).

Esta se lleva a cabo en las áreas establecidas para tal efecto y son: a) Locutorios cuando reciba la primera visita, b) plaza de visita familiar a partir de la segunda visita, c) unidad hospitalaria en caso de que se encuentre hospitalizado. Sólo pueden ingresar visitantes que cubran los requisitos establecidos.

Esta se realiza de lunes a domingo de 9:00 a 13:30 hrs. Cabe mencionar que ninguna visita es autorizada si el interno paciente no desea recibirla.

Así también está prohibida la entrada a menores de edad, cuando los menores que tienen 15 años cumplidos o más, pueden ingresar a visita familiar previa autorización de las autoridades competentes. Además no pueden ingresar personas con aliento alcohólico, en estado de ebriedad o bajo los efectos de estupefacientes.

## **5.9. VISITA ÍNTIMA**

En el caso que el interno cuente con esposa o concubina y desee ejercer el derecho de la visita íntima esta deberá llevarse a cabo cuando cumplan con los requisitos establecidos para tal efecto. Se realiza una vez a la semana a partir de que haya cubierto los requisitos establecidos (exámenes: del Papanicolao, VIH, no gravidez, general, VDRL, acta de matrimonio o cartas de concubinato y tres fotografías tamaño infantil. No ingresan menores de edad junto con la esposa a esta actividad.

## **5.10. SOBRE EL EGRESO**

A partir de la fecha del ingreso del interno a este Centro, y como ya se hizo mención cada seis meses se valoran los avances y resultados del tratamiento aplicado, presentados ante el Consejo Técnico realiza una valoración sobre los avances del tratamiento que recibe, por lo que se le aplican estudios médicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales, de actividades académicas, deportivas y criminológicas; emite una opinión sobre los avances que presente en el tratamiento y la notificará al Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social, a efecto de que esta dependencia determine si continúa con su tratamiento o regresa a su Centro de origen.

En caso que el Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social determina que debe continuar con el tratamiento establecido, su próxima valoración en Consejo Técnico es a los seis meses, y así sucesivamente.

La salida de este centro depende de: a) El avance que presente en el tratamiento, b) que presente control y estabilidad en su padecimiento y avances en las actividades escolares, de

terapia ocupacional, deportivas y recreativas, c) buena conducta y d) que el Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social determina su salida con base en la opinión emitida por el Consejo Técnico de este centro.

Al momento de su salida de esta institución, se le practica un examen médico y se le entregan sus pertenencias y trabajos realizados en los talleres del centro.

## **CAPÍTULO VI**

### **ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

#### **6.1. Con relación al marco contextual**

Con el inicio y el desarrollo de la revolución industrial y del capitalismo, se da una nueva distribución en las responsabilidades de ayuda a los necesitados y surgen nuevas instituciones de ayuda y las primeras legislaciones de tipo social para atender a estos requerimientos.

Esto no se dio en un momento como surgiendo de la voluntad de unas personas que deciden "crear una profesión" y formulan unos "métodos de actuación". Es producto de un largo proceso, cuando los cambios sociales, económicos y culturales se producen desde fines del siglo XIX, empujan a dar el salto de las acciones más o menos espontáneas, a formas más estructuradas y organizadas.

Fue en los Estados Unidos, ya entrados el siglo XX, donde se institucionaliza el trabajo social, esto no se produce por la sola voluntad de algunos filántropos o reformadores sociales, es fundamentalmente producto de la convergencia y conjunción de dos factores: la situación de la sociedad en un momento histórico determinado y la respuesta al desafío de esos problemas.

Como consecuencia de ello, las formas de actuar se van profesionalizando. Por una parte se sistematizan las prácticas y por otra se utilizan y aplican los conocimientos de varias ciencias humanas.

Conformándose así la metodología del trabajo social configurado por el estudio de los métodos y técnicas para el estudio de la realidad, de sus problemas, necesidades, recursos y conflictos con una visión global del contexto donde se ubica nuestro objeto de intervención. En esta después de establecer un diagnóstico, se realiza una planeación, programación, se lleva a cabo la ejecución, supervisión y la evaluación de las funciones de los profesionales.

La acción social conducida de manera racional y con una determinada intencionalidad que permita mantener, mejorar o transformar la realidad social sobre la que se actúa, evaluando lo realizado o lo que se está realizando.

El método de trabajo social tiene condicionamientos en sus posibilidades de aplicación y estos condicionamientos van desde lo personal hasta el nivel global de los objetivos políticos del gobierno, pasando por todos los condicionamientos intermedios (instituciones, grupos de pertenencia, grupos de referencia etc.).

Es importante mencionar que el sistema penitenciario en nuestro país ha sufrido estancamientos importantes, los cuales han evitado un desarrollo acorde con la demanda de la sociedad, evitando que esta sobrepoblación no permita una readaptación como tal. Se tenía un fin, el de privar al individuo de su libertad y servir como aparato de transformación

de ese individuo. Es decir, "el deber de la penitenciaria sería el de separar al delincuente de todo contacto con la corrupción" (DEL OLMO, 1984)

Fue así que después de una investigación realizada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos de la ONU, dada a conocer en el año 1989, se refiere que era la población psiquiátrica la menos considerada, se debería dar la existencia de centros especiales.

Por lo que se convoca a una reunión en materia de Centros Psiquiátricos Penitenciarios, y donde se asentaron las bases para el primer Centro Psiquiátrico Penitenciario. Dicha reunión propuso la creación del proyecto del "Plan Nacional de Atención Psiquiátrica para la Población Penitenciaria" como plan rector a nivel nacional concretándose con la edificación del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

## **6.2. Con relación al marco conceptual**

Para iniciar este trabajo fue necesaria la búsqueda de material bibliográfico que nos permitiera conformar los elementos para contextualizar la estructura y desarrollo del trabajo social psiquiátrico-penitenciario, obtener metodología y técnicas propias del trabajo psiquiátrico de otros centros y hospitales estas fundamentadas y elaboradas con rigor científico, lo cual nos ha permitido construir y definir a nuestro propio objeto de estudio (interno paciente psiquiátrico penitenciario).

Como principal elemento para el desarrollo de nuestras funciones, se considera una visión biopsicosocial, tomando en cuenta la totalidad de nuestro sujeto de estudio, es indispensable el manejo de la entrevista psicosocial, entrevista clínica, conocimiento general sobre psicopatología, orientación individualizada, grupal y familiar. La observación es utilizada de una forma directa e indirecta que nos permite conocer la interrelación con los demás.

La entrevista como ya se menciona es la técnica más utilizada y se realiza con el fin de investigación para llegar a la emisión de un diagnóstico apegado a la realidad, considerando la sintomatología propia de un enfermo mental.

Las técnicas de orientación y didácticas, son utilizadas cuando se maneja un tema en específico, como apoyo para que el interno comprenda la información que se le esta proporcionando.

Como resultado de una entrevista psicosocial semiestructurada ya sea individual o de múltiple impacto, al ingreso del interno a la institución, se obtienen datos para la localización de la familia e información que nos permita empezar a formular un diagnóstico presuntivo.

Se continúa con una investigación documental del expediente del centro de procedencia, en la Subdirección Jurídica, la cual nos permitirá corroborar domicilio familiar, conocer delito y tiempo de sentencia.

En una programación y planeación de entrevistas con el interno, con el objetivo de continuar con la investigación social. Mediante entrevistas psicosociales con el interno, se obtienen

datos para conformar el estudio social, esta información nos permitirá proporcionar un diagnóstico social y plan de tratamiento.

### **6.3. Con relación al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.**

Como consecuencia de las necesidades de la población psiquiátrica penitenciaria del país en corta estancia hospitalaria y sin perder de vista lo concerniente a los derechos humanos, el gobierno federal a través de la Secretaría de Gobernación y a través del trabajo de un equipo multidisciplinario especializado ha logrado la rehabilitación de pacientes a su entorno social o bien a su centro de origen que permite continuar compurgando su pena en mejores condiciones de vida, en algunos casos los pacientes recaen posterior a la remisión de su sintomatología ya que regresan al ambiente contaminante que impera en los centros de reclusión del país.

Este centro nos permite además incursionar en varias áreas como son:

El área de **docencia** donde dirige, imparte, organiza e instrumenta acciones y programas específicos que contribuyen a la profesionalización y especialización sistemática y científica de los docentes propiciando la capacitación de formadores de personal, así como la generación de modelos de atención educativa que repercuta de manera inmediata en la mejoría del servicio prestado por el capacitando.

Área de **investigación** con el propósito de imprimir dirección a las políticas del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial en materia de trato y tratamiento al enfermo mental en reclusión y hacer extensivas estas al terreno nacional, se establece un programa de investigación que propicia la creación, innovación, adaptación y difusión de tecnologías aplicables al campo psiquiátrico penitenciario, para tal efecto, se establecen programas de investigación en los rubros siguientes: Dirección, operación, tratamiento, administración, seguridad y enseñanza.

Además se desarrollan programas de investigación eventual de acuerdo a las necesidades del caso, también se establecen los convenios necesarios con instituciones y organizaciones de investigación y enseñanza superior con el fin de contar con especialistas invitados y con investigaciones conjuntas.

Área de **difusión y enlace** que promueve, difunde y aplica los resultados, las acciones y propósitos del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial y asociaciones e institutos de enseñanza e investigación en donde se ha diseñado un área cuya tarea es abrir los foros y espacios para el debate y la difusión científica en los temas de penitenciarismo y psiquiatría. Las vertientes sobre las cuales desarrolla su actividad son las siguientes: Difusión esta tiene a su cargo la organización e instrumentación de seminarios, simposiums y congresos nacionales e institucionales en coordinación con entidades nacionales e internacionales cuyos objetivos son afines al Centro y de cuya coordinación resultante se deriva de propuestas de acción que retroalimentan las necesidades de capacitación, los modelos de operación o que establecen nuevos modelos de investigación científica en materia

penitenciaria y psiquiátrica. Otra de las funciones sustantivas de esta área es la de producir información pertinente para la elaboración de folletos, boletines, trípticos y publicaciones informativas sobre acciones de capacitación y de investigación del Centro, así como avances y síntesis de investigaciones.

Enlace, su función genérica es establecer contacto permanente con organismos e instituciones públicas y privadas que por sus objetivos, tanto académicos como de investigación, que permiten llevar a efecto convenios y acuerdos de colaboración en materia de intercambio académico científico y de servicio social en beneficio del penitenciarismo nacional.

El área de **publicaciones**. El objetivo principal consiste en apoyar a todas las áreas del Centro en materia de publicaciones a través de las siguientes líneas editoriales:

#### **A) SERIE MANUALES E INSTRUMENTOS DE ENSEÑANZA.**

Atiende de la mejor manera a todos los empleados del Centro y del sistema penitenciario nacional, se imprimen los textos de capacitación de todos y cada uno de los cursos que el Centro imparte a nivel local, mismos que contemplan los niveles y áreas correspondientes.

#### **B) SERIE LEGISLACIÓN.**

La publicación de investigaciones realizadas por el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial y otras instituciones afines o hechas por particulares constituye la posibilidad de acercar al estudioso, al funcionario o al interesado en el área penal y penitenciaria, la información actualizada que permite de acuerdo a su necesidad, la aplicación de nuevos modelos de operación o tratamiento del fenómeno criminal.

Publica estudios, programas y modificaciones legales que traducen variables de interés en materia penal y penitenciaria cuyo conocimiento debe ser difundido a todo el país o a quienes por motivo de estudio, investigación o interés académico, requieren de dicha información.

#### **C) BIBLIOTECA.**

El Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, acorde con sus objetivos generales de fomentar y atender las necesidades de capacitación, actualización y profesionalización del penitenciarista que por sus características satisfaga las necesidades de información y consulta de quien por necesidad de su actividad laboral, académica o de investigación cuenta con servicio de biblioteca donde adquiere, procesa y clasifica con el auxilio de instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales, el archivo de consulta para el estudioso de los temas, así como para los internos.

Aquí se recopila, clasifica y conservan revistas, diarios de circulación nacional que por su contenido tienen relación directa o indirecta con el acontecer diario.

#### **6.4. Con relación a la Oficina de Trabajo.**

Establecer un marco comparativo sobre el quehacer profesional en nuestra área laboral nos permite conjuntar la fundamentación teórica con la práctica, analizando las acciones y actividades que realizamos encontrando ciertamente algunas discrepancias ya que la realidad social rebasa la realidad teórica, es indispensable utilizar la experiencia adquirida a lo largo de los años para plantear alternativas de solución muchas de ellas de manera emergente y adaptadas a los recursos tanto emocionales como económicos con los que contamos, siendo una limitante mayor el pertenecer a una institución gubernamental.

Pese a ello se ha logrado la localización a familiares incluso algunos familiares desconocían del paradero del paciente considerándolo muerto.

Se han desmitificado creencias de la enfermedad mental tanto en pacientes como en los familiares, lo cual les ha permitido continuar con la atención psiquiátrica una vez que egresan de esta Institución.

Ha habido reencuentros familiares una vez que asumen la responsabilidad del problema, llegando a la integración a través de la desculpabilización, lo cual se ve reflejado en el aumento de la visita familiar, las llamadas telefónicas e intercambio de correspondencia. Al mismo tiempo se han visto modificados patrones de conducta de forma apropiada en donde la expresión de afectos positivos juegan un papel importante en el proceso rehabilitatorio.

## CAPÍTULO VII PROPUESTAS

### 7.1. CON RELACION AL CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL.

Se propone tomar en cuenta como modelo de evaluación familiar, esta escala basada en el DSM IV-TR, al considerar que como proyecto de investigación se necesita incluir un lenguaje común, que responda a nuestro quehacer cotidiano y de ninguna manera se pretende sustituir nuestro diagnóstico de trabajo social ya que lo va a complementar y enriquecer.

#### DIAGNÓSTICO UBICADO EN EL DSM IV APLICADO A TRABAJO SOCIAL

##### 1) PROBLEMAS RELATIVOS A LA FAMILIA O GRUPO PRIMARIO

	*	
	SI	NO
Duelo por fallecimiento, extravío, separación o ausencia de un ser querido		
Antecedentes patológicos heredo familiares y entorno biológico		
Problemas por separación, divorcio o abandono de la pareja		
Cambio de composición familiar por nacimiento o llegada o salida de otro miembro a la familia		
Existencia de roles disfuncionales (idiosincrásicos, periféricos)		
Existencia de límites caóticos o rígidos (autoridad difusa)		
Interferencia de las familias de origen		
Maltrato (por abandono físico o emocional; por agresiones físicas y verbales) en la infancia		
Violencia intrafamiliar (conyugal, parental, fraternal o intergeneracional, celotipia)		
Problemas por adulterio, amasiato, relaciones fortuitas, concubinato, incesto, bigamia		
Abuso sexual y/o violación (incesto, celotipia, acoso, estrupro, seducción o promiscuidad)		
Padecimiento crónico o crónico degenerativo (postraumático, congénito o hereditario)		
Problemas emocionales o sentimentales en cualquiera de sus miembros (sentimientos excesivos de culpa, miedo, soledad)		

##### 2) PROBLEMAS RELATIVOS AL AMBIENTE SOCIAL

Rechazo hacia el paciente o hacia la familia		
Desadaptación cultural (indigencia)		
Discriminación (étnica, generacional, sexual, de roles, económica, otros:		
Interferencia de Asociaciones delictuosas ("bandas", "mafias", "sectas" o "nacer")		
Fanatismo religioso		
Insalubridad pública (por falta de servicios públicos o por ignorancia, otros:		
Conflictos con los vecinos (interferencia, violencia, hostigamiento, abuso		

sexual, acoso)		
Ambiente criminogeno predominante		

### 3) PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA

Bajo rendimiento escolar (por reprobación, distractibilidad, ausencias) otros:		
Problemas de conducta (fugas escolares, agresividad, ausencia, excesivo retraimiento)		
Límites y normas escolares inadecuados		
Discriminación (por abuso de autoridad o desconocimiento del problema, otros)		
Abandono por incorporarse a la vida laboral		

### 4) PROBLEMAS LABORALES

Desempleo o subempleo (por renuncia, despido, jubilación, pensión, quiebra, indemnización, discapacidad)		
Trabajo estresante (por violencia laboral, alto riesgo, distancia, cargo, puesto) otros:		
Trabajo clandestino (comercio ambulante, maquiladoras, domésticas) otros:		

### 5) PROBLEMAS DE VIVIENDA

Sin casa habitación (terrenos baldíos) otros:		
Vivienda o vecindad insalubre (por falta de servicios públicos,) otros:		
Inmueble ubicado en zona marginada (falta de servicios públicos) otros:		
Casa habitación en hacinamiento (que puede favorecer la promiscuidad) otros:		
Problemas por tenencia de propiedad indefinida (intestada u otro motivo):		
Uso inadecuado de la vivienda		

### 6) PROBLEMAS ECONOMICOS

Pobreza extrema (no hay ingresos ni para la alimentación)		
Por desempleo o salario deficiente, otro:		
Actitud periférica o evasiva del proveedor económico (aún en divorcio o separación)		
Ayudas socioeconómicas insuficientes (pensiones indemnizaciones así como alimentarias)		
Ingreso deficiente para gastos prioritarios (como alimento, vestido, servicios de agua, luz, etc.)		

### 7) PROBLEMAS DE ACCESO A SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA

Servicios médicos inadecuados o insuficientes (carencia de infraestructura y servicios)		
Diagnóstico erróneo (por cambio de expediente, desconocimiento del padecimiento) otro:		
Tratamiento penado (por ignorancia y falta de recursos)		
Desconocimiento del padecimiento y/o servicios institucionales		

Falta de recursos económicos y/o humanos para hacer frente al tratamiento		
---	--	--

### **8) PROBLEMAS A INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL O EL CRIMEN**

Formando parte de una asociación delictuosa ("bandas", "mafia", "sectas" o "narcos")		
Detención por infracciones (por robo, evasión de impuestos, de tipo vial, peculado, otro:		
Reclusión en centros de readaptación o penitenciarios (por fraude, peculado)otros:		
Libertad condicionada (bajo fianza, sin fianza, otros:		
Denuncia por violencia intrafamiliar, homicidio, violación, robo, otro:		
Desconocimiento de la situación y procedimiento legal		
Demanda de divorcio (por abandono, violencia conyugal, incumplimiento legal y/o civil)		
Indefinición de la patria potestad, tutela, custodia, adopción, entre otros:		
Incumplimiento de las determinaciones legales		
Enfrentamientos nacionales o internacionales (revoluciones, guerras, guerrillas, invasión)		

### **9) PROBLEMAS PSICOSOCIALES O AMBIENTALES**

Consecuencia psicológica por desastres naturales (perdidas humanas y materiales)		
--	--	--

### **10) OTROS ASPECTOS NO CONTEMPLADOS EN LOS ANTERIORES RUBROS**

--	--	--

\*VOLKER, GARCIA Y OLMEDO. Instrumento realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Secretaría de Salubridad y asistencia por el equipo de trabajo social.

## **7.2. CON RELACION A LOS USUARIOS.**

Se propone que el área de trabajo social participe en las brigadas de selección de internos candidatos a ingresar a este Centro Federal, a fin de que en caso de que cuente con visita, valorar si es conveniente su traslado, ya que la experiencia nos demuestra que existen limitantes como la distancia para que las familias del interior del país puedan trasladarse, la mayoría por sus escasos recursos económicos y con poco conocimiento de la enfermedad mental lo cual limita a que le brinden su apoyo llegando incluso al abandono familiar.

Enlazarnos con algunas instituciones gubernamentales como: Desarrollo Integral de la familia, Policía Municipal y Reincorporación Social para el Empleo en el apoyo de viáticos y hospedaje a familiares de escasos recursos económicos, con la finalidad de mantener y reforzar lazos afectivos.

Informar y/o orientar a los familiares con respecto al trato y tratamiento de la enfermedad mental. Identificando los factores causales vividos que han incidido en la enfermedad

mental, enriqueciendo así la intervención profesional, enfocada para que el interno identifique la enfermedad mental que padece, comprenda los síntomas y fomente una continuidad en el tratamiento que están recibiendo.

Con la familia el abordaje debe ser de aceptación del paciente, que conozca y entienda la enfermedad que padece su familiar, identifiquen los síntomas con que inicia, cuando se presenta una crisis así como la importancia de que busque instituciones que puedan apoyarlos en caso de egreso.

### **7.3 CON RELACION A TRABAJO SOCIAL**

En la etapa de planeación se realiza la caracterización, programación, ejecución y evaluación.

La etapa de caracterización, se cubre cuando se proporciona un diagnóstico y tratamiento, mismo que se desarrolla durante el tiempo que el interno paciente permanezca en la institución.

En la etapa de programación, se da cuando se realiza la intervención con el interno, teniendo en cuenta su estado mental y el funcionamiento de las capacidades intelectuales con las que cuenta.

La etapa de ejecución se efectúa por medio de entrevistas directa e indirectas individuales con interno o familia, durante las asistencias si las capacidades del interno son mínimas como en los casos en que el interno se encuentre psicótico, a nivel informativo o de orientación si el interno y su familia cuentan con conciencia de la enfermedad mental.

La etapa de evaluación se llevará a cabo de manera semestral evaluándose el resultado del tratamiento sugerido y se realizándose las modificaciones al mismo.

Sin embargo, las divergencias que surjan en esta institución parten de lo particular hacia lo general y no se cubre el proceso de sistematización adecuadamente propiciando que el marco teórico, que sustentan lo metodológico y teórico no se establezca adecuadamente.

## **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA VUELTA A LA ACCIÓN**

Se llega a la conclusión que el trabajo social dentro del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial se ajusta a las necesidades de la misma, en donde la intervención tiene un enfoque metodológico.

- 1.** El trabajador social al desarrollar sus funciones está supeditado a disposición de autoridades judiciales las cuales sin previo aviso trasladan al interno a su centro de origen lo que limita la continuidad del tratamiento establecido.
- 2.** Otra situación que obstaculiza la labor dentro del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, es que no se cuenta con un presupuesto que avale la visita domiciliaria, para ampliar la investigación biopsicosocial en relación a su medio ambiente, que enriquezca al interno paciente y al equipo interdisciplinario.
- 3.** Hay mucho que conocer y aportar para que realmente logremos que nuestra disciplina, tenga los fundamentos teóricos necesarios para intervenir en lo psiquiátrico penitenciario y poder sustentar nuestra área con un marco referencial o lo que es lo mismo sea el punto de partida para trabajos posteriores y este proceso continúe.
- 4.** Considerar de manera permanente la capacitación del personal en base a la detección de sus necesidades en diversas instituciones relacionadas con el campo de la salud y penitenciario. Y éstos a su vez capaciten a personal de la misma área en otros centros penitenciarios.
- 5.** En coordinación con instituciones médico psiquiátricas elaborar programas de capacitación orientados a la reinserción social para la población cautiva intra y extramuros.
- 6.** Crear modelos de evaluación para dar un tratamiento adecuado a la situación que presente el paciente y/o familia considerando su situación sociocultural.
- 7.** Proponer un programa de supervisión para el personal, con relación al servicio proporcionado a los usuarios.
- 8.** Realizar investigación según los casos de mayor frecuencia que se presenten para elaborar un perfil del usuario.
- 9.** Organizar una base de datos que permita tener al día la información del quehacer del área respecto a los internos.
- 10.** Reuniones con el equipo de trabajo para la complementación de casos, revisión de bibliografía para la actualización y homogenización del quehacer profesional.

## (ANEXOS)

### FORMATOS

El formato es un instrumento, mediante el cual se registra información de manera concreta obtenida del resultado de las entrevistas.



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL  
SUBDIRECCION MEDICO TECNICA  
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO  
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL  
HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE**



NOMBRE	
SOBRENOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO	
LUGAR DE NACIMIENTO	
EDAD	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION PREVIA	
ESCOLARIDAD	
RELIGION	
MOTIVO DE RECLUSION	
SANCION	
FECHA DE INICIO DE LA SANCION	
CLASIFICACION JURIDICA	
CENTRO DE PROCEDENCIA	
FECHA DE INGRESO AL CEFEREPSI	
APOYO FAMILIAR	
CONTRATO DE LLAMADAS	
ENVIA DE CORRESPONDENCIA	
RECIBE CORRESPONDENCIA	
NOMBRE, DOMICILIO Y NO. TELEFONICO DE FAMILIARES CONSIDERADOS COMO RED DE APOYO FAMILIAR	
MODULOS Y FECHAS DE REUBICACION	



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL  
SUBDIRECCION MEDICO TECNICA  
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO  
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL  
NOTA DE SEGUIMIENTO**

**NOMBRE DEL INTERNO:** \_\_\_\_\_  
**NO. EXP.:** \_\_\_\_\_ **MODULO:** \_\_\_\_\_

FECA	HORA	ACTIVIDAD



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL  
SUBDIRECCION MÉDICA- TECNICA  
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO  
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**



**CRONICA GRUPAL**

**NO. DE SESION:** \_\_\_\_\_  
**FECHA:** \_\_\_\_\_  
**HORA DE INICIO:** \_\_\_\_\_  
**HORA DE TERMINO:** \_\_\_\_\_  
**NO. INTEGRANTES:** \_\_\_\_\_  
**LUGAR DE SESION:** \_\_\_\_\_  
**TEMA:** \_\_\_\_\_

**ORDEN DEL DIA:**

--

**ANALISIS DE LA SESION:**

--

**ACUERDOS TOMADOS:**

--

**PLAN DE ACCION:**

--

**OBSERVACIONES:**

<b>TRABAJADORES SOCIALES</b>	
<b>COORDINADOR</b>	<b>OBSERVADOR</b>
<b>T.S.</b>	<b>T.S.</b>



CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL  
SUBDIRECCION MEDICO TECNICA  
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO  
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL



# KARDEX DE VISITA FAMILIAR

FOLIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL INTERNO: \_\_\_\_\_ NO. EXP.: \_\_\_\_\_

UBICACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE FAMILIARES PROPUESTOS					
NO.	NOMBRE	PARENTESCO	1 <sup>er</sup> pase	2° pase	3er pase
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

--	--	--	--	--	--

NO	VISITANTES	PARENTESCO	DOMICILIO	C. AUTORIZADAS	OBSERVACIONES
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

--	--	--	--	--	--

**TRABAJADOR SOCIAL TITULAR:** \_\_\_\_\_







**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL**  
**SUBDIRECCION MEDICO TECNICA**  
**DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO**  
**OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**  
**DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**



<b>NUM. DE EXPEDIENTE:</b>	
<b>FECHA DE INGRESO:</b>	
<b>UBICACION:</b>	
<b>FECHA DEL ESTUDIO:</b>	

**I. DATOS GENERALES:**

<b>1. NOMBRE:</b>		<b>9. ESCOLARIDAD:</b>	
<b>2. SOBRENOMBRE:</b>		<b>10. OCUPACION PREVIA:</b>	
<b>3. SEXO:</b>		<b>11. RELIGION:</b>	
<b>4.-EDAD:</b>		<b>12. DOMICILIO:</b>	
<b>4. FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>13. NOMBRE DEL FAMILIAR:</b>	
<b>5. LUGAR DE NACIMIENTO:</b>		<b>14. TELEFONO:</b>	
<b>6. NACIONALIDAD:</b>			
<b>7. ESTADO CIVIL:</b>			

**II. SITUACION JURIDICA:**

<b>1. CENTRO DE PROCEDENCIA:</b>	
<b>2. DELITO:</b>	

**III. ANTECEDENTES DE VISITA:**

--

**IV. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:**

--

**V. TRATAMIENTO:**

--

**VI. RESULTADOS OBTENIDOS:**

--

**ELABORO**  
**TRABAJADORA SOCIAL TITULAR**

**REVISO**  
**ENC. DE LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**

**VO. BO.**  
**JEFE DEL DEPTO. DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO**

CED. PROF.

T. S.  
CED. PROF. 1629005

CED. PROF.



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL**  
**SUBDIRECCION MEDICO TECNICA**  
**DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO**  
**OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**  
**DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO**



<b>NUM. DE EXPEDIENTE:</b>	
<b>FECHA DE INGRESO:</b>	
<b>UBICACION:</b>	
<b>FECHA DEL ESTUDIO:</b>	

**DATOS GENERALES:**

<b>I. NOMBRE:</b>		<b>1. ESCOLARIDAD:</b>	
<b>II. SEXO:</b>		<b>2. OCUPACION PREVIA:</b>	
<b>III. EDAD:</b>		<b>3. RELIGION:</b>	
<b>IV. FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>4. DOMICILIO:</b>	
<b>V. LUGAR DE NACIMIENTO:</b>		<b>5. TELEFONO:</b>	
<b>VI. NACIONALIDAD:</b>		<b>6. CENTRO DE PROCEDENCIA:</b>	
<b>VII. ESTADO CIVIL:</b>		<b>7. DELITO:</b>	

**METODOLOGIA UTILIZADA:**

**ESTRUCTURA FAMILIAR:**

**a).- NUCLEO PRIMARIO.**

NOMBRE	PAREN- TESCO	LUGAR NAC.	EDAD	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL	OCUPACION	DOMICILIO

**8. DINAMICA FAMILIAR:**

**b).- NUCLEO SECUNDARIO.**

NOMBRE	PARENTESCO	LUGAR NAC.	EDAD	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL	OCUPACION	DOMICILIO

**• DINAMICA FAMILIAR:**

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

**ANTECEDENTES MORBIDOS:**

**DESARROLLO ESCOLAR:**

**TRAYECTORIA LABORAL:**

**CONTEXTO SOCIAL:**

**DIAGNÓSTICO SOCIAL:**

**PRONOSTICO:**

**TRATAMIENTO:**

**RESULTADOS OBTENIDOS:**

**ELABORO  
TRABAJADORA SOCIAL TITULAR**

**REVISO  
ENC. DE LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**

**VO. BO.  
JEFE DEL DEPTO. DE DIAGNÓSTICO Y  
DETERMINACION DE TRATAMIENTO**

CED. PROF.

T. S.  
CED. PROF. 1629005

CED. PROF.



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL**  
**SUBDIRECCION MEDICO TECNICA**  
**DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO**  
**OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**  
**REVALORACION SEMESTRAL**



**NO. DE EXP.:** \_\_\_\_\_  
**VALORACION:** \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_  
**FECHA DE ELABORACION:** \_\_\_\_\_  
**UBICACIÓN:** \_\_\_\_\_ MODULO \_\_\_\_\_

**1.- FICHA DE IDENTIFICACION**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**EDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_ **ESCOLARIDAD:** \_\_\_\_\_  
**RELIGION:** \_\_\_\_\_ **OCUPACION ANTERIOR:** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE INGRESO AL CEFEREPSI:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**2.- METODOLOGIA UTILIZADA**

**3.- ESTRUCTURA FAMILIAR**

**3.1.- NUCLEO PRIMARIO**

NOMBRE	PARENTESCO	LUGAR NAC.	EDAD	ESCOLARIDAD	EDO. CIV.	OCUPACION	DOMICILIO

**• DINAMICA FAMILIAR DEL GRUPO PRIMARIO**

**3.3. NUCLEO SECUNDARIO**

NOMBRE	PARENTESCO	L. DE NAC.	EDAD	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL	OCUPACION	DOMICILIO

**3.2. DINAMICA FAMILIAR DEL NUCLEO SECUNDARIO**

**4.- ANTECEDENTES PERSONALES**

**5.- ANTECEDENTES MORBIDOS**

--

**6.- DESARROLLO ESCOLAR**

--

**7.- TRAYECTORIA LABORAL**

--

**8.- CONTEXTO SOCIAL**

--

**9.- DIAGNÓSTICO SOCIAL**

--

**10.- SUGERENCIA DE TRATAMIENTO**

--

**11.- PRONOSTICO**

--

**12.- COMENTARIOS**

Eje IV.-
----------

**ELABORO  
TRABAJADORA SOCIAL TITULAR**

**T.S.  
CED. PROF.**

**REVISO  
ENC. DE LA OFICINA DE TRABAJO  
SOCIAL**

**T. S.  
CED. PROF.**

**VO. BO.  
JEFE DEL DEPTO. DE DIAGNÓSTICO Y  
DETERMINACION DE TRATAMIENTO**

**LIC.**

**CED. PROF.**



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL  
SUBDIRECCION MEDICO TECNICA  
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO  
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL  
ESTUDIO MULTIDISCIPLINARIO**



**NOMBRE DEL INTERNO:  
UBICACIÓN:  
DOMICILIO:**

**NO. EXP.:  
FECHA:  
TEL.:**

**RESUMEN DE LA SITUACION FAMILIAR DE ORIGEN:**

**DESARROLLO INTRAINSTITUCIONAL:**

**PRONOSTICO SOCIAL:**

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO:**

**ELABORO  
TRABAJADOR SOCIAL TITULAR**



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL**  
**SUBDIRECCION MEDICO TECNICA**  
**DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO**  
**OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**  
**SOLICITUD DE VISITA FAMILIAR**



FECHA \_\_\_\_\_  
No. DE EXP. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL INTERNO PACIENTE \_\_\_\_\_

UBICACIÓN \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**OCUPACION** \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

TUTOR \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

DOMICILIO ACTUAL \_\_\_\_\_

FORMA DE LLEGAR \_\_\_\_\_

**REQUISITOS**

**PARENTESCO**

**Acta de nacimiento** ( )

**Acta de matrimonio (cónyuge)** ( )

**Comprobante de concubinato** ( )

**Identificación personal c/fotografía vigente** ( )

**Comprobante de domicilio** ( )

**Certificado de No Antecedentes Penales** ( )

**4 fotografías a color, tamaño infantil con fondo blanco** ( )

**valoración Psicológica para los menores** ( )

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL**  
**SUBDIRECCION MEDICO TECNICA**  
**DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO**  
**OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**  
**SOLICITUD DE VISITA INTIMA**



**FECHA:**  
**NO. EXP.:**  
**UBICACIÓN:**

**NOMBRE DEL INTERNO:**

**NOMBRE DE LA SOLICITANTE:**

**PARENTESCO:**

**EDAD:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**OCUPACION:**

**ESTADO CIVIL:**

**TELEFONO:**

**DOMICILIO ACTUAL:**

**REQUISITOS:**

**PRESENTO**

**FECHA**

**CREDENCIAL DE VISITA FAMILIAR.**

( )

**ACTA DE MATRIMONIO (ESPOSA).**

( )

**ACTA DE NACIMIENTO DE LOS HIJOS (CONCUBINA CON HIJOS).**

( )

**2 CARTAS DE CONCUBINATO EMITIDAS POR FAMILIARES DIRECTOS,  
CON DOMICILIO Y NO. TELEFONO DEL OTORGANTE (CONCUBINA  
SIN HIJOS).**

( )

**DOS FOTOGRAFÍAS DE FRENTE E INFANTIL.**

( )

**CERTIFICADO GENERAL DE SALUD**

( )

**EXAMEN V.D.R.L. (NEGATIVO)**

( )

**EXAMEN INMUNOLOGICO ANTICUERPO VIH (SIDA) (NEGATIVO).**

( )

**RADIOGRAFIA TORAXICA.**

( )

**PAPANICOLAOU**

( )

**PRUEBA INMUNOLOGICA DE EMBARAZO**

( )

**COMITÉ DE TRATAMIENTO Y  
REHABILITACION**

**RESULTADO:**

**SESION:**

**OBSERVACIONES:**

**FECHA:**

**CONSEJO TECNICO  
INTERDISCIPLINARIO**

**RESULTADO:**

**SESION:**

**OBSERVACIONES:**

**FECHA:**

**T.S.**

**FIRMA DEL SOLICITANTE**



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL**  
**SUBDIRECCION MEDICO TECNICA**  
**DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO**  
**OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**



**REPORTE DE ACTIVIDADES**

**TRABAJADOR SOCIAL RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_ **PERIODO:** \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	2	2	3	4	5
ENTREVISTA INTERNO.																
ENTREVISTA FAMILIA.																
ENTREVISTAS CON OTRAS AREAS.																
ORIENTACIÓN INDIVIDUALIZADA CON INTERNO.																
ORIENTACION INDIVIDUALIZADA CON FAMILIA.																
ORIENTACION A GRUPO DE INTERNOS.																
ORIENTACION A GRUPO DE FAMILIAS.																
SOLICITUD DE VISITA FAMILIAR																
SOLICITUD DE VISITA INTIMA																
VISITA FAMILIAR RECIBIDA																
ELABORACION DE CREDENCIAL																
REVISION DE BITACORA DE CONDUCTA DE INTERNOS EN MODULO.																
PASE DE LLAMADA.																
LLAMADA TELEFONICA T.S. A DIVERSAS INSTITUCIONES DE APOYO EN EL TRATAMIENTO.																
LLAMADA TELEFONICA T.S. A FAMILIA.																
LLAMADA TELEFONICA PROGRAMADA CON INTERNO.																
CORRESPONDENCIA RECIIDA																
CORRESPONDENCIA ENVIADA																
CORRESPONDENCIA A BUZON PENITENCIARIO																
ENVIO DE TELEGRAMAS.																
VISITA DOMICILIARIA																
VISITA INSTITUCIONAL																
ELABORACION DE NOTAS DE SEGUIMIENTO																
ELABORACION DE NOTAS INFORMATIVAS.																
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.																
DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO.																
REVALORACIONES																
ESTUDIO MULTIDISCIPLINARIO Y ESQUEMA DE EGRESOI																
AUDIENCIA INTERNO CON DIRECCION																
ASESORIA JURIDICA A INTERNO.																
JUNTA DE OFICINA, DEPTO., SUBDIRECCION Y DIRECCION.																
SESION MODULAR																
CURSOS																
ELABORACION DE PROGRAMA Y/O MATERIAL DIDACTICO																



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL  
SUBDIRECCION MEDICO TECNICA  
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO  
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**



**ENTREGA DEL MANUAL DEL INTERNO**

DOY FE QUE EL AREA DE TRABAJO SOCIAL EN FECHA ME HIZO ENTREGA DEL MANUAL DEL INTERNO (DERECHOS Y OBLIGACIONES DENTRO DE MI ESTANCIA EN ESTA INSTITUCION).

FIRMA

Trabajador Social: \_\_\_\_\_



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL  
SUBDIRECCION MEDICO TECNICA  
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO  
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**



**CARTA COMPROMISO DE VISITA INTIMA**

Cd. de Ayala Mor., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2005.

Por este medio, la que suscribe C. \_\_\_\_\_  
Cónyuge o concubina del interno \_\_\_\_\_  
del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, ubicado en el módulo \_\_\_\_\_, estancia \_\_\_\_\_, deseo manifestar que bajo mi más estricta responsabilidad, es mi voluntad llevar a cabo la visita íntima con el interno antes citado, dado que esta interacción apoyará al tratamiento integral, al que esta sujeto mi cónyuge o concubino, además de fortalecer los vínculos familiares que son la base de todo desarrollo personal positivo.

Por lo anterior, no tengo ningún inconveniente en que se me practique revisión exhaustiva, de conformidad con los lineamientos establecidos en este Centro y los principios éticos que rigen para este tipo de procedimientos como parte de los trámites requeridos.

ATENTAMENTE  
FIRMA DE CONFORMIDAD



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL  
SUBDIRECCION MEDICO TECNICA  
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO  
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**



**SOLICITUD DE AUDIENCIA**

**FECHA:**     /     /

**No.**

**DIA MES AÑO**

**EXP.** \_\_\_\_\_

**MODULO** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL INTERNO:** \_\_\_\_\_

**AREA SOLICITADA:** \_\_\_\_\_

**ASUNTO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERNO



**CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL  
SUBDIRECCION MEDICO TECNICA  
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y DETERMINACION DE TRATAMIENTO  
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL**



**CONTROL DE CORRESPONDENCIA**

NO.	NO. EXP.	NOMBRE DEL INTERNO	FECHA	ENVIO		RECIBIDA		DEVOLUCION	NOMBRE DEL FAMILIAR	LUGAR	TRABAJADOR SOCIAL
				B. P.	FAM.	B. P.	FAM.				

## B) INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATOS

<b>"CREDENCIAL DE VISITA FAMILIAR"</b>		
<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>SE AUTORIZA AL SEÑOR (A):</b>	Nombre completo del visitante.
2	<b>VISITAR AL INTERNO:</b>	1) Nombre completo del interno paciente, empezando por el nombre.
3	<b>PARENTESCO Y/O RELACION:</b>	2) Tipo de lazo afectivo o consanguíneo que tiene el visitante con el Interno paciente.
4	<b>FECHA:</b>	3) Día, mes y año en curso en que se elabora la credencial.
5	<b>No.:</b>	4) Foliar con el número correspondiente a las credenciales expedidas.
6	<b>FIRMA DEL DIRECTOR:</b>	Rubrica el Director de la Institución.
7	<b>OBSERVACIONES:</b>	5) Fecha en que fue autorizada por el Consejo Técnico Interdisciplinario la visita familiar y número de la sesión en que se llevó a cabo.
8	<b>TRABAJADOR SOCIAL QUE ELABORO:</b>	6) Nombre del trabajador social y firma de quien elaboro el documento.
9	<b>FIRMA DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO:</b>	7) Rubrica del Jefe del Departamento de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento.
10	<b>FIRMA DEL SUBDIRECTOR:</b>	Rubrica del Subdirector del área Medica Técnica.
<b>"CREDENCIAL DE VISITA INTIMA"</b>		
<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>SE AUTORIZA A LA SEÑORA:</b>	Nombre completo de la visitante.
2	<b>VISITAR AL INTERNO:</b>	8) Nombre completo del interno paciente, empezando por el nombre.
3	<b>PARENTESCO Y/O RELACION:</b>	9) Tipo de unión que tiene la visitante con el interno paciente.
4	<b>FECHA:</b>	10) Día, mes y año en curso en que se elabora la credencial.
5	<b>No.:</b>	11) Foliar con el número correspondiente a las credenciales expedidas.
6	<b>FIRMA DEL DIRECTOR:</b>	Rubrica del Director de la Institución.
7	<b>OBSERVACIONES:</b>	12) Fecha en que fue autorizada por el Consejo Técnico Interdisciplinario la visita íntima y número de la sesión en que se llevó a cabo.
8	<b>TRABAJADOR SOCIAL QUE ELABORO:</b>	13) Nombre del trabajador social y firma de quien elaboro el documento.
9	<b>FIRMA DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO:</b>	14) Rubrica del Jefe del Departamento de Diagnóstico y

		Determinación de Tratamiento.
10	<b>FIRMA DEL SUBDIRECTOR:</b>	Rubrica del Subdirector del área Medica Técnica.

**"PROPUESTA DE VISITA FAMILIAR"**

<b>Nº</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>NOMBRE DEL INTERNO:</b>	15) Nombre completo del interno paciente, iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s).
2	<b>NUMERO DE EXPEDIENTE:</b>	16) Número asignado a éste al ingresó a esta Institución.
3	<b>UBICACIÓN:</b>	17) Módulo en que se encuentra ubicado.
4	<b>FECHA DE PROPUESTA:</b>	18) Fecha de elaboración de la propuesta iniciando con día, mes y año.
5	<b>NOMBRE DEL VISITANTE:</b>	19) Registrar en orden progresivo el nombre o los nombres de las personas que autoriza que lo visiten, iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s). Unicamente se registraran a 12 personas, se podrán cambiar cada 6 meses.
6	<b>PARENTESCO:</b>	20) Parentesco consanguíneo o la relación que el visitante tiene con el paciente.
7	<b>DOMICILIO:</b>	21) Domicilio completo y actual del visitante, iniciando por calle, colonia, municipio o delegación y entidad federativa.
8.	<b>TELEFONO:</b>	22) Número telefónico de la persona registrada ya sea particular o para dejar recados en caso de contar con dicho dato.
9	<b>C. T. I.:</b>	23) Número de la sesión y fecha en que fue autorizada la visita familiar.
10	<b>No. VISITAS:</b>	24) Número de visitas que lleve el familiar propuesto, el cual se debe de ir actualizando de forma constante.
11	<b>OBSERVACIONES:</b>	25) Registrar algún dato que se considere relevante de los visitantes. 26) Ejemplo: Observaciones: El familiar no cuenta con credencial de identificación
12	<b>TRABAJADOR SOCIAL:</b>	27) Nombre completo del (a) Trabajador (a) Social responsable del seguimiento de cada interno-paciente que elabora propuesta de Visita Familiar.

**"REVALORACION"**

<b>Nº</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>NUMERO DE EXP.:</b>	28) DEBE DE ANOTARSE 29) Número progresivo asignado al interno paciente a su ingreso al CEFEREPSI.
2	<b>VALORACIÓN:</b>	30) Nombre de la valoración que corresponda.
3	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	31) Día, mes y año en que se elabora la valoración.

4	<b>UBICACIÓN:</b>	32) Módulo I, II, III, IV, V, VI, VII y UNIEVA.
<b>33) FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>		
5	<b>NOMBRE:</b>	34) El (los) nombre (s) del interno paciente, iniciando por nombre.
6	<b>EDAD:</b>	Los años cumplidos del interno paciente.
7	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	35) Día, mes y año en que nació.
8	<b>ESTADO CIVIL:</b>	El estado civil actual del interno paciente.
9	<b>ESCOLARIDAD:</b>	36) Último grado de estudios del INTERNO PACIENTE
10	<b>RELIGIÓN:</b>	37) Doctrina religiosa que profesó.
11	<b>OCUPACION ANTERIOR:</b>	Actividad u oficio desempeñado por el interno paciente hasta antes de su reclusión.
12	<b>DOMICILIO:</b>	41) Dirección completa del interno paciente y/o familiar responsable.
13	<b>FECHA DE INGRESO AL CEFEREPSI:</b>	42) Día, mes y año en que ingresó.
14	<b>TELEFONO:</b>	43) Número telefónico del familiar responsable.
15	<b>2. METODOLOGÍA UTILIZADA:</b>	Método de Trabajo Social utilizado en la elaboración de la valoración.
<b>3. ESTRUCTURA FAMILIAR</b>		
<b>3.1. NÚCLEO PRIMARIO</b>		
16	<b>NOMBRE:</b>	Nombre completo de los familiares, iniciando en orden cronológico, respetando la ubicación del interno paciente.
17	<b>PARENTESCO:</b>	Parentesco que tiene la persona hacia el interno-paciente, este puede ser consanguíneo, legal o por afinidad.
18	<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>	Entidad federativa en que nació el familiar.
19	<b>EDAD:</b>	Años cumplidos del familiar del interno paciente.
20	<b>ESCOLARIDAD:</b>	Último grado de estudios del familiar.
21	<b>ESTADO CIVIL:</b>	Estado civil actual del familiar.
22	<b>OCUPACION:</b>	Actividad u oficio del familiar.
23	<b>EDO. ACTUAL:</b>	Si el familiar se encuentra vivo o finado.
24	<b>DOMICILIO:</b>	Residencia del familiar.
25	<b>3.2. DINAMICA FAMILIAR DEL GRUPO PRIMARIO:</b>	Registrar en forma descriptiva la historia familiar, interacción de la misma, considerando comunicación, normas, valores, expresión de afectos, manejo de autoridad, roles y capacidad para resolver conflictos familiares.
26	<b>3.3. NUCLEO SECUNDARIO:</b>	Anotar lo expuesto de los números anteriores, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24.
27	<b>3.4. DINAMICA FAMILIAR DEL GRUPO SECUNDARIO</b>	Considerar mismo criterios del punto 25.
28	<b>4. ANTECEDENTES PERSONALES:</b>	Antecedentes de desarrollo, incluyendo, problemas durante el embarazo y parto, tiempo de gestación. Enfermedades importantes durante la infancia, alteraciones en el desarrollo.
29	<b>5. ANTECEDENTES MORBIDOS:</b>	Antecedentes del padecimiento actual, así como actitud de la familia a interno paciente ante su enfermedad y

		reclusión.
30	<b>6. DESARROLLO ESCOLAR:</b>	Edad de inicio de instrucción escolar, documentos que acreditan su escolaridad, problemas de aprendizaje y conducta, motivo de deserción y relaciones interpersonales.
31	<b>7. TRAYECTORIA LABORAL:</b>	Edad de inicio de actividades laborales, estabilidad y desempeño en las actividades desarrolladas, labores realizadas en reclusión, relaciones interpersonales con jefes y compañeros.
32	<b>8. CONTEXTO SOCIAL:</b>	Ambiente social, así como consumo de sustancias tóxicas, conductas parasociales y antisocial, ingresos a instituciones penitenciarias, etc.
33	<b>9. DIAGNÓSTICO SOCIAL:</b>	Análisis e interpretación de la Investigación Social.
35	<b>11. PRONOSTICO:</b>	La posibilidad de éxito o fracaso del tratamiento y adaptación al medio social.
36	<b>12. COMENTARIOS:</b>	Los avances y evolución del interno paciente en el proceso rehabilitatorio recibido durante el transcurso del semestre de estancia del interno en este Centro Federal.
37	<b>ELABORO (TRABAJADOR SOCIAL TITULAR):</b>	Nombre y firma del especialista responsable. Así como el Número de su Cédula Profesional.
38	<b>REVISO (JEFE DE LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL):</b>	Nombre y firma del responsable de Oficina. Así como el Número de su Cédula Profesional.

**"DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO"**

<b>Nº</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>NUMERO DE EXPEDIENTE:</b>	Número progresivo asignado al ingreso del interno paciente al CEFEREPSI.
2	<b>FECHA DE INGRESO:</b>	Día, mes y año en que ingresó.
3	<b>UBICACIÓN:</b>	Lugar en donde se ubique el interno paciente en ese momento (Módulo o UNIEVA).
4	<b>FECHA DE ESTUDIO:</b>	Día, mes y año en que se elabora la valoración.

**I. DATOS GENERALES:**

5	<b>NOMBRE:</b>	Iniciando por el nombre
6	<b>SOBRENOMBRE:</b>	Apodo del interno.
7	<b>SEXO:</b>	Género.
8	<b>EDAD:</b>	Años cumplidos.
9	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	Día, mes y año en que nació.
10	<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>	Lugar o entidad donde nació.
11	<b>NACIONALIDAD:</b>	El carácter nacional.
13	<b>ESCOLARIDAD:</b>	Ultimo grado de estudios y/o es alfabeto.
14	<b>OCUPACION PREVIA:</b>	Actividad desarrollada por el interno paciente en el exterior.

15	<b>RELIGIÓN:</b>	Doctrina religiosa que profese.
16	<b>DOMICILIO:</b>	Dirección completa del interno paciente y/o familiar responsable.
17	<b>NOMBRE DEL FAMILIAR:</b>	Nombre completo del familiar responsable.
18	<b>TELEFONO:</b>	Número telefónico del familiar responsable

## II. SITUACION JURIDICA.

19	<b>CENTRO DE PROCEDENCIA:</b>	Nombre del Centro Penitenciario que remite al interno paciente.
20	<b>DELITO:</b>	Infracción o crimen que se le imputa.
21	<b>III. ANTECEDENTES DE LA VISITA:</b>	Diagnóstico social que emite el Centro de Origen, en caso de contar con el mismo. Si lo visitaban, el nombre completo y parentesco de las personas que lo visitaban o su frecuencia.
22	<b>IV. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:</b>	Impresión social que el especialista formule, en relación a la investigación efectuada.
23	<b>V. TRATAMIENTO:</b>	Plan social de atención inmediata destinado a favorecer la rehabilitación.
24	<b>VI. RESULTADOS OBTENIDOS:</b>	Logros en la Investigación Social realizada, como localización, apoyo y convenios familiares, así como observaciones específicas sobre las indagaciones realizadas.
25	<b>ELABORO (TRABAJADOR SOCIAL TITULAR):</b>	Nombre y firma del especialista responsable. Así como el Número de su Cédula Profesional.
26	<b>REVISOR (JEFE DE LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL):</b>	Nombre y firma del responsable de Oficina. Así como el Número de su Cédula Profesional

## **"SOLICITUD DE VISITA FAMILIAR"**

<b>Nº</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>FECHA:</b>	Fecha completa del día que se presente el visitante.
2	<b>NOMBRE DEL INTERNO:</b>	Nombre completo del interno paciente visitado.
3	<b>NÚMERO DE EXPEDIENTE:</b>	Número asignado al expediente del interno paciente.
4	<b>UBICACIÓN:</b>	Módulo de ubicación, con número romano.
5	<b>NOMBRE DEL SOLICITANTE:</b>	Nombre completo del visitante.
6	<b>PARENTESCO:</b>	Parentesco y/o relación afectiva entre el visitante e interno paciente.
7	<b>EDAD:</b>	Años cumplidos del visitante.
8	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	Fecha de nacimiento de la persona que acuda a visita, iniciando por día, mes y año.
9	<b>OCUPACIÓN:</b>	Actividad del visitante.
11	<b>TELEFONO:</b>	Número telefónico del visitante.
12	<b>NOMBRE DEL TUTOR :</b>	En caso de que el visitante sea un menor de edad (15 a 18 años) y con previa autorización del Consejo Técnico Interdisciplinario, se plasmará el nombre completo del familiar que acompañara al menor durante las convivencias familiares entre el interno y el menor.
13	<b>PARENTESCO:</b>	Parentesco del tutor con el menor de edad.

14	<b>DOMICILIO ACTUAL:</b>	38) Domicilio completo del visitante.
15	<b>FORMA DE LLEGAR:</b>	Explicación detallada de la forma de llegar al domicilio del visitante.
16	<b>REQUISITOS Y PRESENTO:</b>	Marcar con una "X" los documentos que entregue el visitante.
17	<b>FECHA:</b>	Fecha en que se va entregando los requisitos solicitados.
18	<b>REFERENCIAS PERSONALES:</b>	Nombre completo, ocupación, domicilio, teléfono y tiempo de conocerse de 3 referencias personales de los visitantes.
19	<b>COMITÉ DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN:</b>	Resultado, sesión, observaciones y fecha de la autorización de la visita por el Comité.
20	<b>CONSEJO TÉCNICO INTERDISCIPLINARIO:</b>	Resultado, sesión, observaciones y fecha de la autorización de la visita por el Consejo Técnico Interdisciplinario.
21	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL:</b>	Nombre completo y firma del Trabajador Social que aplique el formato.

### ***"CARTA DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES"***

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>FECHA:</b>	Fecha en que sea llenada la carta
2	<b>LA QUE SUSCRIBE C.:</b>	Nombre de la esposa o concubina.
3	<b>NOMBRE DEL INTERNO:</b>	Nombre completo.
4	<b>MÓDULO:</b>	Número del módulo, sección en donde se ubica.
5	<b>ESTANCIA:</b>	Número de la estancia en la que se ubica.

### ***"CARTA DE COMPROMISO DE VISITA INTIMA"***

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>FECHA:</b>	Fecha en que se realiza la carta.
2	<b>LA QUE SUSCRIBE C:</b>	Nombre de la esposa o concubina.
3	<b>NOMBRE DEL INTERNO:</b>	Nombre completo.
4	<b>MÓDULO:</b>	Número del módulo, sección en donde se ubica.
5	<b>ESTANCIA:</b>	Número de la estancia en la que se ubica.
6	<b>FIRMA DE CONFORMIDAD:</b>	Firma o huella digital de la cónyuge o concubina.

### ***"FRECUENCIA DE VISITA"***

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>NÚMERO DE EXPEDIENTE:</b>	Número de expediente que le corresponde al interno paciente.
2	<b>NOMBRE DEL INTERNO:</b>	Nombre completo.
3	<b>NOMBRE DE LA VISITA:</b>	Nombre completo del visitante.

4	<b>PARENTESCO:</b>	Tipo de relación de familiaridad o de amistad que el visitante tenga con el interno.
5	<b>TIPO DE VISITA:</b>	Visita familiar o visita íntima.
6	<b>AUTORIZADO POR C.T.I.:</b>	Fecha en que fue autorizada por el C.T.I. la visita familiar y/o íntima.
7	<b>FRECUENCIA DE VISITA:</b>	Lugar en donde se efectúe la visita, el día, mes y año de las veces que cada familiar o amistad del interno acuda a este Centro Federal. Ejemplo: L 01 Feb 2006 (Locutorios el 1 Febrero 2006). SV 14 Feb 2006 (Sala de Visita el 14 Febrero 2006) H 01 Ene 01 (Hospital el 01 Enero 2006).
8	<b>TRABAJADOR SOCIAL:</b>	Nombre y firma del trabajador social responsable que realice el llenado del formato.

### ***"SOLICITUD DE VISITA INTIMA"***

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>FECHA:</b>	Fecha en que sea llenada la solicitud de Visita Intima.
2	<b>NOMBRE DEL INTERNO:</b>	Nombre (s) completo del interno.
3	<b>NO. EXP.:</b>	Número asignado a su ingreso a este Centro.
4	<b>UBICACIÓN:</b>	Número de módulo donde se encuentre.
5	<b>NOMBRE DE LA SOLICITANTE:</b>	Nombre completo de la cónyuge o concubina.
6	<b>PARENTESCO:</b>	Tipo de relación con el interno.
7	<b>EDAD:</b>	Años cumplidos de la solicitante.
8	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	Fecha de nacimiento y año de la cónyuge o concubina corroborando con el acta de nacimiento.
9	<b>OCUPACIÓN:</b>	Ocupación y/u oficio actual de la solicitante.
10	<b>ESTADO CIVIL:</b>	Tipo de unión de la solicitante con el interno paciente.
11	<b>TELEFONO:</b>	Número telefónico del solicitante o número en el cual se le pueda localizar.
12	<b>DOMICILIO ACTUAL:</b>	Domicilio actual, corroborando con alguna identificación oficial.
13	<b>REQUISITOS (Presento):</b>	Marcar con una "X", aquellos requisitos que sean presentados y entregados al Trabajador Social, señalando la fecha de entrega.
14	<b>FECHA:</b>	Anotar la fecha en que se fue entregando cada uno de los requisitos.
15	<b>COMITÉ DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN:</b>	De acuerdo a la presentación y valoración del caso en Comité de Tratamiento y Rehabilitación, el resultado, sesión y fecha; así como alguna observación, en caso de que exista.
16	<b>CONSEJOTÉCNICO INTERDISCIPLINARIO:</b>	De acuerdo a la presentación y valoración del caso en Consejo Técnico Interdisciplinario, el resultado, sesión y fecha; así como alguna observación, en caso de que exista.
17	<b>T. S. :</b>	Nombre y firma del Trabajador Social responsable del llenado de esta solicitud.

**“KARDEX DE VISITA”**

<b>Nº</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>FOLIO:</b>	Número correspondiente al asignado al Kardex, este debe llevar una numeración consecutiva.
2	<b>FECHA:</b>	Día en que se efectúa el llenado del formato.
3	<b>NOMBRE DEL INTERNO:</b>	Nombre completo del interno paciente.
4	<b>NO. EXP.:</b>	Número de expediente asignado al interno- paciente.
5	<b>UBICACIÓN:</b>	Número correspondiente a la ubicación del interno-paciente.
6	<b>NOMBRE (Relación de familiares propuestos):</b>	Nombre completo de los familiares propuestos por el interno, únicamente podrán proponer a 12 personas, se podrá cambiar de familiares propuestos cada 6 meses.
7	<b>PARENTESCO:</b>	Tipo de relación consanguínea o afectiva que tiene el interno con el familiar propuesto.
8	<b>1er. Pase, 2do. Pase, 3er. Pase.:</b>	Anotar una “X”, en los números de pases utilizados por los familiares propuestos. Estos no podrán tener más de tres pases de ingreso sin haber cubierto los documentos de visita familiar.
9	<b>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8, 9, 10, 11, 12:</b>	Se colocaran las fotografías de los familiares que están propuestos, que hayan realizado visita familiar y estén autorizados por C.T.I.. La colocación será de acuerdo al orden en que estén colocados en el rublo de visitante.
10	<b>VISITANTE:</b>	Nombre completo de las personas propuestas por el interno paciente y que lo hayan visitado en la Institución.
11	<b>PARENTESCO:</b>	Tipo de relación que tenga el interno paciente y el visitante.
12	<b>DOMICILIO:</b>	Domicilio completo del visitante.
13	<b>CREDENCIAL AUTORIZADA:</b>	Fecha y número de sesión en que fue autorizada la visita familiar por el C.T.I.
14	<b>OBSERVACIONES:</b>	Registrar cualquier hecho relevante de la visita.

**“DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO”**

<b>Nº</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>NUM. DE EXPEDIENTE.:</b>	39) Número asignado al interno paciente a su ingreso al CEFEREPSI.
2	<b>FECHA DE INGRESO</b>	40) Día, mes y año en que ingresó el interno paciente.
3	<b>UBICACIÓN:</b>	Módulo I, II, III, IV, V, VI, VII y UNIEVA.
4	<b>FECHA DE ESTUDIO:</b>	42) Día, mes y año en que se elabora la valoración.

**1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

5	<b>NOMBRE:</b>	43) El (los) nombre (s) del interno paciente, iniciando por nombre.
6	<b>SEXO:</b>	Genero del interno paciente.
7	<b>EDAD:</b>	Los años cumplidos del interno paciente.
8	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	44) Día, mes y año en que nació el interno paciente.
9	<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>	Lugar en donde nació el interno paciente.
10	<b>NACIONALIDAD:</b>	Nación del Interno paciente.
11	<b>ESTADO CIVIL:</b>	Estado civil actual del interno paciente.
12	<b>ESCOLARIDAD:</b>	45) Ultimo grado de estudios del interno paciente
13	<b>OCUPACION ANTERIOR:</b>	Actividad u oficio desempeñado por el interno paciente hasta antes de su reclusión.
14	<b>RELIGIÓN:</b>	46) Doctrina religiosa que profesó el interno paciente.
15	<b>DOMICILIO:</b>	Dirección completa del Interno paciente y/o familiar responsable.
16	<b>TELEFONO:</b>	Número telefónico del familiar responsable
17	<b>CENTRO DE PROCEDENCIA:</b>	Nombre del Centro Penitenciario de donde fue trasladado el interno paciente.
18	<b>DELITO:</b>	Motivo de reclusión del interno paciente.
19	<b>II. METODOLOGÍA UTILIZADA:</b>	Anotar el método de Trabajo Social utilizado en la elaboración de la valoración.
<b>III. ESTRUCTURA FAMILIAR</b>		
<b>a).- NÚCLEO PRIMARIO</b>		
20	<b>NOMBRE:</b>	Nombre completo de los familiares, iniciando en orden cronológico, respetando la ubicación del Interno.
21	<b>PARENTESCO:</b>	Parentesco que tiene la persona hacia el interno-paciente, este puede ser consanguíneo, legal o por afinidad.
22	<b>LUGAR NAC.:</b>	Entidad federativa en que nació el familiar.
23	<b>EDAD:</b>	Años cumplidos del familiar del interno paciente.
24	<b>ESCOLARIDAD:</b>	Último grado de estudios del familiar del interno paciente.
25	<b>EDO. CIVIL:</b>	El estado civil actual del familiar.
26	<b>OCUPACION:</b>	Actividad u oficio del familiar.
27	<b>DOMICILIO:</b>	Residencia del familiar.
28	<b>DINAMICA FAMILIAR:</b>	Registrar en forma descriptiva la historia familiar, interacción de la misma, considerando comunicación, normas, valores, expresión de afectos, manejo de autoridad, roles y capacidad para resolver conflictos familiares.
29	<b>b).- NUCLEO SECUNDARIO:</b>	Anotar lo expuesto de los números anteriores, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, Y 27.

30	<b>DINAMICA FAMILIAR:</b>	Considerar mismo criterios del punto 28
31	<b>IV. ANTECEDENTES PERSONALES:</b>	Antecedentes de desarrollo, incluyendo, problemas durante el embarazo y parto, tiempo de gestación. Enfermedades importantes durante la infancia, alteraciones en el desarrollo, etc.
32	<b>V. ANTECEDENTES MORBIDOS:</b>	Antecedentes del padecimiento actual, así como actitud de la familia a interno paciente ante su enfermedad y reclusión.
33	<b>VI. DESARROLLO ESCOLAR:</b>	Edad de inicio de instrucción escolar, documentos que acreditan su escolaridad, problemas de aprendizaje y conducta, motivo de deserción y relaciones interpersonales.
34	<b>VII. TRAYECTORIA LABORAL:</b>	Edad de inicio de actividades laborales, estabilidad y desempeño en las actividades desarrolladas, labores realizadas en reclusión, relaciones interpersonales con jefes y compañeros.
35	<b>VIII. CONTEXTO SOCIAL:</b>	Ambiente social, así como consumo de sustancias tóxicas, conductas parasociales y antisocial, ingresos a instituciones penitenciarias, etc.
36	<b>IX. DIAGNÓSTICO SOCIAL:</b>	Análisis e interpretación de la Investigación Social.
37	<b>X. PRONOSTICO:</b>	La posibilidad de éxito o fracaso del tratamiento y adaptación al medio social.
38	<b>XI. TRATAMIENTO:</b>	Acciones encaminadas a la atención y solución de la problemática presentada considerando los recursos con los que se cuentan.
39	<b>XII. RESULTADOS OBTENIDOS:</b>	Los avances y evolución del interno paciente el proceso rehabilitatorio recibido durante el transcurso del semestre de estancia.
40	<b>ELABORO (TRABAJADOR SOCIAL TITULAR):</b>	Nombre y firma del especialista responsable. Así como el Número de su Cédula Profesional.
41	<b>REVISOR (JEFE DE LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL):</b>	Nombre y firma del responsable de Oficina. Así como el Número de su Cédula Profesional.

## **"SOLICITUD DE AUDIENCIA"**

<b>Nº</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>FECHA:</b>	La fecha, iniciando con día, mes y año.
2	<b>47) FOLIO</b>	El número progresivo, para el control de la Oficina de Trabajo Social.
3	<b>EXPEDIENTE:</b>	Número asignado al interno paciente a su ingreso.
4	<b>UBICACIÓN:</b>	Módulo en que se encuentra el interno paciente ubicado.
5	<b>NOMBRE DEL INTERNO:</b>	Nombre complejo del interno paciente.
6	<b>AREA SOLICITADA:</b>	Indicar el nombre de la Subdirección Jurídica o Dirección..
7	<b>ASUNTO:</b>	El motivo de la solicitud.
8	<b>FIRMA DEL INTERNO:</b>	Firma o huella digital del Interno paciente.

## **"CRÓNICA GRUPAL"**

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DEBE DE ANOTARSE</b>
1	<b>NO. DE SESION:</b>	Número correspondiente de sesión.
2	<b>FECHA:</b>	Día, mes y año en que se llevo a cabo la sesión.
3	<b>HORA DE INICIO:</b>	Hora en que inicia la sesión.
4	<b>HORA DE TERMINO:</b>	Hora en que concluye la sesión.
5	<b>NO. INTEGRANTES:</b>	Número de integrantes que participan en la sesión.
6	<b>LUGAR DE LA SESION:</b>	Lugar donde se lleva a cabo.
7	<b>SUBPROGRAMA :</b>	Nombre del Subprograma Social que se este aplicando con los familiares.
8	<b>TEMA:</b>	Tema de la sesión desarrollada.
	<b>ORDEN DEL DIA:</b>	Actividades desarrolladas durante la sesión de forma cronológica.
11	<b>ANALISIS DE LA SESION:</b>	Interpretación del proceso grupal desarrollado con participantes de la sesión.
12	<b>ACUERDOS TOMADOS:</b>	Convenios terapéuticos establecidos entre el coordinador de la sesión y los participantes dentro de la sesión.
13	<b>PLAN DE ACCION:</b>	Estrategias terapéuticas a efectuar en la próxima sesión.
14	<b>OBSERVACIONES:</b>	Cualquier información o hecho relevante durante la sesión.
15	<b>TRABAJADORES SOCIALES:</b>	Nombre y firma de los Trabajadores Sociales que se encuentren aplicando el Subprograma Social en el modulo, se colocaran estos de acuerdo a la función que haya desarrollado en la sesión, coordinador u observador.

## GLOSARIO DE TERMINOS

**AMISTAD:** Es toda aquella persona que tuvo una relación afectuosa de amistad con el interno paciente anterior a su traslado a esta Institución.

**ÁREA DE VISITA:** Lugar en donde se lleva a cabo la visita familiar o Intima dentro de la Institución.

**ASESORÍA JURÍDICA:** Entrevista que se realiza entre el interno paciente y un abogado de la Subdirección Jurídica de la Institución, para resolverle sus dudas en torno a su situación legal.

**ATENDER:** Brindar un servicio cordial y amable al visitante.

**AUDIENCIA CON EL DIRECTOR:** Entrevista que se efectúa entre el interno- paciente y el Titular de la Institución, donde se manifiesta diversos asuntos.

**CANALIZACIÓN:** Acto en que se hace llegar a las autoridades y/o demás áreas una solicitud del interno paciente o sus familiares.

**CANALIZAR:** Informar, dirigir a los visitantes a las áreas destinadas.

**CARTA COMPROMISO:** Escrito por el cual la pareja se responsabiliza y acepta la visita íntima, así como respetar los lineamientos normativos de la institución.

**CARTA DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES:** Escrito por el cual la pareja deslinda de toda responsabilidad a las autoridades de este Centro Federal de cualquier tipo de daño físico y mental que pueda ocasionar el interno paciente a la pareja durante el tiempo que dure la visita íntima.

**CARTAS:** Medio de comunicación escrita entre interno paciente y familia.

**CONDUCTA ANTISOCIAL:** Es todo comportamiento humano que va en contra del bien común, atenta contra la estructura básica de la sociedad, lesiona las normas elementales de convivencia y es sancionada penalmente.

**CONTENIDO:** Se refiere al mensaje plasmado en las cartas.

**CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR:** Circunstancias familiares y sociales en las que involucra al interno paciente durante su permanencia.

**CONVENIO DE LLAMADAS TELEFÓNICAS:** Es el acuerdo de llamadas telefónicas que se establece entre los integrantes de la familia y/o amistades del interno paciente ya localizadas y el trabajador social asignado, con respecto al tipo de servicio en las llamadas, el horario, días y la frecuencia en que se realizarán éstas.

**CORRESPONDENCIA:** Medio de comunicación escrita entre interno paciente y familia.

**CREDENCIAL:** Documentos que acredita la identidad personal de los visitantes.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Son aquellas políticas que determinaran los Subprogramas Sociales para seleccionar a los internos pacientes en los diferentes módulos de atención (I, II, III, IV, V, VI, VII).

**DATOS JURÍDICOS:** Conjunto de información específica en torno a la situación legal del interno paciente.

**DATOS SOCIALES:** Información significativa que ha implicado en la historia de la vida del interno paciente. (Familia, Grupos e Instituciones).

**DERECHOS HUMANOS:** Garantías que resguardan la integridad física, psicológica y jurídica de todo ser humano.

**DIAGNÓSTICO:** Estudio social que comprende todo lo relacionado a las características individuales, familiares y sociales en que se ha desarrollado el interno paciente, el cual nos dará una referencia de las patologías que presenta el interno, de esa forma se canalizará el tratamiento que coadyuve a su rehabilitación social. Mismo que puede irse modificando en cuanto se conozcan nuevos datos.

**DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO:** Estudio social que comprende todo lo relacionado a las características individuales, familiares y sociales en que se ha desarrollado el interno paciente, el cual nos dará una referencia de las patologías que presenta este, de esa forma se canalizará a tratamiento que coadyuve a su rehabilitación social.

**DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:** Valoración diagnóstica social del interno paciente emitida a partir de un primer contacto con el mismo. Se realizará en 48 horas posteriores al ingreso del interno paciente.

**DINÁMICA FAMILIAR:** Interacción desarrollada entre el interno paciente y familiares.

**EFECTUAR LLAMADAS:** Es aquella acción que realiza el trabajador social para establecer enlace telefónico entre el interno paciente y/o amistades.

**EJECUCIÓN:** Operación de una acción encaminada a un fin.

**ENLACE INSTITUCIONAL:** Es aquella conexión que se establece entre esta Institución y la otra con la finalidad de apoyar al interno y/o familia en la resolución de su problemática presentada según sea la particularidad de cada caso y así apoyar en el tratamiento rehabilitatorio integral.

**ENTORNO SOCIO-FAMILIAR:** Es aquel medio social y familiar en que se desarrollo el interno paciente, mismo que se incorporara al obtener su libertad.

**ENTREVISTA:** Son técnicas utilizadas para la obtención de información requerida.

**ENTREVISTA DE INVESTIGACIÓN:** Técnica utilizada por el trabajador social para la obtención de información determinada.

**ENTREVISTA SOCIAL A NIVEL ASISTENCIAL:** Entrevista que se efectúa entre el Trabajador Social e interno paciente o familiares, donde únicamente realizan la petición de algún servicio de la Institución.

**ESTABLECER COMUNICACIÓN:** Es aquella acción que realiza el interno paciente con la familia y/o amistades, para establecer entre estos un dialogo vía telefónica.

**ESTRATEGIAS TERAPÉUTICA:** Acciones específicas tendientes al logro de un bienestar familiar y/o social.

**EVOLUCIÓN:** Avances progresivos y particulares del interno paciente.

**EXPEDIENTE TÉCNICO ADMINISTRATIVO:** Es el conjunto de toda la documentación social relacionada con el interno paciente.

**EXPEDIENTE:** Conjunto de documentos que dan fe de la actuación de una persona y/o conjunto de documentos relativos a un asunto. Es el conjunto de toda la documentación social relacionada con el interno paciente.

**FAMILIA:** Es toda aquella persona que tiene un lazo consanguíneo con el interno paciente.

**FAMILIAR:** Persona con vínculos consanguíneos en línea directa ó secundaria.

**FORTALCER:** Fortificar, dar vigor y fuerza material o moral.

**FUNCIONALIDAD:** Es el grado de capacidades cognitivas, mentales y sociales que tenga cada uno de los internos pacientes involucrados en la intervención grupal.

**GRUPOS MODULARES:** Son aquellos grupos de internos pacientes que se formen dentro del módulo a aplicar el subprograma.

**HECHO RELEVANTE:** Acontecimiento o situación importante del interno paciente.

**INCIDIR:** Buscar alternativas para lograr el objetivo planteado.

**INDOLE SOCIAL:** Información y/o Orientación que se les proporciona a los internos pacientes sobre temas sociales y familiares, para ayudarlos a definir problemas en sus relaciones, reconocer la interacción familiar, encontrar alternativas y desarrollar nuevas habilidades para enfrentar sus problemas.

**INFORME DE VISITA DOMICILIARIA o INSTITUCIONAL:** Documento en donde se plasma los resultados de la visita.

**INFORME GENERAL:** Exposición escrita de los acontecimientos ocurridos.

**INGRESO DE VISITA FAMILIAR:** Ingreso de algún integrante de la familia y/o amistad a la Institución para efectuar Visita Familiar al interno paciente.

**INGRESO DEL INTERNO PACIENTE:** Recepción de un interno paciente a esta Institución, procedente de un Centro de Readaptación Social.

**INIMPUTABLE:** Individuo que realiza un acto delictivo y se encuentra fuera del querer y entender.

**INSTITUCIÓN DE APOYO:** Es aquella Institución que se encuentra ya contactada y desarrolla una tarea social.

**INVESTIGACIÓN CONDUCTUAL:** Es aquella indagación y recopilación de información que proporciona las áreas de tratamiento sobre la conducta del interno- paciente para ajustarse a los criterios de inclusión o exclusión.

**KARDEX DE VISITA FAMILIAR:** Documento Normativo en donde se registra los familiares propuesto y los que lo han visitado dentro de la estancia del interno paciente en la Institución.

**LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES:** Procedimientos de la Institución.

**LOCUTORIO:** Espacio físico individual que se le asigna al interno paciente para recibir por primera ocasión su visita.

**MATERIAL DIDÁCTICO:** Es todo aquel material de papelería y/o equipo para la aplicación de las Técnicas a implementar en los Subprogramas sociales.

**MEMORÁNDUM:** Es un documento de recordatorio breve de algo que ya se había hablado con anticipación.

**MÉTODO:** Es el camino a seguir mediante reglas y procedimientos para alcanzar un fin.

**METODOLOGÍA:** Se utiliza el análisis lógico de procedimientos de investigación.

**MODULAR:** Acción implementada por el Trabajo Social para atender a los internos pacientes de forma grupal que se encuentran ubicados en un mismo módulo.

**NOTA DE SEGUIMIENTO:** Formato que se utiliza dentro de la oficina de trabajo social en donde se plasma de forma cronológica las actividades realizadas y los resultados de estas, anotándose el nombre del interno paciente, número de expediente, ubicación del modulo correspondiente, número de hoja, fecha, hora y actividad; se archiva en el expediente técnico que maneja la Oficina de Trabajo Social.

**NOTA INFORMATIVA:** Instrumento que sirve para informar un evento o hecho trascendental con respecto al trato y tratamiento del interno paciente en el Institución.

**NOTIFICAR:** Es la acción de informar.

**OBSERVACIÓN:** Procedimiento que se utiliza para conocer los hechos y la convivencia de la visita con el interno paciente.

**PARENTESCO:** Reconocimiento social y expresión de vínculo genealógico, ya sea por consanguíneo o por afinidad.

**PASE DE TRASLADO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS:** Formato en donde se registra una llamada telefónica no contemplada en el formato de programación semanal. Se anota el nombre del interno paciente, ubicación, el día y horario de la llamada, nombre del trabajador social que la realiza. Dicho formato se dirige al Subdirector de Seguridad y Vigilancia, con la firma del Subdirector Médico Técnico, con rubrica del Jefe del Departamento de Diagnóstico y Determinación de Tratamiento, debe estar foliado con una numeración progresiva.

**PROBLEMÁTICA:** Es toda aquella situación que dificulta alguna evento sociofamiliar y provoca preocupación al interno paciente y/o familia.

**PROCESO REHABILITATORIO:** Etapas evolutivas, cronológicas y específicas que vive el interno paciente durante su tratamiento en esta Institución.

**PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES:** Conjunto de acciones de orden terapéutico sistematizadas metodológica y cronológicamente.

**PROPUESTA DE TRATAMIENTO SOCIAL:** Conjunto de procedimientos a seguir tendientes a incidir en el proceso de rehabilitación durante su estancia del interno paciente, con la finalidad de promover su desempeño adecuado al reincorporarse a su medio sociofamiliar.

**PROPUESTA DE VISITA FAMILIAR:** Documento en donde el interno paciente propone y autoriza a las personas que se interesa recibir su visita familiar dentro de su estancia en esta Institución.

**PSICOSOCIAL:** Término utilizado para englobar lo relativo a lo individual y el medio social en el que se desenvuelve el interno paciente.

**RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS:** Acción en donde los familiares y/o amistades propuestos entregan los documentos solicitados por los lineamientos de la Institución.

**RECEPCIÓN DE LLAMADAS:** Es aquella llamada telefónica que realiza la familia y/o amistades con cargo a ellos, marcando este cualquiera de los números telefónicos del conmutador de la Institución.

**RED DE APOYO:** Es la retroalimentación familiar y/o social, apoyada dentro de las Instituciones Sociales según sea el caso para incidir en el tratamiento del interno paciente.

**REGISTRAR LLAMADAS TELEFÓNICAS:** Anotar en el horario y día asignado la llamada telefónica acordada con anticipación.

**REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:** "Conjunto de Acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a caso de su enfermedad en los principales de su vida diaria: Tiene el objetivo de promover en el paciente el aprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido , y la obtención y conservación de un medio ambiente de vida satisfactoria, así como la participación en actividades productivas y en la vida sociocultural". Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA-1995.

**EMITIR POR SERVICIO POSTAL:** Enviar a la familia y/o amistades el rol de llamadas telefónicas por correspondencia.

**RESPONSABLES:** Se determina a las personas que no son familiares consanguíneos del interno paciente que se encuentren apoyándolo durante su estancia en este Centro.

**RESULTADOS:** Producto final o parcial de la operación de una o varias acciones.

**REVALORACIÓN SEMESTRAL:** La evaluación profesional emitida por el Trabajador Social que a través del método de casos brinda elementos psicosociales que contribuyan a la rehabilitación del interno paciente.

**ROL DE LLAMADAS:** Es aquella relación donde se establece de forma anual las fechas, días y horarios de las llamadas acordadas con anticipación con la familia y/o amistades.

**SALA FAMILIAR:** Área física donde se lleva a cabo la convivencia familiar.

**SERVICIO:** Actividad desarrollada que tiende a satisfacer ciertas necesidades del interno paciente, sus familiares o responsables.

**SERVICIO DE LADA:** Es aquella llamada telefónica que se realiza a la familia y/o amistades con cargo a esta Institución; marcándose la clave lada de la región asignada.

**SERVICIO POR COBRAR:** Es aquella llamada telefónica por operadora (020) que se realiza a la familia y/o amistades con cargo a estos.

**SUBPROGRAMAS SOCIALES:** Son todos aquellos programas sociales que se desprenden del Programa General de Intervención del área de Trabajo Social.

**TÉCNICA:** Hace referencia al abordaje sistemático y concreto de problemas.

**TELEGRAMA:** Documento breve que se trasmite por un sistema de telecomunicación, para la transmisión de mensajes escritos o documentos por medio de un código de señales.

**TRATAMIENTO:** Conjunto de rubros encaminados a establecer acciones terapéuticas dirigidas a la rehabilitación psicosocial del interno paciente.

**TRATAMIENTO REHABILITATORIO:** Método o cuidados que realiza el personal de esta Institución y que se encuentran contemplados en un esquema terapéutico.

**TRATAMIENTO SOCIAL:** Conjunto de acciones de orden familiar y social tendientes a coadyuvar la preservación y restablecimiento de los lazos familiares en forma positiva, así como la adaptación ante las normas establecidas, en toda organización social.

**VIÁTICOS:** Recursos económicos para solventar los gastos de pasaje y alimentación al realizar visita domiciliaria.

**VISITA:** Acción de querer ver a alguien.

**VISITA DOMICILIARIA:** Es la actividad que realiza el trabajador social al acudir al domicilio donde habita cualquier integrante de la familia y/o amistades.

**VISITA INSTITUCIONAL:** Es aquella visita que se realiza al inmueble de la Institución en la que se está estableciendo un acuerdo.

**VISITA ÍNTIMA:** Acción de conservación y fortalecimiento de las relaciones maritales entre el interno paciente y pareja.

## BIBLIOGRAFIA

**Ander Egg, Ezequiel.** Diccionario de Trabajo social. Humanitas. Buenos Aires, Argentina.1982

**Ander Egg, Ezequiel.** Introducción a las Técnicas de Investigación Social. Humanitas. Buenos Aires, Argentina.1980

**Ander Egg, Ezequiel.** Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social Editorial. El Ateneo, 1986.

**Berger, Milton M.** Cómo Trabajar Con Pacientes. Editorial. Concepto, S.A. 1979

**Bernler Gunnar-Jhon´sson Lisbeth.** Teoría para el Trabajo Psicosocial. Buenos Aires, Argentina, 1997, p.249.

**Cartwright Darwin, Zander Alvin.** Dinámica de Grupos investigación y teoría, Editorial Trillas, México, 1971, p. 624.

**De La Vega, Natividad.** Aproximación al trabajo social Núm. 3. Editorial Antología de la Universidad de Guadalajara.2003

**DI Carlo, Enrique.** La conducción de grupos pequeños. Buenos Aires, Argentina. Editorial Ecro, p. 301. 1976

**Estrada Inda, Lauro.** El Ciclo vital de la familia. Editorial Posada, España, 1994.

**Freud Sigmound.** Psicología de las masas y análisis del yo en obras completas, 1943, p.33.

**Galeana de la O. Silvia.** Manual de Trabajo Social, México, ENTS. UNAM.1999.

**Garcia, Alba y Melian Melian.** Hacia un nuevo enfoque del trabajo social Editorial Narcea, Madrid, España. 1993

**García Rivas, Maria del Socorro.** Manual Tratamiento Psicosocial, México D.F., 2005.

**Gordon, Hamilton.** Trabajo Social de grupo. Editorial Fournier. S.A. UNAM, México D.F.

**Gordon, Hamilton.** Teoría y Práctica de Trabajo Social de Casos. Editorial Fournier, S.A. UNAM, México D. F.

**Hill, Ricardo.** Caso individual. Editorial Hvmanitas Buenos Aires, Argentina.1979.

**Haiman, Franklyn S.** La dirección de Grupos Teoría y Práctica. México, Libreros Mexicanos Unidos, 1965.

**Keats, Daphne.** La entrevista perfecta. Editorial Pax México, 1992.

**Klein, Josephine.** Estudio de los grupos, México Fondo de Cultura Económico. 1961, P.28

**Leila, Lima y Roberto.** Metodologismo, estallido de una época, Acción crítica Núm. 3 Lima. Edit. Celats, 1978.

**MEMORIAS.** Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid, España. 1993.

**MANUAL** del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial. Unidad Departamental de Diagnóstico y determinación de Tratamiento de la oficina de Trabajo Social. Ciudad Ayala, Morelos, México, 2001.

**Masón Dsm IV.** *Breviario*, Criterios Diagnósticos. Editorial Masón S.A. España 1995.

**Newstetler, Welber y Newcomb Theodore,** Group Adjustment Cleveland, Western Reserve University, 1937, p. 117.

**Postel Jacques/ Quérel Claude,** Historia de la Psiquiatría, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1993. p. 791.

**Simmel, George.** Las Funciones del Conflicto Social, México Fondo de Cultura Económico. 1961, P.33

**Tornero Díaz, Carlos.** Memorias del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.2002.

**Trecker Harlerleigh, B.** Servicio Social para grupos, Montevideo. Centro de estudiantes de la Escuela Universidad de Servicio Social, México D.F, 1965, p.126.

**Valero Chávez, Aída** Desarrollo Histórico de Trabajo Social. Editorial. ENTS UNAM SUA. México D.F. 2003.

**Valero Chávez, Aída y Arciniega, Silvia Rosário** Antología. Editorial. UNAM México D.F.

**W.J H. Sprott,** Grupos Humanos, Paidós Studio, pp.224, México, 1991.