

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

***La atención psicológica como medio de prevención primaria
en salud mental para el niño hospitalizado: informe de
servicio social***

Autor: María de los Ángeles Aguilar Murillo

**Informe presentado para obtener el título de:
Licenciatura en Psicología**

**Nombre del asesor:
Rosalia Canales Montes de Oca**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UNIVERSIDAD
VASCO DE QUIROGA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

LA ATENCION PSICOLOGICA COMO MEDIO DE PREVENCION PRIMARIA
EN SALUD MENTAL PARA EL NIÑO HOSPITALIZADO.

"INFORME DE SERVICIO SOCIAL"

Que Para Obtener el Título de Licenciado en Psicología

Presenta:

MARIA DE LOS ANGELES AGUILAR MURILLO



Morelia, Michoacán., 1993.



UNIVERSIDAD
VASCO DE QUIROGA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

LA ATENCION PSICOLOGICA COMO MEDIO DE PREVENCION PRIMARIA
EN SALUD MENTAL PARA EL NIÑO HOSPITALIZADO.

“INFORME DE SERVICIO SOCIAL”

Que Para Obtener el Título de Licenciado en Psicología

Presenta:

MARIA DE LOS ANGELES AGUILAR MURILLO

Morelia, Michoacán, 1993.



A mis padres Lic. Ezequiel Aguilar López y Luz María Murillo de Aguilar, por darme la oportunidad de hacer realidad mis proyectos profesionales, contando en todo momento con su cariño, su apoyo y su comprensión.

Con cariño a mis hermanos:
Luz María, Ezequiel, Laura Patricia
y Federico Antonio.

Con todo mi cariño
Al Ing. Mario Rodríguez Loeza.

A la Psicóloga Araceli Quirós
por su ayuda incondicional en
los momentos más difíciles.

Con respeto y admiración
al Dr. Daniel Herrera Guzmán
por compartir conmigo sus
conocimientos y su amistad.

Agradezco:

A la L.P. Irene Rodríguez, a la T.S. Rosa E. Bolaños a las Enf. Maribel Chora y Josefina Olalde y al resto del equipo de Salud Mental del Hospital Infantil en quienes encontré respuesta a todas mis inquietudes durante la realización de mi servicio social.

Con especial agradecimiento a
La L.P. Rosalía Canales Montes de Oca
por su esfuerzo y dedicación en la
realización del presente informe.

A la Escuela de Psicología de la UVAQ
y a mis maestros por participarme de
sus conocimientos durante mi formación
profesional.

A la UVAQ por el trabajo y esfuerzo
realizados a favor del mejoramiento
profesional de los michoacanos.

A mis familiares y amigos y todos
los que de alguna forma hicieron
posible la elaboración del presente
informe.

INDICE

TEMA

PAGINA

INTRODUCCIÓN

1

CAPITULO I

PRELIMINAR

3

CAPITULO II

Objetivos

10

Importancia

11

Si queréis estudiar a los hombres no dejéis de frecuentar la sociedad de los niños.

CAPITULO III

- Jesse Torrey.

Tipo de E. J. J.

20

Fundamentos

25

Instauración

29

Fundamentos

33

CAPITULO IV

Objetivos

30

CAPITULO V

Objetivos

51

Condiciones personales

56

ESTADÍSTICA

70

ANEXOS

71

I N D I C E

| TEMA | PAGINA |
|---------------------------------|--------|
| INTRODUCCION | 1 |
| C A P I T U L O I | |
| Revisión de la Literatura..... | 3 |
| C A P I T U L O II | |
| Objetivos..... | 16 |
| Importancia del Informe..... | 19 |
| Limitaciones del Informe..... | 25 |
| C A P I T U L O III METODOLOGIA | |
| Tipo de Estudio..... | 26 |
| Población..... | 28 |
| Instrumentos..... | 29 |
| Procedimiento..... | 35 |
| C A P I T U L O IV | |
| Resultados..... | 59 |
| C A P I T U L O V | |
| Discusión | 61 |
| Conclusiones Personales..... | 66 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 70 |
| ANEXOS..... | 71 |

I N T R O D U C C I O N

El presente informe pretende describir la labor del Psicólogo Clínico en el medio hospitalario.

El Psicólogo que atiende a niños en un hospital Pediátrico puede desempeñar sus funciones de diversas maneras. Una de las más efectivas es la de integrar el enlace o consulta, con técnicas preventivas primarias o secundarias en Salud Mental para hacer frente a la crisis que la hospitalización genera.

En los últimos años los servicios de Psiquiatría y Psicología en hospitales han generado profundas transformaciones a la Medicina tradicionalista y rigurosamente científica en la que el Médico en relación con su paciente trataba de -- colocarse en la situación de observador ascéptico pero no se -- incluía como participante en la recuperación.

El progreso de la Medicina hace que ésta se "fragmente" las especialidades se multiplican y cada una de ellas toma a su cargo un área corporal determinada o un sistema preciso de funciones; esto desde luego tiene sus desventajas ya que se perpetúa la disociación mente-cuerpo en el trabajo hospitalario. Para el Médico lo importante es la enfermedad en si mientras que el objetivo del Psicólogo y Psiquiatra no es el cuerpo enfermo, sino la persona o el ser social que padece.

Las ansiedades del ejercicio profesional del Médico hacen que éste necesite erigir defensas emocionales que sitúen su labor únicamente en el proceso de curación de las enfermedades evitando la activación de sus propias identificaciones con el paciente.

Sin embargo el paciente en este caso el niño, requiere de una identificación, de una sensación de relación continua con una persona médica que no le produzca dolor; y que no vista uniforme blanco (Psicólogo).

NO ES
¿ES LO
O AL MENOS?
EL
NIÑO

Por lo anterior, este estudio pretende introducir al conocimiento de la función del Servicio de Salud Mental en un Hospital Pediátrico, donde un equipo interdisciplinario integrado por Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadoras Sociales y Enfermeras apoyan la labor del Médico.

En él, se apoyará y justificará con aportes teóricos la importancia del Psicólogo en el medio hospitalario.

Se describirán los objetivos que la Institución, la Universidad, y la que sustenta el presente informe se plantearon como metas.

Se hablará de la importancia y limitaciones del informe; así como del tipo de estudio que se realizó.

Se definirán las características de la población atendida, y se describirán los instrumentos y procedimientos a través de los cuales se obtuvo la información de las actividades realizadas.

Se concluirá con el análisis de resultados y las conclusiones personales.

CAPITULO I

REVISION DE LA LITERATURA

La aparición de la Interconsulta Psiquiátrica y Psicológica en los hospitales tuvo lugar recientemente. Antes, las medidas terapéuticas consistían en introducir ciertos agentes que restablecían las estructuras dañadas o los funcionamientos corporales alterados. Mientras que la persona del paciente, sus vínculos familiares y su contexto social contaban poco, pues el Médico no los incluía dentro de su actividad. (Ferrari-Luchina 1980)

La actividad de este se desarrollaba en torno a la diversificación de formas y métodos de curar. Esto le permitía conocer la enfermedad, pero no al enfermo.

El Médico evitaba identificarse con la persona del enfermo ya que esta relación colmada de aspectos emocionales le resultaba difícil de sobrellevar.

Es por ello que el Médico quisiera muy a menudo, ser sólo un técnico, pero no puede serlo pues está obligado a atender y a manejar los aspectos psicológicos de su paciente. Sin embargo al no hacer frente a esta labor el equipo de Salud Mental del hospital tiene que atender los aspectos emocionales del mismo y las enfermedades mentales entendidas éstas como la expresión de funciones alteradas cuya base orgánica se da por desconectada para el Médico y a la que se supone encerrada en un área corporal muy especial: el cerebro. (Ferrari-Luchina 1980)

El Médico pasa visita y abandona el cuarto; es aquí donde el Psicólogo inicia su labor desempeñando sus funciones de diversas maneras. Una de las más efectivas es la de integrar el tradicional enlace o consulta con técnicas preventivas, primarias o secundarias. Estas se aplican a toda la población del personal, los pacientes y sus familias.

El Psicólogo hace frente a la crisis de la enfermedad en el niño; o bien atiende al "niño sano" o sea aquél que no requiere ninguna atención individual para elaborar su proceso de recuperación y utiliza su estancia en el hospital como una experiencia maduradora.

De igual forma, el Psicólogo promueve la oportunidad de desarrollo del personal, le enseña la técnica de la entrevista y los métodos para establecer una comunicación (rapport) con los niños y los padres difíciles. Estimula la observación en equipo, y enseña como descartar los datos sin importancia. (Petrillo-Sanger 1980)

De esta forma la información recogida por el personal paramédico resulta de gran utilidad para el Psicólogo que elabora programas prácticos de tratamiento y valora rápidamente el estado en que se encuentra el niño; dando a éste y a su familia una sensación de relación continua con una persona médica que no le produce dolor.

Mientras el personal Médico hace hincapié en el comportamiento exterior el Psicólogo llamará la atención hacia factores subyacentes que pudieran causar o exacerbar el comportamiento externo.

NIÑO

OK
ATIENDE
A
TODO EL
SISTEMA

El Pediatra también aprende del Psicólogo ya que éste le puede enseñar la forma de hacer un buen examen del estado mental y distinguir los casos que requieran consulta psicológica o psiquiátrica, por ejemplo, cuando hay síntomas de depresión, amenaza de suicidio, retraimiento, comportamiento raro, problemas de identidad sexual, hiperactividad, etc.

PEDIATRA

Por su parte, el Psicólogo debe evitar la tendencia a clasificar como trastorno mental todas las reacciones fuertes de un niño enfermo. Lo que debe demostrar al personal pediátrico es la inmensa variedad y riqueza de los patrones de comportamiento humano que puedan ser apoyados, modificados o alterados para promover una mayor elasticidad, adaptabilidad y fortaleza. (Petrillo-Sanger 1980)

El arte del cuidado médico siempre ha estado enfocado a éstas metas, pero debido a la creciente especialización y complejidad científica, mucho de este arte se ha dejado por negligencia en manos del Psicólogo o Psiquiatra.

El propósito de esto no es convertir a los Pediatras en Psiquiatras pero sí permitir a quienes ejercen la Pediatría que enriquezcan sus conocimientos con una mayor comprensión de los seres humanos.

El trabajar con niños enfermos suscita sentimientos que causan malestar, en el personal médico y paramédico. El Psicólogo se dará cuenta de ello pero no podrá emplear mucho tiempo en la atención de éstas personas, por esto se necesita que en este ambiente, la gente se conozca, se ayude una a

la otra y comparta experiencias de manera que puedan volver a las salas y mantener una actitud óptima hacia sus pequeños enfermos.

El Psicólogo debe evitar dar tratamiento al personal; no debe negar ayuda e interés en sus problemas, pero conviene indicar a la persona con toda cortesía, alguna forma de atender su caso sin que esto interfiera con el trabajo que ambos están desempeñando.

El trabajo que el Psicólogo realiza no se lleva a cabo aisladamente, éste promueve la formación de un equipo integrado por él mismo, el Psiquiatra, la Enfermera Pediátrica, o consultante en Salud Mental y la Trabajadora Social.

El papel de la Psicología se entiende mejor cuando se trabaja en equipo. Contrariamente al concepto erróneo bastante extendido de que el trabajo interdisciplinario conduce a hacer borroso, los límites de cada especialidad, lo cierto es lo opuesto: la identidad de una disciplina se afina cuando colabora con otras disciplinas; es así como surge el Servicio de Salud Mental.

TWO
INTERD
DISCIPLINAR

Como se mencionaba, generalmente el equipo de Salud Mental infantil se compone de un Psiquiatra, un Psicólogo y el Trabajador Social Psiquiátrico.

La tarea del Psicólogo consiste en valorar la capacidad intelectual del niño, su personalidad y los problemas que surjan en su adaptación al Hospital.

El Trabajador social tiene una formación profesional consistente en un conocimiento minucioso de los servicios sociales y de los factores sociales que influyen en las enfermedades psiquiátricas y psicológicas. Cumple el papel específico de ser vínculo de relación entre el Hospital y la familia y la comunidad exterior. Tiene la responsabilidad particular de ocuparse de las familias socialmente desorganizadas, que no pueden acudir al Hospital; encargándose de hacer visitas domiciliarias.

Otra de las responsabilidades específicas de la Trabajadora Social es la de capacitar a los padres para que utilicen otras fuentes comunitarias de ayuda social y práctica. En la realización de esta tarea su objetivo no consiste en plantear exigencias a los padres, sino en reforzar sus facultades y su sentido de la propia estimación ya que cualquier decisión tiene que ser suya en último término y son ellos quienes deben iniciar cualquier cambio en su modo de vivir.

La misión del Psiquiatra consiste en coordinar toda la información obtenida por los miembros del equipo en cada caso y con la ayuda de éstos, establecer un diagnóstico del trastorno del niño y una apreciación de la personalidad de los padres. También entra en su misión formular un plan de tratamiento y tener toda la responsabilidad médica de cada caso. (Sula Wolff 1989)

Pese a que cada profesión tiene un campo concreto de actuación, en sus papeles de tratamiento psicológico todos emplean un sistema teórico similar y técnicas terapéuticas similares.

Tanto los Psiquiatras como las Trabajadoras Sociales son especialistas en el uso de métodos de tratamiento psicológico; el carácter de su cooperación y los diferentes papeles que desempeñan en el tratamiento están determinados más por las necesidades de sus pacientes que por sus dispares aptitudes de tratamiento.

Al trazar el plan de tratamiento de una familia las primeras cuestiones a considerar son:

1) El trastorno presente del niño, se halla fundamentalmente en él mismo mientras sus padres actúan bien en general?

2) Se deben las dificultades principalmente a interacciones entre hijo y padres de tipo desorganizado o neurótico manifestándose en algún grado la perturbación psicológica tanto en los padres como en el hijo?

3) El problema es esencialmente en los padres, no siendo el pequeño desequilibrio del hijo más que un signo de las necesidades de tratamiento de los padres?

1) En el primer caso suele ser posible e incluso preferible que emprenda el tratamiento una sola persona. Puede ser el Psiquiatra, el Psicólogo o a veces la Trabajadora Social según las necesidades del niño. Por ejemplo si el problema es emocional básicamente, puede ocuparse el Psicólogo del caso.

Si el niño padece de daño cerebral o de autismo, el psiquiatra puede iniciar el tratamiento porque suele estar en mejores condiciones que la trabajadora social para valorar la importancia de los síntomas que describen los padres y aconsejar a éstos sobre el cuidado cotidiano del niño.

2) La mayoría de los casos de niños caen en esta categoría, es decir, en que el trastorno psicológico del niño es consecuencia de interacciones perturbadas entre hijo y padres. Aquí, necesitan tratamiento tanto el niño como los padres.

3) Si la perturbación principal está en los padres; si por ejemplo el problema es esencialmente de relaciones conyugales desequilibradas o de una reacción neurótica de una madre ante su hijo pequeño, la decisión consistirá habitualmente en centrar la atención solamente en los padres. Se les puede brindar psicoterapia por separado, o entrevistas conjuntas con marido y mujer, o posiblemente psicoterapia de grupo junto con otros padres.

Los principios que sirven de base a la Psicoterapia para adultos son los mismos que para los niños. El análisis de estos principios explica por qué es difícil para la misma persona tratar por separado a padres e hijo. El terapeuta de niños se identifica con el niño. Ve el mundo desde el punto de vista de éste. Esto aumenta la actitud defensiva de los padres de tal modo que dedican sus energías a alejar los ataques hostiles de otra gente y no tienen oportunidad de expresar sus propios sentimientos y comprenderlos mejor ni entender mejor su comportamiento.

La exteriorización de partes anteriormente reprimidas de uno mismo sólo es posible cuando se siente uno aceptado sin críticas y esta seguro de que lo que se revela no será transmitido a gente que no comparte esa actitud. (Sula Wolff 1989)

Una solución a los dilemas que surgen cuando un terapeuta se encarga de tratar tanto al niño como a los padres, consiste en considerarlos en conjunto como un grupo de familia. Puede ser éste el tratamiento preferente cuando hay niños mayores, especialmente en aquellos casos en que son tan tirantes las relaciones entre hijo y padres que, a menos que se logre algún mejoramiento inmediato de comprensión mutua, puede producirse una ruptura real en la familia.

La presencia de un terapeuta en condiciones neutrales de tratamiento permite a los miembros de la familia ponerse a distancia de las interacciones existentes entre sí, interacciones que, cuando se producen en el hogar, los envuelven de un modo tan completo que imposibilitan todo control y comprensión de los sentimientos de cada uno y de todos. Aquellos padres con actividades y comportamiento desequilibrados hacia sus hijos o entre sí, producto de sus propias dificultades neuróticas precisan experiencias terapéuticas que los ayuden a desembarazarse de represiones excesivas, a encarar los conflictos inconscientes que tienen en sí mismos y a enfrentarse de modo más realista con sus sentimientos. En la psicoterapia, los padres despliegan sus modos habituales de interacción con otras personas. También proyectan sobre el terapeuta sentimientos que emergen de sus propias relaciones en la niñez.

Otros padres, cuyas dificultades de personalidad no son neuróticas, que están desequilibradas, por ejemplo, a causa de un desarrollo defectuoso del ego y el super-ego, quizá como consecuencia de una grave desintegración familiar o de

desamparo en la niñez, pueden precisar un enfoque menos interpretativo, menos analítico.

En estos casos, la función del terapeuta suele consistir en brindar un apoyo de muy largo plazo; en ofrecerse como alguien a quien pueden recurrir, la madre o ambos padres, siempre que estén en dificultades; en constituirse de hecho en una especie de sustituto de atención materna.

Al hablar de una estrecha relación de trabajo entre el Psicólogo y el Psiquiatra es importante precisar los límites de la función del Psicólogo Clínico dentro del marco hospitalario, a fin de que su función se funda sin confundirse con la del Psiquiatra.

El interés del Psicólogo Clínico se centra en descubrir, describir, corregir o compensar lo que en el comportamiento humano haya de anormal o excepcional, si tales aspectos suponen mengua de la salud o de rendimiento. (Peinado Altable 1978)

El Psicólogo Clínico estudie sanos o enfermos tiene siempre como objetivo o preocupación la Salud Mental; y aún cuando en ello coincida con la Psiquiatría esto no quiere decir que necesariamente haya de actuar sobre enfermos mentales. La Higiene Mental es el terreno en que la Psiquiatría y la Psicología Clínica funden sus objetivos y técnicas entre sí y con el resto de las especialidades médicas.

Históricamente las técnicas de investigación psicológica estuvieron antes en los hospitales psiquiátricos que en los centros de Salud, es decir la Psicología Clínica es primeramente Psiquiátrica.

La misión específica del Psicólogo Clínico no es propiamente hacer diagnósticos sino más bien la descripción del enfermo y de su enfermedad; y consecuentemente un intento de modificación de los fenómenos patológicos que descubre. (Peinado Altable 1978)

Por mucho tiempo se ha pensado que la misión del Psicólogo es determinar una "Edad Mental", cuantificar una capacidad, suministrar un "Coeficiente Intelectual" o colocar al individuo en un determinado "percentil o rango". La investigación Psicológica afortunadamente superó esta etapa. Ahora se ocupa del análisis cualitativo del fenómeno mental.

A merced de la actividad psicométrica se logra descubrir y describir de modo original, alteraciones cualitativas de los mecanismos mentales así como los efectos que sobre el enfermo tiene su propia enfermedad.

Por ello, el empleo de las técnicas de investigación Psicológica es importante, aunque la Medicina sin ellos pueda decir si la alteración existe, fijar sus características y el aproximado curso de la misma.

Aún cuando esta utilidad se acrecienta a medida que el Psicólogo extiende su radio de acción éste, a pesar de su especialización como psicoterapeuta tendrá vedado el empleo de los fármacos o de cualquier otra técnica que utilice medios no psicológicos (físicos o químicos) en el tratamiento de las anomalías mentales. (Lipking-Cohen 1980)

El Psicólogo Clínico se propone al conocimiento de casos particulares; lo que intenta es conocer la evolución o explicar la conducta de un sujeto particular e incluso

modificarla. Así, observa directamente (entrevista) o indirectamente (encuesta) cuando lo considera necesario; y recurre a la experimentación (aplicación de tests, cuestionarios, etc.) Observación y experimentación se integran en una unidad de fines en el método clínico.

El Psicólogo necesita ser un gran improvisador, pues el aspecto de la realidad a que se enfrenta el comportamiento varía constantemente y es siempre nuevo.

Por otro lado, la labor del Psicólogo Clínico en el ámbito hospitalario ha de estar vinculada a la del Psiquiatra, la única independencia que parece no deseable sino indispensable es la referente a la metodología de sus técnicas específicas y a la selección de éstas para la colaboración, que en cada caso debe prestar en la resolución del problema planteado. (Peinado Altable 1978)

El campo de la Psicología Clínica está íntimamente conectado con los de la Medicina en todas sus ramas, se hace indispensable una delimitación de las funciones del psicólogo clínico dentro de los equipos especializados, aunque tal delimitación no constituya, en modo alguno, una radical separación y aislamiento, sino más bien diferenciarse para integrarse. La labor del Psicólogo Clínico debe ser siempre una labor en equipo.

Al entrar en el campo de la Psiquiatría, la Psicología Clínica se encuentra con una situación inmodificable pues la Psiquiatría ya se ha asignado un papel dentro de la Higiene Mental y a este papel debe estar subordinada la Psicología.

Sin embargo, la gran diversidad de las tareas Psiquiátricas permite ser más dúctil en la asignación del papel que al psicólogo pueda corresponder en su cooperación con la psiquiatría; pues distinto debe ser según se trate de "curar enfermos" (mentales o no) u "orientar sujetos cuyas capacidades físicas o mentales hayan sufrido daño irreversible como consecuencia de enfermedad o accidente ya curados (rehabilitación).

Si queremos precisar las tareas del psicólogo clínico dentro del equipo psiquiátrico, debemos distinguir las siguientes categorías de funciones psiquiátricas:

- a) Las estrictamente médicas.
- b) Las preventivas (Higiene Mental).
- c) Las conectadas con la Pedagogía Terapéutica.
- d) Las rehabilitadoras.

Según se trata de unas o de otras, la misión del psicólogo clínico, como miembro del equipo y sus responsabilidades serán diferentes. (Peinado Altable 1978)

El Psicólogo clínico posee técnicas eficaces de descripción de la estructura y funciones personales. Con ellas colaborará en la descripción del enfermo y de la enfermedad como modo peculiar de reacción ante una situación también peculiar que provoca un original y patológico "Síndrome de Adaptación".

El Psicólogo clínico debe contar con los datos que el resto de las especialidades le facilitan.

Los datos que la historia clínica general suministra (datos de la evolución del sujeto y del padecimiento, datos extraídos de

la exploración neurológica, etc.), deben ser complementados con los de las entrevistas psicológicas con el paciente y su familia.

La entrevista psicológica con el paciente y su familia. Esta entrevista no tiene como misión completar los datos que la historia clínica organiza sino observar el comportamiento del sujeto en la situación específica que la entrevista plantea.

La Pediatría más aún que en resto de la Medicina tiene necesidad de orientarse a la prevención de las enfermedades mentales, con la esperanza de restringir el volumen de trabajo curativo. La Higiene Mental Infantil es su más interesante capítulo. Vigilar, estimular y dirigir el desarrollo físico y mental del niño sano debe ser su principal tarea.

Psicólogo clínico y Pediatra han de trabajar juntos, pues aunque es indispensable que el Pediatra tenga amplia preparación psicológica, dada la complejidad de los actuales recursos técnicos de la Psicología, la presunción del especialista es indispensable.

La Higiene Mental Infantil es zona de contacto entre la Psiquiatría, la Pediatría y la Psicología Clínica. (Lipking-Cohen 1980)

Así como los padres, sin esperar a que el niño esté enfermo acuden o deben acudir al Pediatra para que vigile su peso o disponga su dieta, así deben consultar al Psicólogo Clínico y al Psiquiatra Infantil sobre el nivel de desarrollo, las rabietas, los celos, la succión del dedo o las mentiras del pequeño, por ejemplo.

CAPITULO II

OBJETIVOS

1. A NIVEL INSTITUCIONAL

1. Objetivo General:

Promover la atención Psicológica hacia la prevención primaria de la salud mental y la protección de la población en riesgo.

1.1 Objetivos Particulares:

1.1.1. Realizar entrevistas de sondeo y psicoterapéuticas.

1.1.2. Orientar e informar al paciente y familiares sobre el tratamiento.

1.1.3. Manejar emocionalmente al menor y la familia durante todo el proceso de hospitalización.

1.1.4. Elaborar un diagnóstico integral del paciente y su grupo familiar.

1.1.5. Detectar problemas familiares o sociales y darles manejo o bien derivarlos a la institución correspondiente.

1.1.6. Detectar alteraciones en el desarrollo psicomotor del niño.

1.1.7. Planear un seguimiento terapéutico cuando el paciente así lo requiera.

1.1.8. Descubrir factores subyacentes que sean causa de conductas no deseadas.

2. A NIVEL ESTUDIANTIL

Las Pasantes:

- 2.1. Iniciarán proceso de duelo con los pacientes terminales.
- 2.2. Investigarán temas específicos para sesiones académicas.
- 2.3. Discutirán casos de pacientes captados por el Servicio.
- 2.4. Trabajarán con el equipo de Salud Mental en la Clínica de Labio paladar hendido.
- 2.5. Participarán en sesiones de integración del equipo de Salud Mental.
- 2.6. Evaluarán constantemente el trabajo terapéutico que inician con los pacientes hospitalizados.

A NIVEL PERSONAL

1. Poder aplicar los conceptos teóricos adquiridos durante la formación profesional en una situación concreta y específica.
2. Conocer a través de la experiencia directa los problemas de Salud Mental más comunes que aquejan a la población infantil y dar alternativas de solución que permitan al niño funcionar adecuadamente.
3. Saber a través de la revisión bibliográfica y del contacto con los pacientes, cuáles son los factores biopsicosociales que favorecen la aparición de los diferentes problemas y su limitación en el tratamiento.

DE LA INSTITUCION UNIVERSITARIA

1. Objetivo General

Retribuir a la sociedad una parte de lo que ésta ha dado a la formación de profesionistas, así como contribuir a una adaptación mutua entre los individuos y su medio social, desempeñando un importante papel en la organización de las condiciones necesarias para el desarrollo y solución de los problemas humanos.

1.1. Objetivos Particulares:

1.1. Prestar y ejecutar un trabajo de carácter temporal y gratuito por parte de los profesionistas y los estudiantes, en interés de la sociedad y el Estado.

(Punto de vista Jurídico).

1.2. Que la actividad académica extrauniversitaria; sin ánimo de lucro, se realice dentro de la convivencia humana con la finalidad de mejorar las condiciones económicas, culturales y políticas de la comunidad, promoviendo en quien realiza el servicio como en el que la recibe un espíritu de solidaridad humana motivando la iniciativa personal al servicio de los demás.

(Punto de vista Profesional).

1.3. Que el quehacer profesional a través del estudio de las situaciones problema permita transformar las necesidades en acciones concretas.

(Punto de vista científico).

IMPORTANCIA DEL INFORME

La Psicología a través de su Historia, ha tenido que sortear una serie de dificultades inherentes a su grado de cientificidad en relación con el resto de las ciencias. Por medio de éstas, el conocimiento del mundo físico día a día logra su mayor desarrollo, sin embargo, la naturaleza humana de que es estudio la Psicología, continúa siendo aún desconocida para nosotros.

Da la impresión de que el hombre se ha olvidado de "ser hombre" al vivir sumergido en los conflictos que a diario le plantea su supervivencia. En esta lucha no se encuentra solo, sino interactuando con otros seres, lo que le sitúa en un ambiente social, mismo que se integra por factores fisicoquímicos y biológicos que hacen del hombre una unidad biopsicosocial.

Esta fase de adaptación del organismo a su medio es lo que representaría la salud para los autores que consideran el rompimiento entre el equilibrio del cuerpo con su medio interno y su habitat como el origen de la enfermedad.

La adaptación y la homeostasis, son por tanto, los conceptos básicos para entender la enfermedad y lo son también para comprender el estado de salud. Esta se alcanza y se conserva en la medida en que el organismo o más bien el individuo considerado como unidad biopsicosocial, responde a los estímulos normales y nocivos de su habitat, de tal manera que no se rompe la homeostasis y se mantiene la adaptación al medio.

Por su parte, la OMS establece su concepto de salud en los siguientes términos "La Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social; y no la simple ausencia de enfermedades" (Velasco Fernández 1980)

Es importante mencionar los conceptos que sobre salud física se manejan ya que de ellos se desprende el término de salud mental.

Definirla como tal resulta complicado, ya que se le conceptualiza en base a 3 tipos de "modelos" a saber: los somáticos (orgánicos), los psicológicos y los sociales enfatizando cada uno en su factor etiológico correspondiente siendo todos válidos.

Los diferentes conceptos sobre salud mental han originado investigaciones y discusiones cuyos resultados se traducen en una serie de definiciones que si bien, no son las mejores resultan ser las más aceptadas:

- * Funcionamiento vital eficaz como unidad independiente y autónoma (se entiende por autonomía la capacidad de tomar decisiones sin la tutela o la dependencia emocional de otro).
- * Interacción social adecuada, que incluye un buen ajuste sexual.
- * Captación objetiva de la realidad propia y la del mundo sin excesivas deformaciones debidas a los factores emocionales.
- * Realización o intento de realización de las auténticas posibilidades personales.

- * Capacidad de amar genuinamente a los demás.
- * Comportamiento individual que tiende a la realización de los valores universales.
- * Ausencia de la sintomatología propia de las entidades psicopatológicas clínicamente reconocibles. (Velasco Fernández 1980)

El ser humano tiene derecho a permanecer libre de enfermedad mental y a alcanzar estas condiciones que, en última instancia caracterizan un estado de salud deseable, aunque su simple enunciado no configure un concepto científico propiamente dicho.

En la búsqueda de la Salud Mental interviene un equipo multidisciplinario de trabajadores de la salud; entre los que se encuentra el Psicólogo. Su trabajo profesional hacia la salud mental deberá contener también un enfoque múltiple, hacia lo orgánico, lo emocional y lo social, siendo esto último fundamental en las acciones preventivas, mismas que el Psicólogo habrá de promover a 3 niveles fundamentalmente según el Modelo Epidemiológico:

1. **La Prevención Primaria** que se aplica al periodo prepatogénico y abarca dos niveles de acción: la promoción de la salud y la protección específica.

2. **La Prevención Secundaria** que se aplica al periodo patogénico, cuando la enfermedad ya se ha instalado en el huésped; se realiza también en dos niveles: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

3. La Prevención Terciaria que se aplica a una fase más avanzada del periodo patogénico, cuando ya existen complicaciones y secuelas, su nivel de aplicación es la rehabilitación. (Fármacos de Abuso 1980)

Siendo el medio hospitalario un sitio propicio para el desencadenamiento de una serie de reacciones emocionales en torno a la enfermedad; y su periodo de ajuste-recuperación; la labor del Psicólogo es de vital importancia al desempeñarse como promotor de acciones específicas que protejan a este tipo de población que con mayor frecuencia incide en la adquisición de nuevas enfermedades; mismas que si bien no se relacionan con el estado biológico si guardan una estrecha relación con la esfera emocional.

Su intervención profesional apoya el tratamiento del paciente de una manera integral; ayudando así a que su periodo de salud se prolongue, impulsando su desarrollo físico y mental.

Sin embargo, las instituciones de Salud Pública, centran sus acciones en pro de la obtención del bienestar físico de sus pacientes, dejando de lado sus emociones, como si éstas no tuvieran relación alguna con su enfermedad. Esta actitud quizá tenga su origen en la falta de información respecto a la labor del profesional de la salud mental.

En el caso del Hospital Infantil, donde se realizó el trabajo correspondiente al siguiente informe; se encontró que en la encuesta de sondeo para la creación del servicio de salud mental, el 8.75% del personal encuestado manifestaba

rechazo hacia la creación del servicio, considerándolo agresivo para los pacientes y poco frecuente su requerimiento.

El 67.5% de las respuestas fueron frías respecto de la utilidad que pudiera tener el servicio para los pacientes y el funcionamiento mismo del Hospital, sólo el 32.5% restante manifestó un cierto grado de afectividad respecto a su creación.

En general se pudo concluir que existía indiferencia respecto al servicio de salud mental, así como a la esfera psicológica de los pacientes, existiendo asimismo evidente ausencia del conocimiento básico en salud mental y/o confusión respecto a las funciones de un departamento de ésta índole.
(Herrera Guzmán 1988)

La aceptación del Psicólogo a nivel institucional se ha ido fraguando a través de su participación activa en la recuperación de los pacientes hospitalizados, creando conciencia en el personal médico y paramédico de que un adecuado manejo y tratamiento del paciente desde el punto de vista psicológico, se traduce en una atención más completa, en donde al mismo tiempo que se recupera en lo físico, se mantiene o recupera la salud o equilibrio mental.

De lo anterior se desprende que el papel del Psicólogo es de gran importancia ya que no sólo actúa como promotor de la de la salud, sino como agente catalizador de procesos que sin ser parte de la enfermedad física, giran en torno a ella, generando reacciones que alteran la armonía de la personalidad en su carácter de unidad biológica, psicológica y social.

Por lo tanto la importancia del presente informe reside en enfatizar la labor que el Psicólogo realiza en el medio hospitalario a fin de promover su presencia en el mismo; haciendo que el concepto de salud adquiriera un matiz dinámico. Así como la importancia de un trabajo multidisciplinario (en equipo) a fin de atender al paciente en forma integral; entendiéndolo como un ser biopsicosocial. En donde la salud se pueda definir como la condición psicológica y física que permita y promueva un óptimo desarrollo.

L I M I T A C I O N E S D E L I N F O R M E

La reciente introducción del Psicólogo Clínico al Medio Hospitalario se traduce en una limitada fuente de información que permita recoger resultados de estudios realizados en el marco intrahospitalario.

A nivel Nacional el Servicio de Salud Mental del Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos" es el único en su tipo y pionero en el trabajo de Psiquiatría de Enlace (campos especializados en el área de Salud Mental que tienen una relación íntima con otras especialidades).

La información sobre las funciones que este tipo de servicios realizan se reduce a la experiencia de pequeños equipos de trabajo y a la publicación de artículos y libros en menor grado.

Lo anterior repercute en la falta de material bibliográfico adecuado que sustente y apoye la función del Psicólogo Clínico en el marco hospitalario.

Por otro lado, por tratarse de un estudio descriptivo el presente informe tiene por objeto explicar y exponer las características de la institución en la cual se realizó. Por lo que su enfoque es diagnóstico y de él se pueden señalar lineamientos para la sistematización de estudios futuros.

CAPITULO III

METODOLOGIA

Tipo de Estudio.

El presente estudio es de tipo descriptivo, ya que comprende la descripción, registro análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes, o sobre cómo una persona, grupo o cosa, se conduce o funciona en el presente.

La investigación descriptiva trabaja sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentarnos una interpretación correcta.

Con respecto a este tipo de estudio no hay acuerdo entre los investigadores, pues se sugieren diversos tipos, algunos de los cuales (Abohamad 1965) menciona. (Citado en Tamayo Tamayo 1981).

Algunos tipos de estudio descriptivo son:

- Estudios por encuesta. La realidad que se obtiene es limitada por el tipo de pregunta.
- Estudios de casos. Son productivos cuando se determina un número de casos confiables, ya que el estudio aislado de un caso no es un aporte.
- Estudios exploratorios se realizan con miras a consecución de datos fieles y seguros para la sistematización de estudios futuros.

- Estudios causales. Se determina el porqué de la aparición de ciertos fenómenos.
- Estudios de desarrollo. Se presentan en función del tiempo y de la continuidad de un fenómeno a largo plazo.
- Estudios predictivos. Son los que nos proyectan la realidad de un presente hacia un futuro. Si sucede esto, posiblemente ocurra aquello.
- Estudios de conjuntos. Son los que buscan la integración de datos.
- Estudios de correlación. Determinan la medida en que dos o más variables se relacionan entre sí.
- Estudios evaluativos. Analizan y evalúan realidades de hecho.

El presente informe el cual si bien no fue un trabajo de investigación descriptiva si correspondería dentro de la misma a un nivel exploratorio de acuerdo a (Abohamad 1965).

Población.

Los servicios que ofrece el Hospital son abiertos a toda la población demandante; sin embargo se considera que la característica fundamental de ésta es que proviene de áreas rurales del interior del Estado, o bien de áreas urbanas y semiurbanas con un alto porcentaje de población marginal atendándose a niños cuyas edades fluctúan entre los 0 y 15 años.

En 1286 estudios que se realizaron a las familias de los niños hospitalizados durante 1991 se encontró que:

1. La ocupación de los padres es:

89% subempleados, empleados y campesinos

8% obreros

2% desempleados

1% profesionistas.

2. Grupo Familiar

73% se compone de entre 4 y 9 miembros.

13% se compone de entre 10 o más miembros.

14% se compone de entre 1 y 3 miembros.

3. Salario

58% percibe 1 salario mínimo o menos

32% percibe más del salario mínimo

6% percibe de 2 a 3 veces el salario mínimo

1% percibe de 4 a 5 veces el salario mínimo.

4. Situación Económica

76% entre el equilibrio y el déficit.

19% solvente

4% indigencia

1% excedente.

Instrumentos.

En el trabajo clínico debe evitarse el uso de técnicas de exploración de cuyo significado y valor no se esté seguro y también claro está, debe evitarse el empleo de técnicas de exploración por quien no las conozca suficientemente.

LA ENTREVISTA.

El primer paso para establecer un diagnóstico desde el punto de vista clínico es un encuentro, un interrogatorio, una entrevista con el sujeto que acude a la consulta (o con la persona que le representa). En caso de que por la edad o el estado del sujeto, no pudiéramos sacar de él la información para el estudio psicológico (niños) se debe entrevistar a los padres. Posteriormente es indispensable la entrevista con el propio sujeto para inferir por directa observación los datos que al psicólogo puedan serle útiles para la interpretación del caso. **(Peinado Altable 1978)**

La expresión "entrevista psicológica" puede entenderse como la conversación guiada de acuerdo con ciertas reglas, de índole psicológica teniendo en cuenta los factores psicológicos de la situación.

"La entrevista es una conversación seria que se propone un fin determinado, distinto del simple placer de la conversación". Bingham y Moore (1941) (Citado en Nahoum 1979)

"La entrevista es principalmente una muestra de comunicación vocal en un grupo de dos, en la que interesa no sólo lo que el sujeto dice, ya que el cómo lo dice es revelador de interesantes características personales". Sullivan (1959) (Citado en Peinado Altable 1978).

Existen 3 tipos de entrevista:

La entrevista de diagnóstico cuyo propósito es recoger biografía del sujeto y determinar a través de lo que dice sus opiniones, actitudes y características personales.

La entrevista de investigación que reúne datos útiles para emprender un trabajo de investigación.

La entrevista terapéutica o de consejo que procura readaptar socialmente al sujeto y reorganizar su afectividad. (Nahoum 1979) La más empleada en el servicio es esta última y la de diagnóstico.

El primer paso que un entrevistador debe dar al ver a un niño y a su familia es recordar que pueden haber tenido ya otras experiencias en el ámbito hospitalario; por lo que es esencial que el entrevistador se informe de cuáles han sido las pasadas relaciones de la familia con el personal médico y qué impresiones conservan.

El entrevistador debe evitar hacer promesas que no pueden cumplirse o hacer predicciones que es imposible anticipar con seguridad.

Los padres por su sentimiento de culpa y los médicos por su angustia a veces, con las mejores intenciones infunden en el niño (preescolar) ideas extrañas acerca de las consecuencias de su tratamiento, como que se volverá más musculoso y fuerte que su hermano que los padres lo querrán más o que crecerá en estatura.

El segundo paso del entrevistador es elegir los temas generales que serán tratados durante la entrevista; los cuales difieren según la enfermedad. Por ejemplo a raíz de que un niño ha sufrido quemaduras será pertinente averiguar las medidas de seguridad del hogar, la culpa de los padres y las circunstancias del accidente.

Después de hablar sobre los temas generales elegidos deben plantearseles a los padres algunas preguntas concretas: Como han andado las cosas en su familia durante las últimas semanas? Qué ha pasado? Como sucedió? En qué momento observaron un cambio en la salud del niño y qué pasó después? Qué nos pueden decir que nos ayude a hacer que el niño se sienta mejor en el hospital? A quien o qué va a extrañar más al estar lejos de su hogar?

El tercer paso del entrevistador es recabar la historia clínica habitual que contiene todas los detalles de la enfermedad presente, los antecedentes patológicos, la revisión de los síntomas, el examen físico y el diagnóstico.

El cuarto paso lo dará el entrevistador que ha iniciado ya una sólida relación con la familia. Para dar este paso empieza a inquirir acerca de temas que pueden ser amenazantes como omisiones y quejas.

Quinto. Es muy deseable entrevistar a otras personas de la misma familia empleando el mismo enfoque.

Sexto. El entrevistador debe abordar temas específicos que por lo general ponen a prueba e inquietan a la mayoría de los individuos y familias. (Petrillo-Sanger 1980)

Las entrevistas con el enfermo y con la familia nos suministran un cuadro de la sintomatología subjetiva del mismo, así como de la actitud o de ciertas actitudes de la familia, y otras personas que conviven con el niño.

Al lado de estos datos, las entrevistas nos habrán proporcionado nuestra subjetiva impresión que valdrá tanto como valiosa sea nuestra experiencia.

Es ahora cuando con fundamento, podemos seleccionar aplicar e interpretar los tests y cuestionarios que la clínica psicológica pone a nuestra disposición.

TESTS.

Dado la falta de recursos económicos del servicio de Salud Mental del Hospital Infantil. Únicamente se emplearon tests proyectivos que nos reportaban aspectos relevantes de la personalidad del niño.

La aplicación de tests en los niños representan un atajo para la comprensión de su personalidad, en el sentido de proveer una muestra relativamente controlada y estandarizada de conductas, lo que ahorra tiempo y es más eficiente en algunos casos.

Así el niño es enfrentado a una situación estandarizada en que debe hacer algo y sus respuestas son comparadas con las de otros niños en la misma situación y edad. Tales pruebas o tests deben ser administrados únicamente por psicólogos.

El recurso a técnicas diagnósticas especiales debe derivar de las necesidades de cada caso, de manera que el psicólogo clínico no vaya simplemente "a la pesca" sino que aplique las técnicas requeridas para la comprensión del problema individual que cada niño presenta.

El propósito del estudio diagnóstico es describir dinámicamente su personalidad y conflictos con los aspectos positivos y negativos, recursos y dificultades, lo que contribuye a planificar el tratamiento y aclara el pronóstico.

Los tests psicológicos se dividen generalmente en psicométricos y proyectivos; los primeros altamente estructurados se centran en la "medición" de la inteligencia, mientras que los segundos que proveen estímulos mucho más ambiguos e inestructurados se centran en el estudio de la personalidad.

Los más empleados en el servicio eran los proyectivos el H.T.P. y el Mächover; así como el Goodenough para obtener una valoración rápida de la edad mental y el CI del niño.

PSICOTERAPIA BREVE.

La Psicoterapia breve en Instituciones hospitalarias parte de una evaluación exhaustiva del paciente, que abarque tanto su historia dinámica como sus condiciones de vida actuales.

Algunos de los recursos de ésta acción terapéutica son:

a) Ofrecer al paciente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados, que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos, censurados en su medio habitual.

b) Este marco es adecuado para una experiencia emocional correctiva, pues favorece el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de las conductas habituales, en la interacción tanto familiar como institucional.

c) Alentar al paciente en la asunción de roles que fortalezcan, por el ejercicio, su capacidad de discriminación y ajuste realista.

d) Ayudarle en la elaboración de un proyecto personal, con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima. (Esto significa dirigir el esfuerzo no sólo hacia el incremento de la conciencia de enfermedad, sino también hacia una más clara conciencia de perspectivas personales).

e) Ejercer alguna influencia sobre las pautas de interacción familiar, favoreciendo su comprensión del sentido de la enfermedad, de los síntomas orientándolo hacia un manejo más controlado de sus ansiedades y hacia la elaboración grupal de nuevos modos de ajuste interpersonal.

La máxima eficacia de una terapéutica breve depende de la elaboración por un equipo asistencial, de un programa unitario de tratamiento que coordine estas diversas técnicas en una acción total. (Fiorini 1980)

NOTA: Algunos de los instrumentos empleados son originales del servicio ver anexos 5,6,8,10.

Procedimiento.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

ANTECEDENTES.

El Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos" fue inaugurado el primero de mayo de 1964, con la firme convicción de satisfacer las demandas prioritarias de atención médica de la niñez michoacana; ideado con características tales que lo proyectaron como un hospital regional, de ahí la importancia y trascendencia del mismo.

Es un Hospital que pertenece a la Secretaría de Salud, el cual es subsidiado por un presupuesto de origen tripartita:

1. La parte fundamental la aporta el Gobierno Federal.
2. La segunda parte la otorga la Beneficencia Pública.
3. Una mínima parte la aporta el Gobierno Estatal.

UBICACION.

El Hospital Infantil se encuentra ubicado en el interior del Bosque Cuauhtémoc S/N entre las calles de Justo Mendoza, Rafael Carrillo, Avenida Acueducto y la Calzada Ventura Puente; en el centro y parte Sur de la ciudad de Morelia.

(VER ANEXO 1)

ESTRUCTURA FISICA.

Su estructura física está integrada por la Planta Baja y tres pisos más donde se encuentran distribuidos los diferentes servicios que el Hospital ofrece. **(VER ANEXO 2)**

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS.

Los Recursos Materiales con que cuenta el Hospital Infantil, son los mínimos indispensables para funcionar adecuadamente, tiene 118 camas censables distribuidas en 6 servicios:

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Medicina Interna | 20 camas |
| Terapia Intensiva | 5 camas |
| Lactantes | 18 cunas |
| Cirugía y Ortopedia | 40 camas |
| Neonatología | 17 inc. 11 cunas. |
| Urgencias | 7 camas no censables. |

El Servicio de Urgencias y el de Hospitalización funcionan las 24 Hrs. Consulta Externa sólo da atención por las mañanas.

El Hospital Infantil cuenta con 252 empleados de base distribuidos de la siguiente manera:

| |
|---------------------------------------|
| 45 Médicos (1 Psiquiatra 1 Psicóloga) |
| 98 Enfermeras |
| 31 Personal Paramédico (6 T.Sociales) |
| 46 Intendentes |
| 32 Administración. |

Los Médicos que atienden en el Hospital Infantil son Pediatras especializados, sin embargo aún existen áreas de atención que no son satisfechas dentro del mismo como: Cardiología, Genética, Hematología, Urología, Endocrinología, e Inmunología entre otras.

ORGANIZACION.

Para su funcionamiento el hospital se organiza de la siguiente manera:

1.-Dirección

El Director (Médico Pediatra) se encuentra a la cabeza, éste es apoyado por:

- a) El Patronato
- b) El Consejo Técnico
- c) Comités.

2.- Subdirección

De la Subdirección del Hospital dependen 3 subdirecciones:

- A> La Subdirección Médica
- B> La Subdirección Técnica
- C> La Subdirección Administrativa.

Así como el Departamento de Enseñanza e Investigación y la unidad de Orientación Información y Quejas. (VER ANEXO 3)

Departamento de Enseñanza e Investigación

Este departamento depende de la Dirección del Hospital. Su función principal es capacitar y promover la enseñanza de los Residentes, Internos y pasantes de las Licenciaturas de Medicina, Trabajo Social, Enfermería y Psicología del Hospital.

- Es el principal medio de contacto entre los estudiantes, y la Dirección.
- Se encarga del área de la Biblioteca y el salón de proyecciones donde organiza eventos académicos.

- Organiza cursos para capacitar a las diferentes disciplinas dentro del Hospital o fuera del mismo (información).
 - Para lograr sus objetivos: calendariza sesiones médicas en sus modalidades de sesiones bibliográficas (martes), sesión de especialistas (viernes), sesión general (miércoles).
- Organiza clases para los Residentes (lunes, martes, jueves).
Recibe informes mensuales de pasantes. Recibe calificaciones de internos en su paso por los servicios.

OPERATIVIDAD.

La operatividad del Hospital Infantil se encuentra regida por 3 servicios fundamentalmente.

A. Servicio de Consulta Externa, es el primero y más importante, ya que de éste se derivan gran cantidad de hospitalizaciones. Sólo da atención por las mañanas, el servicio está integrado por la Consulta de Pediatría General y Pediatría Especializada.

B. Servicio de Urgencias, funciona las 24 Hrs. se encarga de integrar el Diagnóstico y tratamiento que indicará si los menores requieren hospitalización o si sólo se atienden en la consulta externa.

C. Servicio de Hospitalización, éste atiende las demandas de los dos servicios mencionados anteriormente y al igual que el anterior funciona las 24 Hrs.

Para su funcionamiento operativo la Institución sigue el flujograma que se describe en el **ANEXO 4**

SERVICIO DE SALUD MENTAL

ANTECEDENTES.

El Servicio de Salud Mental del Hospital Infantil, aparece 24 años después de que éste fuera creado, el 18 de mayo de 1988.

Dentro del Hospital el Servicio depende de los Servicios Médicos, operativamente es coordinado y asesorado por la Dirección Estatal de Salud Mental; dependiente de la Jefatura de Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Michoacán.

Es el único en el País que reúne estas características y que realiza funciones de Psiquiatría de enlace (campos especializados en el área de la Salud Mental que tienen una relación íntima con otras especialidades).

Es apoyado por la Dirección del propio hospital, así como por la Jefatura de Enfermería y Trabajo Social del mismo.

1. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Los Recursos Humanos con los que se desempeña el servicio son:

- 1 Médico Psiquiatra
- 1 Trabajadora Social
- 2 Enfermeras
- 1 Psicóloga
- 6 Pasantes de Psicología
- 2 Pasantes de Trabajo social

Los Recursos Materiales con que cuenta el servicio son:

2 cubiculos cada uno de 2.5 x 3.0 mts.

1 Pizarrón

1 Mesa Enfermer

1 Escritorio

1 Librero

6 Sillas

ORGANIZACION Y OPERATIVIDAD DEL SERVICIO.

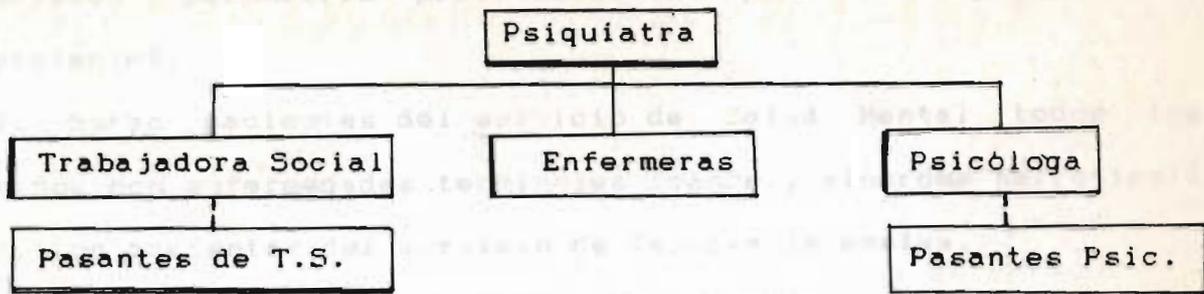
El Servicio se organiza distribuyendo al azar, por medio de una rifa, el espacio de trabajo entre la Psicóloga y las Pasantes de Psicología, quienes cubren 1 mes en cada Servicio.

Las enfermeras ya tienen asignados sus espacios de trabajo; a una le corresponden los servicios de Cirugia, Medicina Interna y Neonatologia, a otra los de Ortopedia, Terapia Intensiva y Lactantes, de igual manera se distribuyen las pasantes de Trabajo Social.

La trabajadora Social del servicio, participa en aquellos casos de cualquier servicio que requieran de un estudio social profundo; asimismo colabora en las acciones que se realizan con los pacientes oncológicos en el servicio de Medicina Interna.

El Médico Psiquiatra trabaja con los pacientes hospitalizados que le son canalizados por el mismo servicio o por el personal médico. También atiende a los pacientes que siendo captados por el Servicio, egresan del hospital y requieren seguimiento.

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO



Son diversas las actividades que el Servicio de Salud Mental realiza como parte de su operatividad:

VISITA DIARIA A PACIENTES

Esta se realiza con el médico especialista adscrito y es una de las actividades más importantes ya que de ella se derivan los pacientes al servicio de Salud Mental y surgen la mayoría de sus acciones.

El Médico especialista es el encargado de pasar visita a los pacientes diariamente, sin un horario establecido, en compañía de los Residentes y de los Médicos Internos, quienes le brindan la información y evolución de los pacientes. También le acompañan, la enfermera responsable del servicio, la Trabajadora Social del piso, y pasantes de éstas dos disciplinas; así como una Psicóloga o Pasante de Psicología del servicio de Salud Mental. Todos actúan como auxiliares del Médico en lo que él crea conveniente solicitar, hacia la esfera emocional, familiar y social del menor.

CAPTACION Y CANALIZACION DE PACIENTES

Existen parámetros preestablecidos para la captación de pacientes:

1. Serán pacientes del servicio de Salud Mental todos los niños con enfermedades terminales (cáncer, síndrome nefrótico).
2. Los pacientes del servicio de Terapia Intensiva.
3. Los pacientes con quemaduras de segundo y tercer grado.
4. Los niños con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado.
5. Los candidatos a mutilación de extremidades.
6. Los pacientes de la Clínica de Labio paladar hendido.

En la visita médica, por lo general frente a los niños se realizan discusiones médicas, explicaciones técnicas y cambios en el tratamiento que son poco comprensibles, pero si atemorizantes para ellos, así como comentarios sobre posibilidades de realizar una cirugía mayor, diagnósticos, pronósticos malos, etc. sin que de esto se le proporcione explicación alguna al paciente. O bien, se realizan curaciones a sala abierta causando el terror en los otros niños.

Por esto el servicio de salud mental a través de sus enfermeras, realiza entrevistas con los menores brindándoles apoyo emocional (ANEXO 5) e informándoles de su enfermedad o tratamiento quirúrgico, siendo algunas de sus funciones:

1. Informar al menor y la familia sobre el evento quirúrgico a realizar y el proceso de recuperación.
2. Recepción del menor y familia en la fecha programada para internamiento quirúrgico.
3. Preparar y manejar emocionalmente al menor y familia en la

- fecha programada para internamiento quirùrgico.
4. Instalar al menor en el servicio de Cirugia.
 5. Acompañar emocionalmente al menor en los momentos preoperatorios.
 6. Detectar y manejar los elementos psicológicos bloqueadores y viabilizadores de la recuperación del menor.
 7. Detectar y manejar la actitud del menor ante la cirugía.
 8. Elaborar el reporte completo de enfermería para la integración del diagnóstico integral del caso.
 9. Participar en la discusión del caso.
 10. Realizar el seguimiento del paciente.

De la visita médica, la trabajadora Social de Salud Mental, al igual que las enfermeras rescatan las actividades a realizar con el caso.

La Psicóloga y pasantes de Psicología observan durante la misma, problemas de inadaptación al medio hospitalario, retraso en el desarrollo psicomotor, problemas de lenguaje, etc. que las llevan a iniciar un estudio más profundo.

El resto de los pacientes atendidos es canalizado por los médicos adscritos de cada servicio, o bien por la Trabajadora Social; quien por el contacto directo y constante con los familiares del niño es capaz de percibir anomalías en la estructura familiar, mismas que al ser comunicadas al paso de la visita nos llevan a estudiar más a fondo el caso en cuestión.

Existen características especiales en cada servicio, lo que hace que nuestra intervención sea dirigida a ciertos aspectos

en cada uno de ellos. Aspectos mismos que forman parte de los parámetros de captación y canalización al servicio de Salud Mental.

A. Medicina Interna

En este servicio, la administración de los alimentos es sin orden unos comen en sus camas, otros en sillas en el pasillo, en sus cubículos, solos u observados por una estudiante de Trabajo Social o Enfermería; las cuales actúan como sustitutos de algunos padres que no acuden con los niños a la hora de la comida.

Por otro lado, los pacientes oncológicos del servicio no siempre son informados sobre su enfermedad o la evolución de la misma ya que el Médico informa únicamente a los padres y éstos algunas veces no transmiten al menor esta información, lo que hace que se angustie y elabore sus propias fantasías en torno a su enfermedad.

En este servicio se intenta crear un grupo de pacientes y familiares de menores que teniendo la misma enfermedad puedan intercambiar experiencias, temores y expectativas sobre el tratamiento.

B. Lactantes.

En este servicio llama la atención la ausencia de los padres de los niños porque sabemos que el período de lactancia es particularmente importante en la relación padres/hijos.

C. Cirugía y Ortopedia

Este servicio cuenta con un comedor que aparte de ser utilizado para tomar alimentos, sirve para la socialización de los menores induciéndolos a charlar con los demás pacientes y con

el personal. Sin embargo es el servicio que se enfrenta con mayor frecuencia a casos de depresión en los niños, sobre todo cuando se trata de pacientes politraumatizados o de aquellos que se someterán a cirugía por vez primera o que hayan sido objeto de intervenciones quirúrgicas frecuentes.

D. Neonatología

El servicio atiende a niños que habitualmente son prematuros por lo que la amenaza de muerte adquiere mayor presencia.

E. Terapia Intensiva

Aquí, la visita de los familiares es más restringida, se limita a unos cuantos minutos y requiere del uso de una bata esterilizada y cubrebocas dado la gravedad de los pacientes que ahí se encuentran y en quienes también el peligro de muerte está latente.

F. Urgencias.

El servicio de urgencias, genera crisis en los familiares del menor, mismos que en un clima de ansiedad habitualmente se desestructuran, al no tener información sobre lo que ocurre con el menor.

REVISION DE EXPEDIENTES

Una vez que los pacientes son captados se lleva a cabo la revisión de expedientes de los que se extrae información como: nombre, edad, número de expediente, cama, fecha de ingreso, reingresos, egreso, diagnóstico, médicos tratantes, cirugías, algunos de estos datos se vacían en una forma especial (ANEXO 6)

que sirve al servicio para tener un mejor control de sus pacientes. Ahí mismo, Enfermería, Trabajo Social y Psicología, harán sus comentarios de la primera entrevista.

Por otro lado, la revisión de expedientes nos permite conocer algunos aspectos de la dinámica familiar del paciente como: ocupación del padre y madre, nivel de escolaridad, estado civil, alimentación, características de la casa-habitación, ingreso per cápita, tipo de familia (nuclear, extensa, etc.) así como el desarrollo psicomotor del niño, la evolución de su enfermedad y el tratamiento empleado.

ENTREVISTA

Cuando se ha recabado toda esta información se trazan los objetivos de lo que será la primera entrevista con los padres del menor; mismos que difieren según la problemática en cuestión; las entrevistas se realizan en un cubículo del servicio de Salud Mental o en el área de Residentes de cada piso si se encuentra desocupada. Se inicia con el saludo, después se hace una pequeña introducción alusiva al servicio de salud Mental que contenga información sobre su organización y funciones dentro del hospital.

Asimismo se hace una presentación personal de los miembros del servicio que intervendrán en la entrevista y que conforman el equipo de trabajo de los diferentes pisos, integrado por una enfermera, una trabajadora o pasante de trabajo social, una psicóloga o pasante de psicología. Después se procede a dar inicio a la entrevista, cuyos pasos a seguir son:

- Iniciación sin abordar de inmediato el tema, con el propósito de motivar o crear la necesidad de escuchar.
- Exponer el asunto
- Adoptar una actitud que se base en los aspectos siguientes: inspirar confianza, no muy serio o tímido no indiscreto. Debe ser tolerante y no mostrar sorpresa ni disgusto.
- Preguntar si quedó claro el mensaje
- Acabar oportunamente, cerrar la entrevista procurando que se tome alguna decisión.

El entrevistador debe basar su entrevista en los siguientes pasos:

- * Respeto a la personalidad del entrevistado.
- * Evitarle tensiones.
- * Ayudarle a expresarse en caso que encuentre dificultad.
- * Ganarse su confianza.
- * Establecer equilibrio entre comentario, interrogatorio y silencio.
- * No salirse demasiado del problema principal.
- * Mantener una actitud profesional e imparcial.
- * Adaptarse al nivel cultural del entrevistado.
- * Estar consciente de que va a transmitir con su actitud y no sólo con la palabra.

DISCUSION DEL CASO

Cuando la entrevista ha concluido se hace una pequeña discusión del caso por el equipo interdisciplinario que incluye: impresión general desde el punto de vista de cada

disciplina, manejo de información y estrategias de trabajo a seguir para el tratamiento del paciente. Después se procede a vaciar la información en la ficha (VER ANEXO 6) y se redacta una nota para el expediente que irá firmada por cada una de las integrantes del equipo de trabajo. La original se anexa al expediente y la copia se integra al archivo del servicio de Salud Mental.

TRABAJO PSICOTERAPEUTICO

Este trabajo con los pacientes, pretende recabar información sobre algunos aspectos como: personalidad y C.I. Para ello se aplican Machover, H.T.P. y Goodenough individualmente; ya sea en el cubículo del servicio o bien en el área de encamados cuando la enfermedad del niño o la presencia de soluciones así lo requieran.

Las pruebas, una vez analizadas y calificadas son revisadas por la Psicóloga del servicio quien hace correcciones y observaciones. El material analizado servirá de apoyo para conocer las áreas de mayor conflicto en el niño que nos permitirán hacer una adecuada intervención en el proceso psicoterapéutico. Asimismo nos facilitarán detectar aquellos casos que requieran de otro tipo de atención siendo éstos canalizados oportunamente a otras instituciones.

Para llevar a cabo el trabajo psicoterapéutico se establece un horario con el paciente, mismo que deberá fluctuar entre el término del desayuno (9:00 A.M.) y anterior a la hora de visita (11:00 A.M)

El trabajo psicoterapéutico realizado con los pacientes hospitalizados será sometido a revisión por parte de todos los integrantes del servicio de Salud Mental quienes cuestionarán sobre el tratamiento, sugerirán nuevas estrategias de trabajo, evaluarán el progreso del paciente y discutirán aquellos puntos que no sean expuestos con claridad.

PRESENTACION DE CASOS

Para hacer la presentación de casos se sigue un modelo preestablecido por el servicio (VER ANEXO 7) la revisión de casos se lleva a cabo cada martes a las 10:30 A.M. y corresponde al equipo de un servicio hacer la presentación. Esta actividad es rotativa.

INVESTIGACION DE TEMAS PARA SESIONES DE ENSEMANZA

Es otra de las actividades que se realizan en el servicio de Salud Mental; se elabora un calendario con fechas, temas y expositores mensualmente, el cual se expone para todos a fin de que cada disciplina reúna el material de investigación con tiempo.

Las sesiones se efectúan en el servicio los lunes a las 11:00 A.M. y tienen una duración aproximada de una hora. Algunas veces las diferentes disciplinas invitan a gente del propio hospital o de fuera para que aborden algunos temas.

Es responsabilidad de todo el equipo elaborar preguntas al finalizar la exposición y antes de la misma lo que supone un conocimiento previo del tema en cuestión.

A continuación se mencionan algunos de los temas que fueron revisados por Psicología en las sesiones de Enseñanza:

- + Entrevista
- + Prevención primaria (Modelo Epidemiológico)
- + Desarrollo motor, cognoscitivo social y afectivo del niño.
- + Aspectos generales de la Psicoterapia.
- + Técnicas Psicoterapéuticas.
- + Psicoterapia Breve.
- + Concepto de Salud.
- + Aspectos éticos del trabajador de la salud.
- + Muerte.
- + Hospitalización
- + Parálisis cerebral infantil (PCI)
- + Funciones mentales
- + Neurofisiología
- + Psicología del niño malformado.

REUNIONES DE TRABAJO CON EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

Estas reuniones conforman otra de las actividades del servicio. Los jueves a las 9:00 A.M. se reúne un equipo multidisciplinario que conforma la Clínica de Labio Paladar Hendido. El equipo está integrado por una Dentista, un Ortodoncista, un Genetista, un Cirujano Plástico, una Terapeuta de Lenguaje, un Psiquiatra, una Psicóloga, una Trabajadora Social, dos Enfermeras y pasantes de Psicología y Trabajo social.

En las reuniones de trabajo se abordan temas relacionados con el problema de Labio Paladar Hendido desde la perspectiva de

cada disciplina. Asimismo se lleva a cabo un control de los pacientes atendidos a fin de que todos acudan a cada uno de los servicios; para que los niños reciban un tratamiento integral que les permita adaptarse adecuadamente a su medio.

Salud Mental, se encarga de brindar apoyo a los padres del menor que inician el tratamiento, por lo general prolongado, iniciando a los 3 meses y concluyendo hasta la adolescencia ya que el niño necesitará mucho de su apoyo, su cariño y su comprensión.

En algunas ocasiones, los padres se sienten deprimidos y desesperados, transmitiendo esta angustia al niño. Por lo que surge la necesidad de realizar una entrevista con ellos antes de la operación del labio y antes de la del paladar. Para la entrevista existe un formato (VER ANEXO 8) que reúne información relevante para cada disciplina y que corresponde a Enfermeras y Pasantes de Psicología su aplicación.

Una vez reunida la información cada especialidad hará un extracto del formato para su propio archivo.

REUNIONES DE INTEGRACION GRUPAL

Es otra de las actividades que se realizan, siendo de gran importancia para el buen funcionamiento del equipo de trabajo. Se lleva a cabo los lunes a las 10:00 A.M. durante ésta cada quien expresa como se ha sentido en su grupo de trabajo, que le gusta, que le disgusta y como le gustaría cambiarlo. Estas sesiones funcionan con un moderador, siendo el Psiquiatra Jefe del Servicio el encargado de coordinar éstas reuniones. Aquí es importante la participación de todos los

miembros del servicio, ya que en la medida en que se expongan los conflictos se podrán generar alternativas de solución para los mismos. Esto permite que la relación interpersonal con cada uno de los miembros del servicio sea más cordial.

Las actividades anteriormente descritas son representadas en un flujograma de operatividad del servicio de Salud Mental (VER ANEXO 9)

CLASIFICACION DE LOS PROBLEMAS QUE SE ATIENDEN

Dado la falta de servicios de esta naturaleza en otras instituciones el Servicio de Salud Mental recibe gran afluencia de pacientes. Algunos de los problemas que se atienden son:

1. Inadaptación al medio hospitalario.
2. Desintegración familiar.
3. Retraso en el desarrollo psicomotor.
4. Problemas de conducta.
5. Maltrato infantil.
6. Abuso sexual.
7. Proceso de duelo con pacientes terminales.
8. Problemas de aprendizaje.
9. Trastornos de lenguaje.
10. Eneuresis, encopresis
11. Fobias
12. Farmacodependencia.
13. Intentos de suicidio
14. Inadaptación social (menores infractores)
15. Abandono
16. Psicosis infantiles (entre otros).

Sin embargo, los que se atienden más frecuentemente son los 7 primeros que se enumeran, y el orden de frecuencia en que aparecen listados.

La metodología empleada en la atención de los problemas antes mencionados no varía significativamente en su proceso, sino más bien en el diseño y tratamiento terapéutico a seguir.

Los pasos que se siguen son:

1. Captación del paciente
2. Revisión del expediente
3. Entrevista de información con los padres
4. Entrevista con el niño (cuando su edad lo permite)
5. Elaboración de hipótesis del caso
6. Diagnóstico preeliminar
7. Alternativas de tratamiento terapéutico
8. Inicio del proceso psicoterapéutico
9. Evaluación
10. Reporte del caso
11. Apoyo institucional o canalización.

Para dar atención a los problemas, no se sigue una línea de trabajo determinada; se retoman de las diferentes corrientes (Escuelas) aquellos aspectos que se consideran importantes en el tratamiento del paciente, por lo que éste tiene un matiz ecléctico.

A continuación se describen algunos de los aspectos más relevantes (aparte de los pasos anteriormente descritos) que se manejan en el tratamiento de los 7 problemas atendidos.

Inadaptación al Medio Hospitalario

Este problema es uno de los más frecuentes dentro del Hospital, ya que la simple hospitalización del niño genera una serie de eventos dentro de la familia y del mismo niño; y dependerá en gran medida de su capacidad de ajuste y su personalidad, el que se adapte más o menos rápido al medio hospitalario. Para lograrlo se les brinda apoyo emocional a los niños a fin de que los efectos del cuidado y de los procedimientos médico-quirúrgicos, sean menos ansiógenos para ellos. El apoyo emocional, lo brindan las enfermeras y psicólogas del servicio de salud mental. Con este fin las enfermeras evalúan al paciente hospitalizado a través de un cuestionario (VER ANEXO 10)

Asimismo se les pide a los padres que comenten con los niños las normas del hospital a fin de que se adapten a ellas y entiendan que es imposible que permanezcan con ellos.

Desintegración Familiar

Dadas las características de la población que acude al hospital infantil, es muy frecuente encontrar familias desintegradas, ya que los jefes de familia se ven obligados a emigrar a los E.U.A. en busca de mejores oportunidades abandonando a sus familias (en su gran mayoría numerosas), a la suerte del destino.

En estos casos, es la mujer la que se hace cargo de la familia y muchas veces, la falta de trabajo y/o los niños pequeños le impiden conseguir lo necesario para una subsistencia digna. Esto genera grandes conflictos dentro de

las familias, que aunados a una enfermedad grave se acentúan aún más; lo que produce que muchos niños suspendan su tratamiento. Es labor del servicio no sólo enfatizar los aspectos de la unidad familiar, sino todos aquellos que pongan en riesgo la salud integral de los menores.

El trabajo con este tipo de familias consiste en brindar información y apoyo emocional a la madre a fin de sensibilizarla para que continúe el tratamiento del niño. Se realizan entrevistas frecuentes a fin de sondear el estado emocional de los familiares durante el proceso de recuperación.

Retraso en el Desarrollo Psicomotor

Este problema es frecuentemente observado en el área de lactantes, donde los padres no interactúan con los pequeños, evitan el contacto con ellos y sólo se limitan a observarlos, obstaculizando el desarrollo de los niños.

Así encontramos lactantes que no se movilizan ni reaccionan ante la presencia de estímulos visuales, auditivos e incluso táctiles, por lo que es importante sensibilizar a los padres sobre la importancia de la estimulación temprana en los niños. A través de una breve charla con ellos se les orienta sobre algunos ejercicios que estimularán a sus pequeños, permitiendo que se desarrollen adecuadamente.

Dentro de este servicio se planea desarrollar un programa de Estimulación Temprana que permita emplear la estancia hospitalaria como instrumento de desarrollo para el niño. El servicio de Salud Mental emplea un pequeño cuestionario que

permite evaluar al niño con rapidez (VER ANEXO 11) a través de la observación y los datos que aporte la madre se obtiene el nivel de desarrollo del niño.

Problemas de Conducta

Así como hay niños que no se adaptan al medio hospitalario, también los hay que su hiperactividad los convierte en el niño problema de cada servicio.

Algunas veces éstas conductas son resultado de alguna disfunción cerebral, en otros casos hay problemas emocionales de fondo que hay que tratar trabajando paralelamente con el niño y su familia. Aquí es necesario que se haga un exhaustivo examen neurológico que descarte la posibilidad de algún daño cerebral que altere la conducta del menor. A los padres es importante orientarles sobre el manejo del niño ya que cuando éste se desconoce los padres se desgastan tanto física como emocionalmente.

Dentro del servicio de Salud Mental éstos pequeños se integran a grupos de terapia de juego y se trabaja estrechamente con los padres a fin de lograr que se modifiquen algunos aspectos de la conducta del niño.

Maltrato Infantil/Abuso Sexual

Este problema, aunque menos frecuente, es uno de los más alarmantes ya que afecta a niños de diversas edades y en él se observan el descuido, desnutrición, hostigamiento y/o abuso sexual, quemaduras, golpes fracturas y abandono.

Aún cuando la reacción del personal médico y paramédico sea de

hostilidad hacia los padres del menor, y de sobreprotección hacia éste, el culpar a uno de los padres no resuelve la situación; por lo que el servicio de Salud Mental brinda apoyo a los padres para que éstos comiencen a resolver sus propios conflictos.

El abuso sexual es una forma de maltrato que en la mayoría de las veces es denunciado por la madre del menor, ya que éste generalmente se ve amenazado por el padre (abusador), lo que obstaculiza el que el niño sea el portador de la información, por lo que hay que abordar los temores del niño y posteriormente ayudarlo a que se proteja para prevenir abusos posteriores.

Para ello se realizan entrevistas con los menores y se les enseñan medidas preventivas orientadas sobre las diferentes formas de acercamiento y las personas que pueden ser "peligrosas" para ellos a través de un cuaderno de ilustrar. Estas entrevistas las realiza el Psiquiatra o la Psicóloga del servicio ya que si se tiene que proceder legalmente en contra del agresor serán ellos quienes aporten información ante las autoridades correspondientes. (DIF Defensa del Menor).

Proceso de Duelo en Pacientes Terminales

La posibilidad de muerte en los pacientes terminales es mayor que en el resto de los niños hospitalizados. Iniciar el proceso de duelo desde el diagnóstico de los niños permite a los padres, elaborar mejor la muerte; invariable fin de la mayoría de éstos niños.

Los padres la aceptan mejor y la viven como una liberación

para el pequeño que ha permanecido meses en el hospital o ha tenido que someterse a un penoso tratamiento que lo ha deteriorado a través del tiempo.

Así, la muerte se soporta mejor cuando los padres pudieron hacer un trabajo de duelo progresivo (ocupándose del niño, cuidándolo y mimándolo).

Las reacciones son menos dramáticas cuando se tiene tiempo de habituarse progresivamente a esta muerte. Asimismo, se trabaja con el niño, permitiéndole que exprese sus temores y fantasías en torno a su enfermedad, lo que lo libera de la ansiedad que experimenta.

Con los padres se relizan entrevistas periódicamente mismas que permiten sondear su estado emocional; también se registran los avances que éstos tienen en su interacción más cercana con el niño.

Las diversas actividades que se realizaron en el servicio de Salud Mental, quedaron registradas en un informe mensual, mismo que indica la actividad del servicio.

Los informes de actividades que durante los 6 meses de servicio, y el de un mes antes y después de terminado éste; muestran la participación en el Hospital. (VER ANEXO 12)

C A P I T U L O I V

R E S U L T A D O S

Aùn cuando no se obtuvo un análisis estadístico preciso de las actividades realizadas durante el servicio, el nivel de atención a los pacientes hospitalizados se incrementó la atención en lo asistencial, como se reporta en los informes mensuales (VER ANEXO 12) con la presencia del equipo de pasantes en el Servicio de Salud Mental; dándose prioridad a las demandas surgidas dentro del propio hospital.

Esto trajo consigo un mayor reconocimiento a la labor del Psicólogo dentro de una Institución hospitalaria ya que su presencia durante las visitas médicas lo hizo copartícipe del proceso de recuperación del niño enfermo.

Se generaron cambios en la relación médico-paciente, los niños dejaron de ser un simple número de expediente y se convirtieron en seres provistos de emociones a quienes había que atender en esta esfera.

Personal médico y paramédico comenzaron a interactuar más estrechamente con el equipo de Salud Mental lográndose la canalización constante de pacientes al servicio.

Aùn cuando se tuvo un control de éstos pacientes canalizados al servicio de Salud Mental durante su hospitalización; no se logró tener un seguimiento de caso, después de su egreso del hospital, dado que, la mayoría de éstos pacientes pertenece al tipo de población marginal y la

escasez de recursos económicos era un factor determinante para que no se continuara con el tratamiento.

Los padres de familia y los niños pudieron ubicar la labor del Psicólogo en un Hospital como aquella que no produce dolor y que permite la expresión del mismo; siendo esto un medio para liberar la angustia.

Se abrieron espacios de discusión de caso en que el Pediatra se vio involucrado por vez primera; y se dio al Servicio de Salud Mental la responsabilidad de autorizar el alta o no de aquellos pacientes que eran atendidos por el servicio y que requerían de una intervención constante por parte del equipo de Salud Mental.

Se logró ampliar el espacio de trabajo del Servicio a algunas áreas como los comedores de los diferentes pisos y se obtuvieron recursos económicos para la adquisición de pruebas psicológicas.

Actualmente la Interconsulta Psicológica se ha ido extendiendo al área de la Consulta Externa y dado que el Hospital Infantil recibe gran afluencia del interior del Estado; actualmente se ha vislumbrado la posibilidad de tener un espacio para dicha consulta que atienda a éstos pacientes. Sin embargo la falta de recursos económicos impide la contratación de personal especializado en el área que dé atención a tal demanda.

La gran cantidad de pacientes hospitalizados, la afluencia externa y los casos que requieren seguimiento absorben por completo al Psicólogo que necesita de la participación de pasantes para dar atención al gran volumen de demandas.

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Discusión

La labor del Psicólogo dentro del marco hospitalario tuvo lugar recientemente. Su aceptación en el mismo no ha sido sencilla ya que la evidente ausencia del conocimiento básico sobre su labor obstaculiza el proceso. Personal médico y paramédico responden con indiferencia a las funciones del del Servicio de Salud Mental considerándolo agresivo para los pacientes y poco frecuente su requerimiento. (Herrera Guzmán 1988)

De lo anterior se desprende la doble labor que el Psicólogo tiene en una Institución de Salud, por un lado debe obtener la aceptación por parte del personal médico y paramédico, por otro debe atender a sus pacientes ayudándolos a que se adapten a la nueva situación que la hospitalización supone.

Para lograrlo el Psicólogo primero intentará sensibilizar al personal médico ya que el trabajo con niños enfermos suscita en ellos sentimientos que causan malestar impidiéndoles la cercanía en el plano emocional.

El Médico emplea un mecanismo de defensa básico consistente en la disociación mente-cuerpo que se proyecta sobre el ser que padece (el enfermo) separando por un lado su cuerpo, que es abordado con un enfoque científico que

convierte al Médico en un observador calificado capaz de establecer un diagnóstico; y que olvida que el enfermo no siente su padecimiento a nivel de percepciones y fenómenos mentales. (Ferrari-Luchina 1980)

El Médico evita identificarse con su paciente porque teme que su identidad médica (centrada en su capacidad de curar), se deteriore progresivamente. Por lo que entra en conflicto su capacidad de sentir afecto por el paciente, de curarlo, de querer sacarlo adelante.

Se comprende entonces que ante las ansiedades que el ejercicio profesional ejerce sobre el Médico, éste necesite erigir defensas emocionales.

Sin embargo a medida que el Médico es capaz de involucrarse en el proceso de curación con su paciente, descubre sus emociones considerándolas como un factor de suma importancia para su recuperación.

Cuando esto ocurre el Médico ve en el Psicólogo un elemento importante que le permitirá atender las emociones del paciente y le liberará de la ansiedad, que su ejercicio profesional supone. El trabajo conjunto permitirá la cercanía y posteriormente la aceptación y reconocimiento a la labor del Psicólogo en el medio hospitalario.

Anteriormente la función del Psicólogo y del Psiquiatra se limitaba a la atención de pacientes psiquiátricos en Instituciones de Salud Pública para enfermos mentales; sin embargo, su función dentro de un hospital general era poco común, ya que en estos sitios la labor del personal Médico se dirigía específicamente a la

recuperación y búsqueda de la salud del enfermo en su estructura biológica sin tomar en cuenta su esfera emocional (mental).

Es por ello que la introducción del Servicio de Salud Mental en un Hospital General es de suma importancia para la sensibilización del área médica así como para tomar aquella parte que se dejó de lado y que no permitía una recuperación integral del paciente.

Así entonces, al paso del tiempo y con un conocimiento más claro sobre las funciones del Psicólogo, el radio de atención de éste se está acrecentando, viéndosele no sólo como un "cuantificador" de fenómenos mentales; sino como parte del personal médico que participa en el tratamiento con una ideología terapéuticamente efectiva hacia el enfermo, suministrando un ámbito de características propias para su recuperación; atendiendo sus emociones, mismas que el Médico abrumado en la labor de curación abandona. (Lipking-Cohen 1980)

Es así como la labor del Psicólogo ha ganado aceptación y reconocimiento; logrando la apertura de nuevos espacios que permitan extender y promover la atención de la salud mental en el marco hospitalario; como es el caso del Hospital Infantil.

Sin embargo es importante enfatizar que este logro no sólo se debe a la labor del Psicólogo, sino al trabajo del Equipo de Salud Mental que plantea una atención integral de los aspectos físicos y mentales de la salud a partir de la

labor de todo un equipo en el que intervienen otras disciplinas, y contrariamente a la conceptualización errónea de que el trabajo interdisciplinario conduce a hacer borrosos los límites de cada especialidad, lo cierto es lo opuesto; la identidad de una disciplina se afina cuando colabora con otras disciplinas. (Sula Wolff 1989)

Parte de esta aceptación y reconocimiento a la labor del Psicólogo se debe a la involucración de éste con el resto del personal en quienes promueve la oportunidad de desarrollo enseñándoles métodos para establecer una comunicación eficaz con los niños y los padres difíciles; de igual manera enseña a observar el comportamiento de los menores para obtener datos de importancia que colaboren con el diagnóstico psicológico. (Petrillo-Sanger 1980)

También es importante que el Psicólogo sea tomado en cuenta en las sesiones de educación para la Salud que se realizan en la Institución, promoviendo el conocimiento de algunos aspectos de interés para los padres del niño como: su desarrollo psicológico, trastornos de conducta y aprendizaje, enuresis, etc. Esto como parte del binomio prevención-curación que el equipo de salud mental habrá de cumplir como una tarea mixta de educación preventiva, tratamiento y rehabilitación; dentro del mismo hospital.

La Pediatría más aún que el resto de la Medicina tiene necesidad de orientarse a la prevención de las enfermedades mentales, con la esperanza de restringir el volumen de trabajo curativo.

La Higiene Mental infantil juega un papel importante en esta

labor evitando la aparición de desajustes emocionales (producto de la hospitalización) que obstaculizan el proceso de recuperación. Por ello tiene como objetivo vigilar, estimular y dirigir el desarrollo físico y mental del niño sano. (Entendiéndose por sano al niño que si bien ingresa al hospital con una alteración a nivel de su estructura física, no presenta ningún trastorno en el área emocional). (Lipking-Cohen 1980)

Actualmente es necesario que el Pediatra y personal paramédico tengan información psicológica sobre el niño a fin de proporcionarle un tratamiento integral, interactuando con el equipo de Salud Mental, no sólo en la atención sino también en la prevención; ya que la salud cubre todo lo referente al campo bio-psico-social de cada individuo, y no es efectivamente la "ausencia de enfermedad".

Juntos deben ayudar al enfermo a que aprenda a vivir con su "fragilidad", (al menos potencial) y a utilizar lo mejor posible el conjunto de sus capacidades defensivas, físicas, y psicológicas, de las que los medicamentos constituyen una ayuda, un complemento indispensable. (Jeammeth, Reinaudm, Consoli 1982)

La Medicina Integral pretende abarcar un mayor plano de acción en el que se involucren distintas áreas de trabajo que contribuyan al desarrollo de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad sin perder la realidad global bio-psico-social del hombre.

Entendiendo la integralidad en el quehacer médico como:

- a> Experiencias que aproximen lo individual a lo social.
- b> Que procuren aunar la aproximación de lo preventivo y y curativo.
- c> Que aproximen lo físico a lo psíquico.

La contribución del Psicólogo como elemento del equipo de trabajo integral beneficia al paciente y facilita la labor del médico.

Conclusiones Personales

El realizar el servicio social dentro del hospital Infantil, no sólo permite crecer en conocimientos y experiencia sino a nivel personal.

Al estar en contacto con el dolor del ser humano más frágil (el niño), motiva día a día a dar el mejor esfuerzo para que éstos niños salgan adelante, para que puedan ver la vida desde otro punto de vista, ya que su enfermedad muchas veces no les permitía descubrir un motivo por el cual seguir viviendo.

Había que engancharlos en algo para que no se consumieran; por lo menos mientras les quedara vida; para algunos vivir ya no significaba nada, pues veían sus vidas atadas al funcionamiento de un complejo aparato, o a la administración de un fármaco, que algunas veces era imposible de alcanzar por su costo tan elevado. Vivían la angustia de sus padres y en sus rostros se reflejaban el miedo y la pobreza.

Ante tales situaciones, por lo general uno se pregunta porqué tiene que ser así, tratando de encontrar una respuesta; sin lograrlo, sólo uno sabía que había que reconfortarlos

dándoles cariño tiempo y atención ya que también carecían de afecto. El sentirse atendidos y queridos por alguien les daba otra visión del mundo y de su propia enfermedad.

Podían expresar sus fantasías respecto a su padecimiento, ubicándolo a uno dentro del personal que se encargaba de la recuperación pero no dañaba y por tanto podían expresar con más libertad sus miedos. Miedos que igualmente se compartían ya que se funcionaba como enlace entre los padres del menor y el Médico. Correspondiendo al Psicólogo brindar información sobre secuelas o el diagnóstico letal.

Pero no todo era tan trágico, sin embargo hablar de la muerte en primer término nos sitúa en un ambiente intrahospitalario donde se lucha por mejorar la calidad de vida y donde necesaria y antagónicamente coexiste la muerte.

Muchas veces se siente la impotencia ante el dolor, la pobreza y la muerte, al transcurrir el tiempo; las sensaciones van cambiando, se pueden ver las cosas más objetivamente sin perder la sensibilidad.

El trabajo con los niños es fascinante. De ellos siempre queda un aprendizaje, y es hermoso recibir una sonrisa como muestra de agradecimiento.

El darles su lugar como personas, sin asignarles un número para identificarlos, los sitúa ya en una posición diferente y los hace más cercanos al Psicólogo.

Este acercamiento después brinda su colaboración desinteresada, que abre un enorme camino hacia el aprendizaje. El medio hospitalario tiene una ventaja en este sentido, su población es cautiva y por tanto se dispone del tiempo suficiente para

estudiarla y analizarla.

Si bien es cierto, que no se cuenta con los recursos materiales necesarios para trabajar, la disposición para el trabajo es el recurso más importante. La organización de diversas actividades intrahospitalarias dió al servicio de Salud Mental una importante difusión y le permitió abrir nuevas posibilidades. Esta no fue una labor sencilla ya que todo el servicio se vio obligado a aportar lo mejor de sí mismo para que el personal descubriera no sólo la función sino la importancia que el servicio tiene.

Había que participar activamente para demostrar que se podían lograr cambios importantes que facilitarían el manejo de pacientes en general; pero particularmente de aquellos que no se adaptaban al medio hospitalario y que constantemente obstruían su tratamiento.

Otro de los aspectos que es importante mencionar es el nivel socioeconómico del cual provienen la gran mayoría de los niños que acuden al hospital. Se trata de un nivel socioeconómico bajo del área rural o población marginal. Al estar en contacto con éstas personas se valora lo mucho o lo poco que se tiene, y se pregunta cómo es que la gente más desprotegida y la que menos tiene es la que sufre más.

La pobreza, el dolor y la esperanza se mezclan para dar lugar a un sentimiento que de alguna manera se respira en el ambiente hospitalario y que envuelve a cada uno de los que participan en él.

Esto es, sin embargo, parte de la gran riqueza que se obtiene del trabajo dentro de un hospital. Si se pudiera poner en una balanza lo agradable y lo desagradable de la experiencia, creo que lo agradable tendría mayor peso, por lo que lo desagradable aparecería como insignificante a su lado.

De la experiencia adquirida en el Hospital también queda el compromiso de seguirse preparando para enfrentar los problemas que el desarrollo personal y profesional genere.

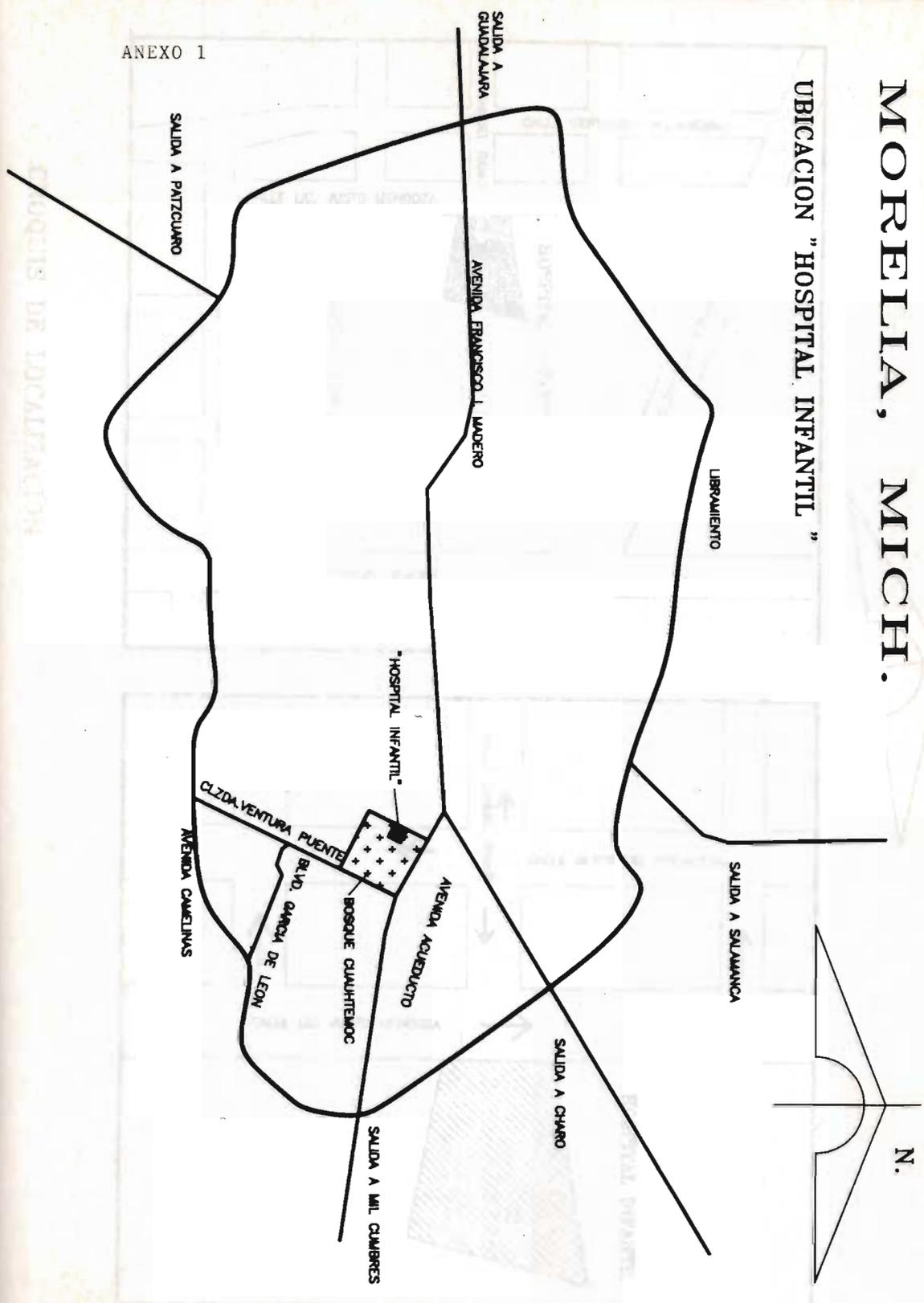
El servicio social deja un sabor muy agradable y un inmenso deseo de poder dar a los niños, conocimientos, amistad y cariño...

BIBLIOGRAFIA

1. Ajuriaguerra J. (1983) Manual de Psiquiatría Infantil Buenos Aires Argentina. Editorial siglo XX
2. Bellak y Small. (1985) Psicoterapia Breve y de Emergencia México. Editorial Pax.
3. Carreño Huerta F. y Gago Huguet A. (1984) Temario de Salud Mental México. Editorial Porrúa.
4. Fármacos de Abuso (1980) México. (PGR) Centro Mexicano de estudios en Farmacodependencia.
5. Ferrari H. Luchina I. Luchina N. (1980) La Interconsulta Médico-Psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires Argentina. Ediciones Nueva Visión.
6. Fiorini H.J. (1979) Teoría y Técnica de Psicoterapias. Buenos Aires Argentina. Ediciones Nueva Visión.
7. Fromm-Reichmann F. (1977) Principios de Psicoterapia Intensiva Buenos Aires Argentina. Ed. Hormé.
8. Guía para el Educador de la Salud (1982) México. S.S.A. Dirección General de Educación para la Salud.
9. Herrera Guzmán D. (1988) Programa Estatal de Salud Mental Programa de Prevención primaria en Salud Mental para el Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos" S.S.A. Trabajo no publicado.
10. Jeammeth, Reinaudm, Consoli S. (1982) Manual de Psicología Médica Barcelona-México. Ed. Masson.
11. Kanner L. (1980) Psiquiatría Infantil Buenos Aires Argentina. Ed. Siglo XX.
12. Lipking B.G. y Cohen G.R. (1980) Atención Emocional del Paciente México. La Prensa Médica Mexicana.
13. Mohammad N.N. (1984) Metodología de la Investigación México. Ed. Limusa.
14. Nahoum C. (1979) La Entrevista Psicológica México. Editorial Kapelusz.
15. Peinado Altable J. (1978) Psicología Clínica México. Ed. Porrúa.
16. Petrillo M. y Sanger S. (1980) Cuidado Emocional del Niño hospitalizado México. La Prensa Médica Mexicana.
17. Rojas Soriano R. (1991) Guía Para realizar Investigaciones sociales México. Ed. Plaza y Valdez.
18. Tamayo Tamayo M. (1981) El Proceso de la Investigación Científica México. Ed. Limusa.
19. Velasco Fernández R. (1980) Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo. México. Ed. ANUIES.
20. Wolff S. (1989) Trastornos Psíquicos del Niño: causas y tratamientos México. Ed. Siglo XXI.

MORELIA, MICH.

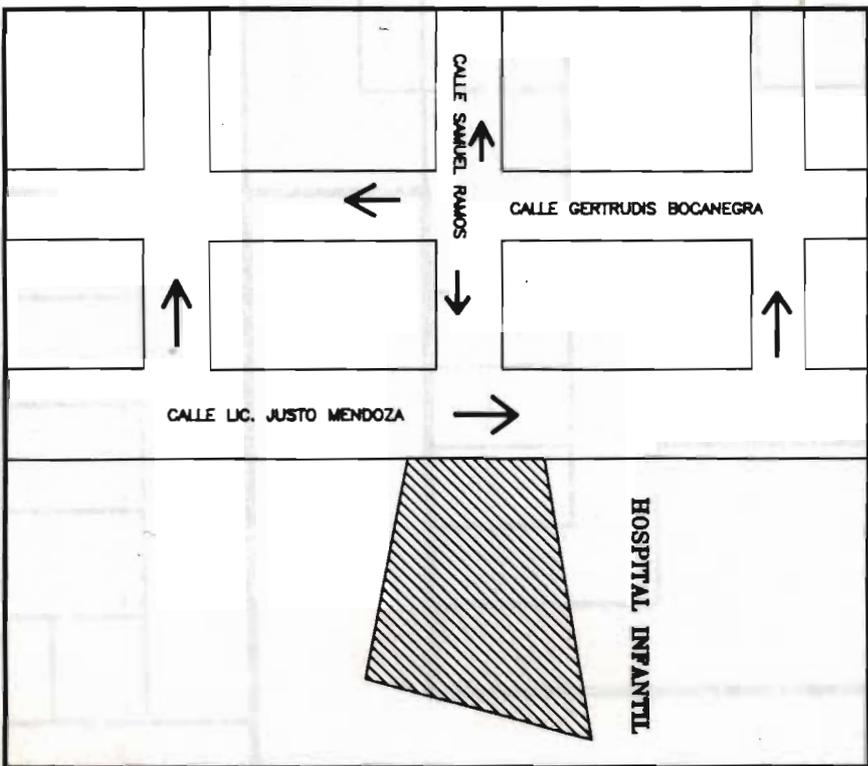
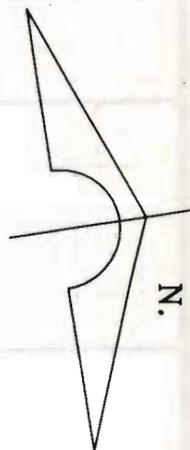
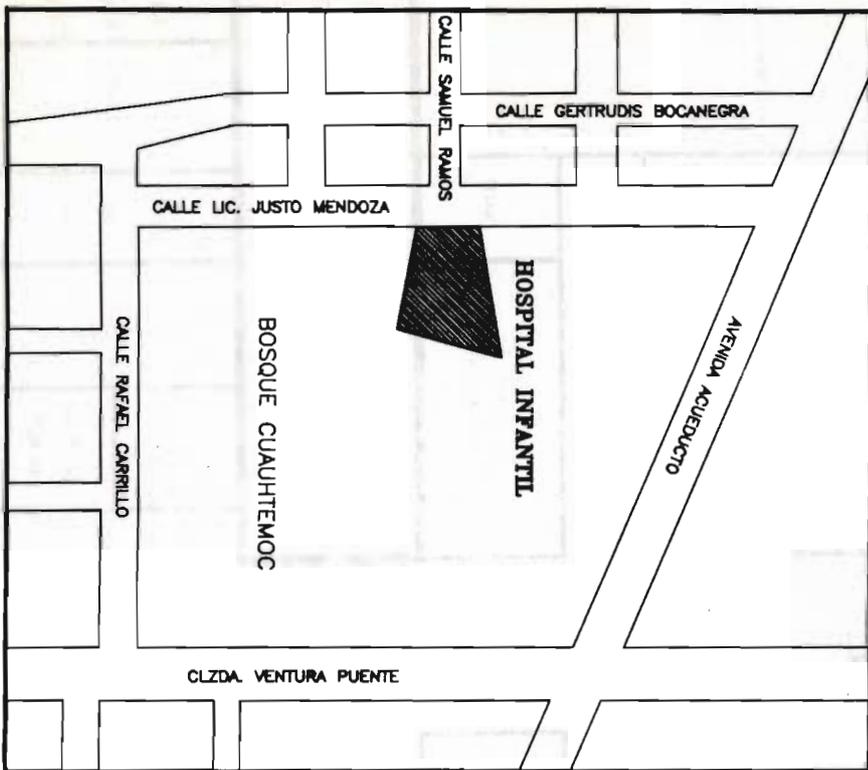
UBICACION "HOSPITAL INFANTIL"



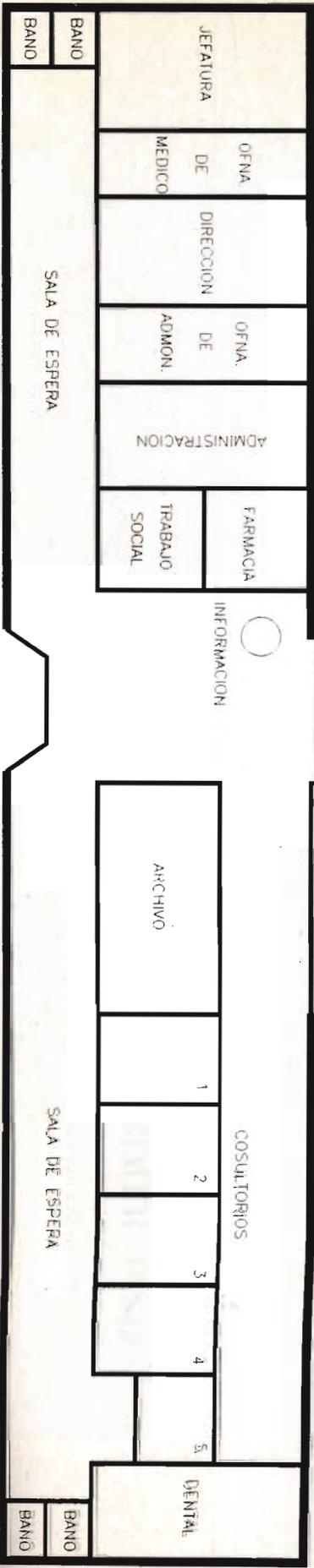
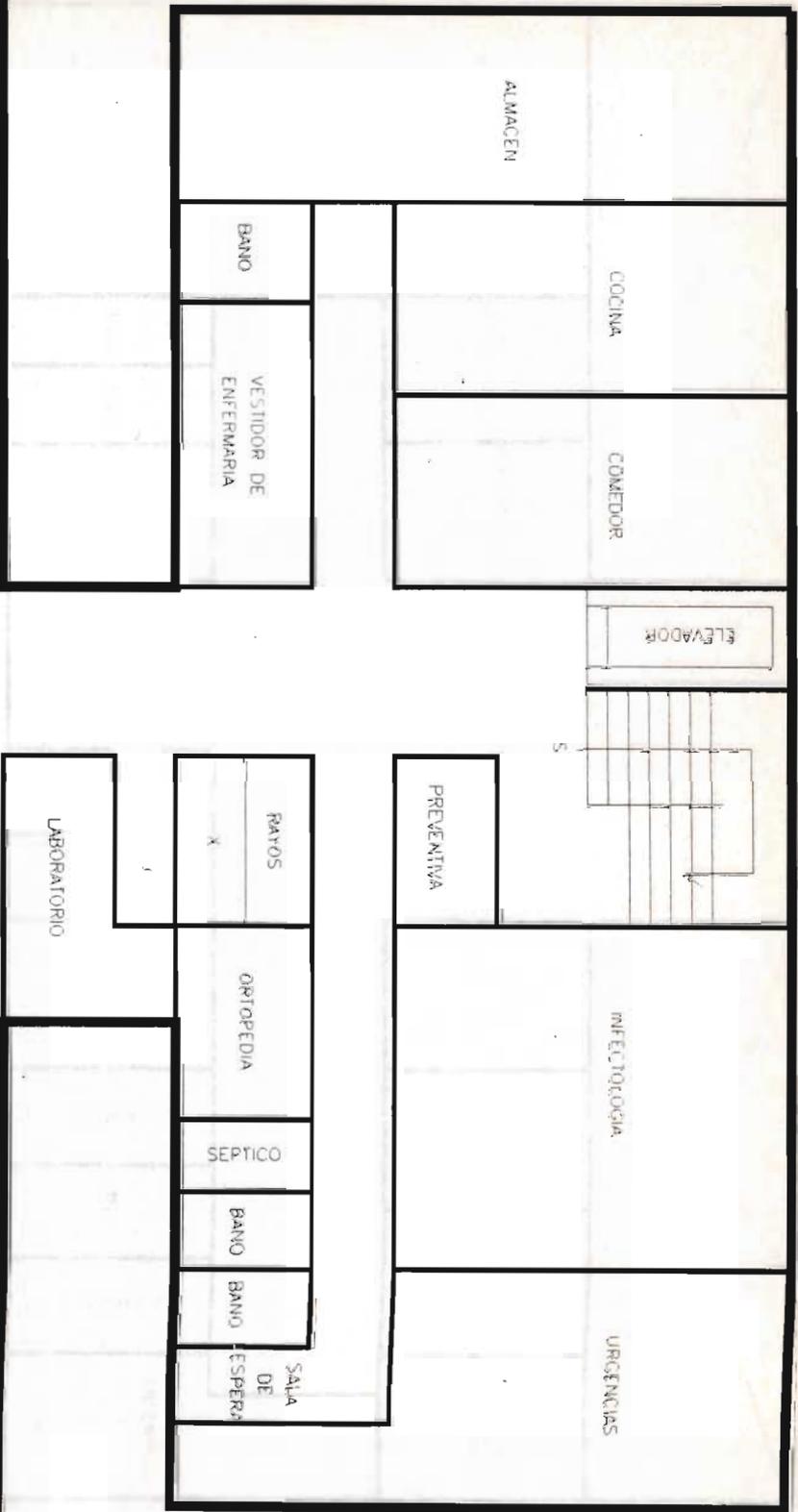
ANEXO 1

COPIA DE LOCALIZACION

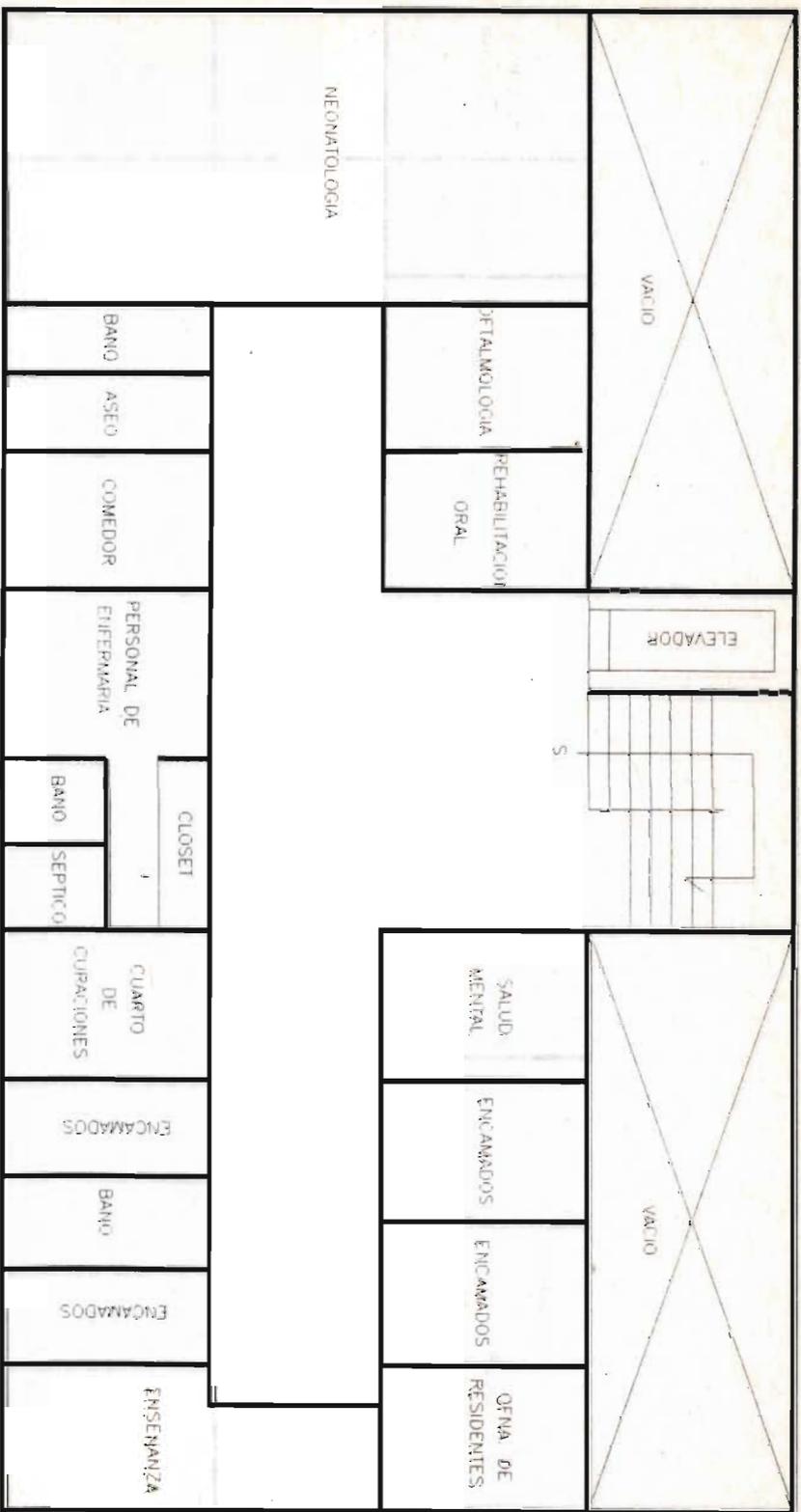
CROQUIS DE LOCALIZACION



DESCRIPCION DEL HOSPITAL INFANTIL POR PISO:AREAS O DEPARTAMENTOS

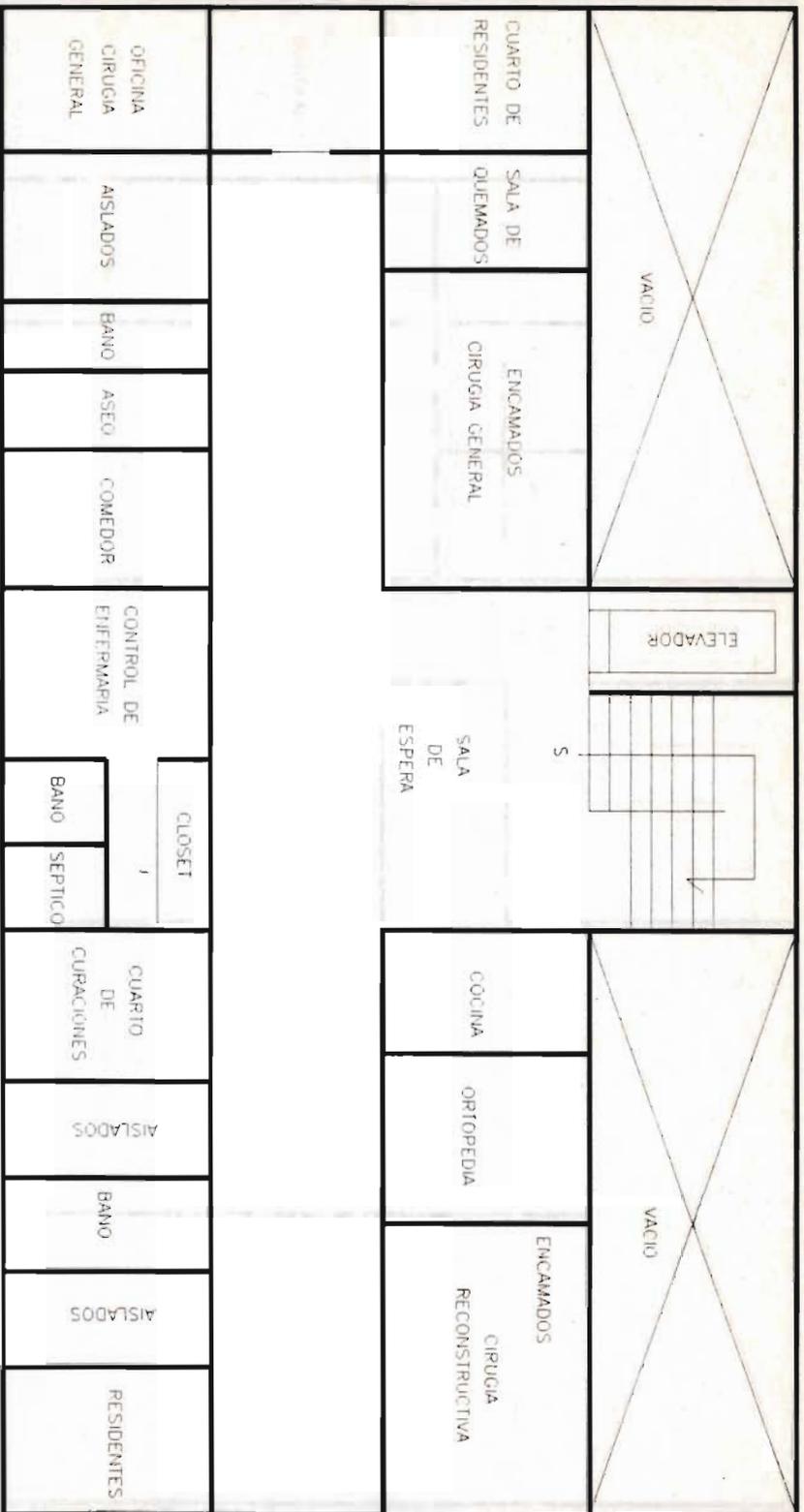


DESCRIPCION DEL HOSPITAL INFANTIL POR PISO:AREAS O DEPARTAMENTOS



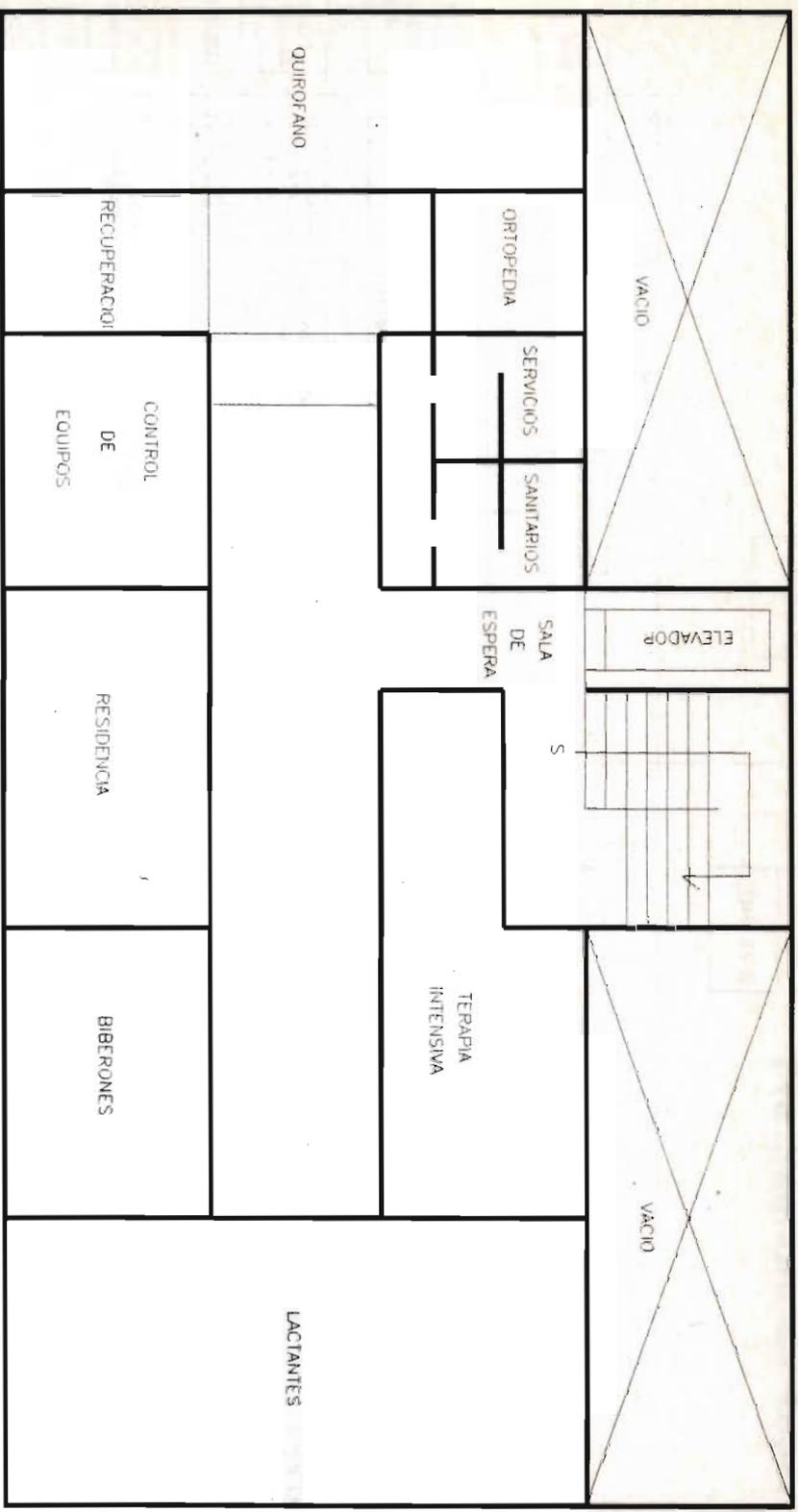
PRIMER PISO

DESCRIPCION DEL HOSPITAL INFANTIL POR PISO:AREAS O DEPARTAMENTOS



SEGUNDO PISO

DESCRIPCION DEL HOSPITAL INFANTIL POR PISO:AREAS O DEPARTAMENTOS

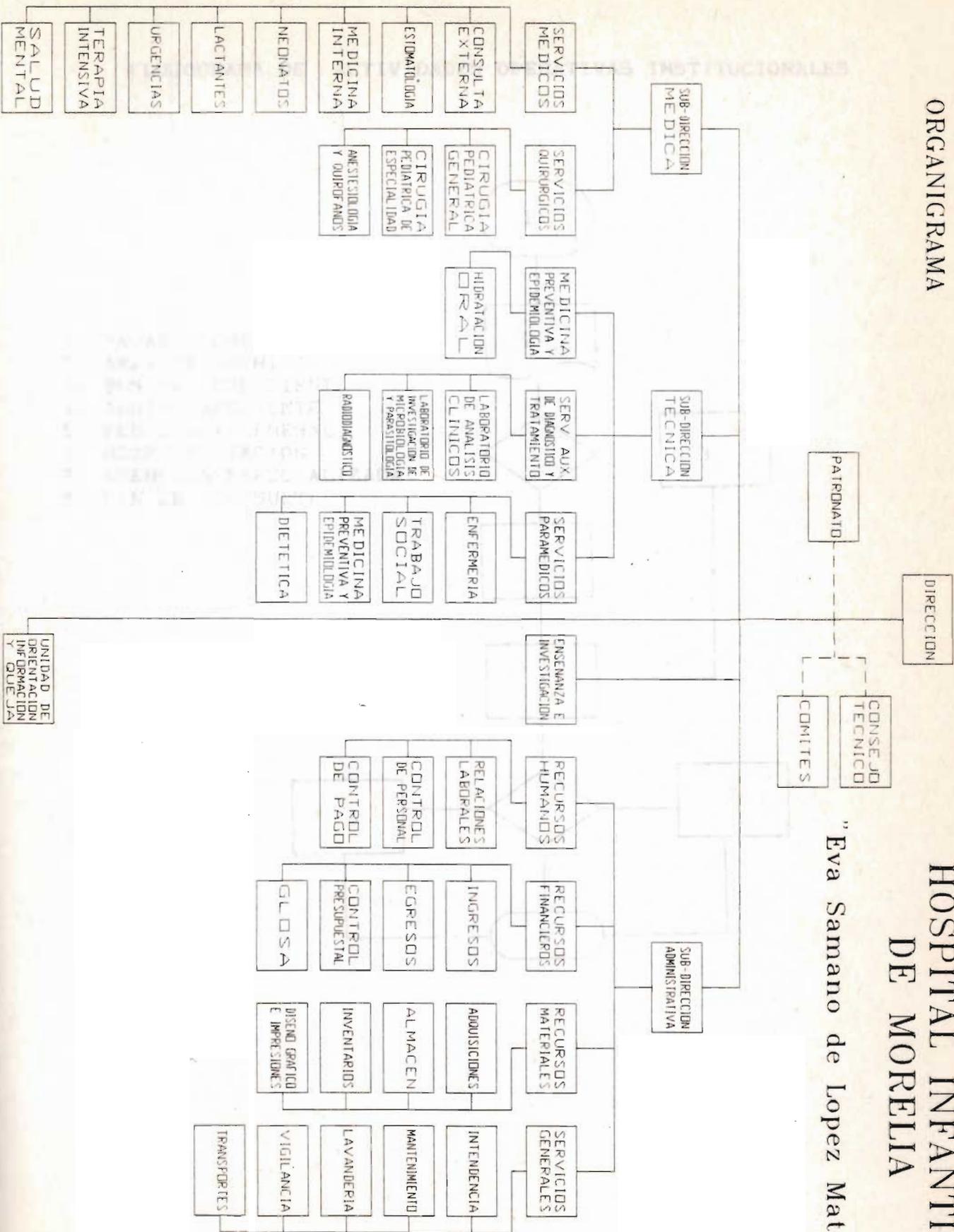


TERCER PISO

ORGANIGRAMA

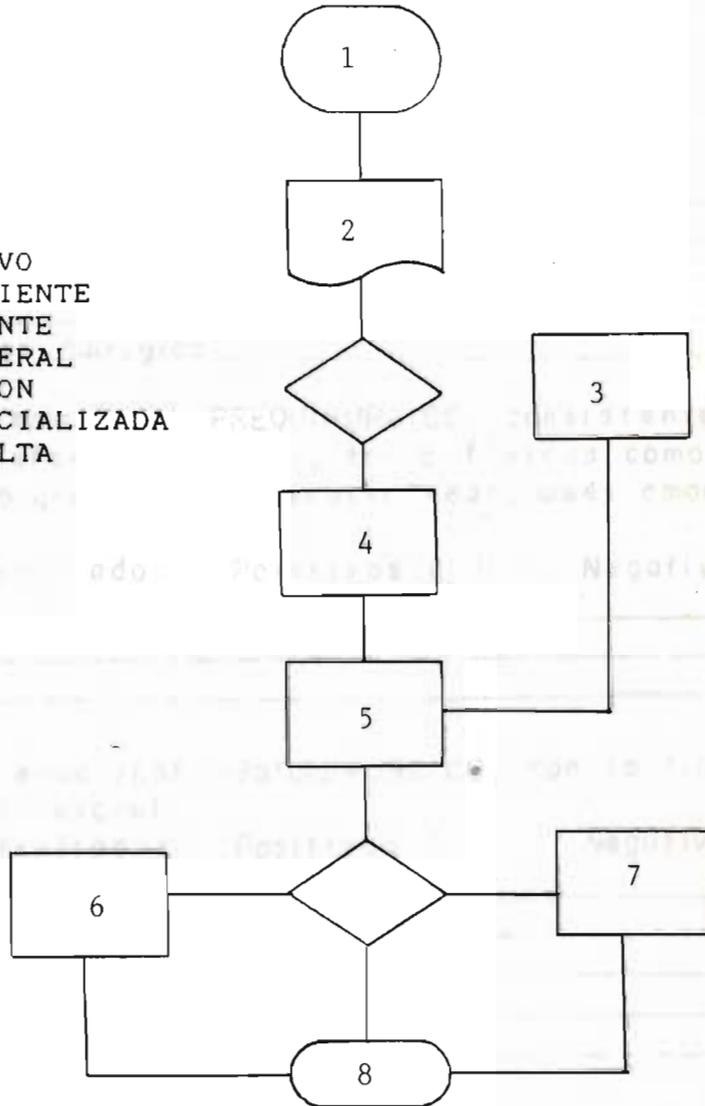
HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA

"Eva Samano de Lopez Mateos"



HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
CENIT DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS
FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES OPERATIVAS INSTITUCIONALES
CENTRO DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

- 1. PAGAR FICHA
- 2. AREA DE ARCHIVO
- 3. BUSCAR EXPEDIENTE
- 4. ABRIR EXPEDIENTE
- 5. PEDIATRIA GENERAL
- 6. HOSPITALIZACION
- 7. ATENCION ESPECIALIZADA
- 8. FIN DE CONSULTA





HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
"EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS"

SERVICIO DE SALUD MENTAL

INFORME DE APOYO EMOCIONAL

Nombre. _____

Edad. _____ No. de Expediente. _____

Diagnóstico.- _____

Servicio.- _____

Tipo de intervencion quirúrgica _____

Se brinda apoyo emocional PREQUIRURGICO, consistente en informar sobre las circunstancias reales, tanto físicas como prácticas del evento quirúrgico que permita reducir reacciones emocionales adversas en el niño.

Se obtuvieron resultados: Positivos () Negativos ()

Observaciones: _____

Se brindó apoyo emocional POSTQUIRURGICO, con la finalidad de fortalecer la labor inicial.

Se obtuvieron resultados: Positivos () Negativos ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

Fecha.- _____

Realizo.- _____

F-73

HOSPITAL INFANTIL
Eva Samano de Lopez Mateos
MORELIA, MICH



EXPED _____

NOMBRE _____ SERVICIO _____

DOMICILIO _____ CAMA _____

MEDICO _____ EDAD _____

| | |
|---|----------------------------|
| <p>INVESTIGACION _____</p> <p>RESULTADO _____</p> | <p>OBSERVACIONES _____</p> |
|---|----------------------------|

EXAMENES DIVERSOS

_____ FECHA _____

_____ QUIMICO RESPONSABLE _____ EL JEFE DEL LABORATORIO

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE SALUD MENTAL
SALUD MENTAL

PRESENTACION DE CASOS

1. SERVICIO _____ EXP _____ CAMA _____

2. PACIENTES DE SALUD MENTAL _____ TOTAL HOSPIT. _____

3. DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

DOMICILIO _____ HERMANOS _____

LUGAR QUE OCUPA _____

4. FECHA DE INGRESO _____

5. DIAS DE HOSPITALIZACION _____

6. FECHA DE ABORDAJE DEL SERVICIO _____

7. MOTIVO DE CAPTACION DEL PACIENTE _____

8. NUMERO DE ENTREVISTAS REALIZADAS _____

9. DIAGNOSTICO SOMATICO _____

10. DIAGNOSTICO DEL SERVICIO _____

11. PLAN TERAPEUTICO _____

12. PLAN A FUTURO _____

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL "EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS"
MORELIA MICHOACAN

CLINICA DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDOS

HOJA FRONTAL

NOMBRE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA NACIMIENTO: _____
 DOMICILIO ACTUAL: _____
 No. DEL REGISTRO DEL HOSPITAL: _____ No. REGISTRO CLINICA: _____
 NOMBRE DEL PADRE: _____
 EDAD: _____ OCUPACION: _____
 PROCEDENCIA: _____
 ORIGEN LINAJE PATERNO: _____
 ORIGEN LINAJE MATERNO: _____
 NOMBRE DE LA MADRE: _____
 EDAD: _____ OCUPACION: _____
 PROCEDENCIA: _____
 ORIGEN LINAJE PATERNO: _____
 ORIGEN LINAJE MATERNO: _____

CONTROL DE ATENCION POR SERVICIOS

DISCIPLINA O ESPECIALIDAD 1a. VEZ SUBSECUENTE ALTA (FECHA)

DIAGNOSTICOS (Y FECHAS)

CIRUGIA RECONSTRUCTIVA: _____
 GENETICA: _____
 ODONTOLOGIA: _____
 ORTODONCIA: _____
 SALUD MENTAL : _____
 TERAPIA DE LENGUAJE: _____
 TRABAJO SOCIAL: _____
 OTROS (ESPECIFIQUE): _____

 DIAGNOSTICO INTEGRAL: _____

ANTECEDENTES

FAMILIA:

NUCLEAR _____ COMPLETA _____ INCOMPLETA _____ EXTENSA _____
 No. MIEMBROS _____ HOMBRES _____ MUJERES _____ No. PACIENTE _____

ESCOLARIDAD:

No. DE ALFABETAS _____
 No. ANALFABETAS _____
 BASICA INCOMPLETA _____ COMPLETA _____ MEDIA _____ TEC/SUP. _____

LOS PADRES TRABAJAN FUERA DE LA CASA (EL) _____ (ELLA) _____
 DENTRO DE LA CASA (EL) _____ (ELLA) _____

No. MIEMBROS QUE CONTRIBUYEN AL INGRESO ECONOMICO _____
 ECONOMIA DE AUTOCONSUMO _____ MENOS DE UN SALARIO MINIMO _____
 1 SALARIO _____ 2 SALARIOS _____ 3 SALARIOS _____ 4 SALARIOS _____
 MAS _____ INGRESO PER CAPITA _____

LA CASA ES: PROPIA _____ RENTADA _____ PRESTADA _____ OTROS _____
 CON AGUA CORRIENTE _____ DRENAJE _____ ELECTRICIDAD _____ TEL. _____
 TIPO RURAL _____ SUB-URBANA _____ SEMI-URBANA _____ URBANA _____
 SUS MATERIALES SON DETERIORABLES _____ POCO _____ NADA _____
 CUENTA CON MOBILIARIO: SUFICIENTE _____ INSUFICIENTE _____
 APARATOS ELECTRICOS _____ CUANTOS _____ CUALES _____

LA ALIMENTACION ES A BASE DE: _____

PROTEINAS: ANIMALES _____ NUNCA _____ 1-2X SEMANA _____ 3 o MAS _____
 VEGETALES _____ NUNCA _____ 1-2X SEMANA _____ 3 o MAS _____
 CEREALES SE INGIEREN: _____ NUNCA _____ 1-2X SEMANA _____ 3 o MAS _____
 VERDURAS SE INGIEREN: _____ NUNCA _____ 1-2X SEMANA _____ 3 o MAS _____
 FRUTAS SE INGIEREN: _____ NUNCA _____ 1-2X SEMANA _____ 3 o MAS _____

HIGIENE: BANO RARA VEZ _____ 1/SEM. _____ 2/SEM. _____ 3 o MAS _____
 CAMBIO DE ROPA: RARO _____ 1/SEM. _____ 2/SEM. _____ 3 o MAS _____
 LAVADO DE MANOS ANTES DE COMER _____ DESPUES DE DEFECAR _____

INSTITUCION DEL SECTOR SALUD A LA QUE TIENEN ACCESO
 REGULARMENTE:
 COPLAMAR _____ SSA _____ IMSS _____ ISSSTE _____ DIF _____ PRIVADO _____
 OTROS _____

ENFERMEDADES MAS COMUNES EN EL GRUPO: MENTALES _____ CARDIOV. _____
 BRONCO-RESPIRATORIAS _____ GASTROINTESTINALES _____ METABOLICAS _____
 GENITOURINARIAS _____ DERMICAS _____ ACCIDENTES _____ TOXICAS _____
 TUMORALES _____ DISMORFICAS _____ OTRAS _____

LOS CONYUGES (PADRES) ACOSTUMBRAN CONVERSAR: SI _____ NO _____
 MUCHOS TEMAS _____ LO INDISPENSABLE _____ HAY TEMAS PROHIBIDOS _____
 SE SABE CUANDO A ALGUIEN DE LA FAMILIA LE SUCEDE ALGO? S N _____
 SE PERMITEN OPINIONES CONTRARIAS? SI _____ NO _____ NO SABE _____
 SE TOMAN EN CUENTA? SI _____ NO _____ NO SABE _____

SE EXPRESAN LIBREMENTE LOS SENTIMIENTOS? SI _____ NO _____
 CUALES SE ACEPTAN? (ESPECIFIQUE) _____
 CUALES SE RECHAZAN? (ESPECIFIQUE) _____
 QUIEN (ES) RESUELVE (N) LOS PROBLEMAS QUE SURGEN EN LA FAMILIA?

CUANDO SURGEN, TODOS EN LA FAMILIA SE ENTERAN? SI _____ NO _____
 PARTICIPAN TODOS? SI _____ NO _____ QUIENES? _____

LA RELACION CON LA FAM. PATERNA ES ARMONIOSA _____ CONFLICTIVA _____
 CAUSA (S): _____

AL INICIAR EL EMBARAZO LA ECONOMIA FAMILIAR ERA ESTABLE _____
 INEST. _____ EL GPO. FAM. SE ENCONTRABA: SORPREND. _____ OPT. _____
 ESPERANZADO _____ INCREDULO _____ INDIFERENTE _____ DESESPER. _____
 LA RELACION AFECTIVA CONYUGAL SUFRIO MODIFICACIONES? S N
 EN SU CASO SATISFATORIAS? SI _____ NO _____
 EL EMBARAZO FUE "DIFICIL", "PESADO"? SI _____ NO _____
 PARA QUIEN MAS: EL _____ ELLA _____ AMBOS _____
 CAUSA (S): _____

CUANDO NACIO EL PACIENTE, LA REACCION EN LA FAMILIA FUE DE:
 ALEGRIA EN EL _____ ELLA _____ HNOS. MENORES _____ MAYORES _____ OTROS _____
 TRISTEZA EL _____ ELLA _____ HNOS. MENORES _____ MAYORES _____ OTROS _____
 CULPA EL _____ ELLA _____ HNOS. MENORES _____ MAYORES _____ OTROS _____
 SATISFACCION _____ ELLA _____ HNOS. MENORES _____ MAYORES _____ OTROS _____
 ORGULLO EL _____ ELLA _____ HNOS. MENORES _____ MAYORES _____ OTROS _____
 VERGUENZA EL _____ ELLA _____ HNOS. MENORES _____ MAYORES _____ OTROS _____
 ENOJO EL _____ ELLA _____ HNOS. MENORES _____ MAYORES _____ OTROS _____
 RECHAZO EL _____ ELLA _____ HNOS. MENORES _____ MAYORES _____ OTROS _____
 INDIFERENCIA _____ ELLA _____ HNOS. MENORES _____ MAYORES _____ OTROS _____
 OTRAS EL _____ ELLA _____ HNOS. MENORES _____ MAYORES _____ OTROS _____
 (ESPECIFIQUE): _____

QUEDARON SATISFECHAS LAS EXPECTATIVAS? DE EL SI _____ NO _____
 DE ELLA SI _____ NO _____

TIPO Y EXPLICACION QUE DIERON AL PROBLEMA: OBJETIVA EL ELLA
 SUBJETIVA EL ELLA

EL: _____

ELLA: _____

HERMANOS: _____

LA ACTITUD SOCIAL FUE DE NATURALIDAD EN EL _____ ELLA _____ HNOS _____

OCULTAMIENTO EN EL _____ ELLA _____ HNOS. _____ OTRA: _____

LA ADAPTACION FAMILIAR FUE ADECUADA: EL _____ ELLA _____ HNOS. _____

INADECUADA: EL _____ ELLA _____ HNOS. _____

INFORMANTE (S): _____

ANTECEDENTES PERSONALES

CONTROL DE LA FERTILIDAD ANTES DEL EMBARAZO? SI ___ NO ___ NO SABE ___
 METODO UTILIZADO: PRESERVATIVO ___ ESPUMA ___ OVULOS ___ DIU ___
 HORMONALES ORALES ___ INYECTABLES MENSUALES ___ TRIMESTR. ___
 TIEMPO EN QUE SE UTILIZO (MESES) ___ LO DESCONOCE ___
 SUSPENDIO EL METODO PARA EL EMBARAZO? SI ___ NO ___ NO SABE ___
 TIEMPO (EN MESES) DE SUSPENSION DE CONTROL PARA EMBAR. ___
 PROBLEMAS PARA LOGRAR EMBARAZO? (ESPECIFIQUE) _____

SI HA HABIDO, EN CUANTOS CASOS? (INDIQUE ORDEN DE EMBARAZOS): _____

HUBO CONTROL PRENATAL? SI ___ NO ___ NO SABE ___ REGULAR ___ IRREG. ___
 POR PROFESIONAL DE LA MEDICINA ___ EMPIRICO ___ OTROS _____

ALGUNA ENFERMEDAD, ACCIDENTE O EVENTO ESPECIAL DURANTE
 EMBARAZO? SI ___ NO ___ NO SABE ___ CUAL(ES)? _____

DROGAS O MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO? SI ___ NO ___ NO SABE ___
 INDIQUE CUAL(ES) _____

SEMANAS DE EMBARAZO AL INICIO DEL CONSUMO ___ AL FINAL ___
 SENELE SI HUBO MAS DE UNA: _____
 DOSIS DIARIA Y VIA DE ADMON.: _____
 TIPO DE DROGA O MEDICAMENTO (ESPECIFIQUE): _____
 INDICACION MEDICA ___ IND. NO PROF. ___ AUTOMEDICACION _____

HUBO EXPOSICION A RADIACIONES? SI ___ NO ___ NO SABE ___
 TIPO DE RADIACIONES ___ TIEMPO DE EXPOS. C/VEZ: _____
 EDAD (ES) DEL EMBARAZO: _____
 MOTIVO DE LA RADIACION: _____
 TIEMPO (SEMANAS) DE DURACION DE EMBARAZO ___ AMENAZA ABORTO ___
 ESPECIFIQUE (SANGRADO, DOLOR, ETC.): _____
 No. DE VECES QUE OCURRIO ___ INTERVALOS (DIAS) _____

PARTO ESPONTANEO ___ CONDUcido ___ INDUCIDO (Y CAUSA) _____
 ATENDIDO POR MEDICO ___ PARTERA EMPIRICA ___ FORTUITO ___ OTRO ___
 EN HOSPITAL ___ DOMICILIO ___ OTROS (ESPECIFIQUE) _____
 HUBO DISTOCIA(S)? SI ___ NO ___ NO SABE ___ EN SU CASO, ESPEC. _____

PROBLEMA(S) EN PERIODO NEONATAL? SI ___ NO ___ NO SABE ___
 ESPECIFIQUE: _____

ALIMENTACION: SENO MATERNO ___ ARTIFICIAL ___ MIXTO ___ NO SABE _____

INFORMANTE (S): _____

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

APGAR AL NACIMIENTO _____ A LOS 5 MINUTOS _____ A LOS 10 MIN. _____

PESO AL NACER (KILOS) : _____ PESO PREVIO A CONSULTA (FECHA) _____

TALLA AL NACER (CMS.) : _____ TALLA PREVIA A CONSULTA (FECHA) _____

PROBLEMA (S) DETECTADO (S) AL NACIMIENTO: SI ___ NO ___ NO SABE ___
ESPECIFIQUE _____

EDAD (EN MESES) CONTROL DE MIRADA _____ SOSTEN CEFALICO _____

SE SENTO SOLO _____ PREHENSION _____ RECONOCIMIENTO _____

BALBUCEO _____ PALABRAS _____ FRASES COMPLETAS _____ CAMINO _____

INICIO PRIMERA DENTICION _____ CONTROL ESFINTER VESICAL _____

CONTROL ESFINTER ANAL _____

ENFERMEDAD "GRAVE" (CAUSA HOSPITALIZ. O CANDIDATO A), EDAD,
TIEMPO EN DIAS DE HOSPITALIZACION Y SITIO DE INTERNAMIENTO:
SI _____ NO _____ NO SABE _____ EN SU CASO, ESPECIFIQUE: _____SE HA INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE? SI ___ NO ___ NO SABE _____
EN SU CASO: INTERVENCION, INSTITUC. EDAD Y FECHA (ESPECIFIQUE): _____

HA HABIDO COMPLICACIONES? (ESPECIFIQUE) _____

EL PACIENTE ES CASO UNICO EN LA FAMILIA? SI ___ NO ___ NO SABE _____
CUANTOS Y CUALES (PARENTESCO)? _____

PARA EL PROBLEMA, HAN CONSULTADO OTROS SERVICIOS? ESPECIFIQUE _____

ESTUDIOS PRACTICADOS ANTERIORMENTE (ESPECIFIQUE): _____

SI HAN ABANDONADO OTROS SERVICIOS, CUAL(ES) HA(N) SIDO LA(S)
CAUSA(S)? : _____

DIAGNOSTICOS EMITIDOS PREVIAMENTE (SERVICIO, FECHA, EDAD PTE.): _____

INFORMANTE(S): _____

REG. No.: _____

HOJA No. 6

RELACION PACIENTE-PROGENITORES: DEPENDIENTE: _____ INDEP. _____

EL PACIENTE TIENE MOTES? SI ___ NO ___ NO SABE ___ MAS DE UNO _____
CUAL (ES): _____

CUANTOS AMIGOS TIENE? UNO _____ UNO A CUATRO _____ MAS _____
DE SU MISMO SEXO _____ DEL OTRO SEXO _____ DE AMBOS _____
SUS AMIGOS LO QUIEREN, LO VEN BIEN? SI ___ NO ___ NO SABE _____

TIENE CONFLICTOS? SIEMPRE ___ POCAS VECES ___ RARA VEZ ___ NUNCA _____
SE BURLAN DE EL? SI ___ NO ___ NO SABE _____
EL PACIENTE JUEGA EN LA CALLE? SI ___ NO ___ SOLO ___ CON AMIGOS _____

EDAD (EN ANOS), EN QUE INGRESO A LA ESCUELA _____
HAY QUEJAS POR SU CONDUCTA? SI ___ NO ___ NO SABE _____
EN SU CASO, LA(S) MAS FRECUENTE(S): _____

SE VA DE PINTA? SI ___ NO ___ NO SABE ___ A DONDE? _____

HA SIDO EXPULSADO? SI ___ NO ___ NO SABE ___ CAUSA(S): _____

RENDIMIENTO ESCOLAR PROMEDIO POR AÑO: HA REPROBADO? _____
AÑOS QUE HA REPROBADO: _____
CAUSA(S): _____

PUEDA CONCENTRARSE EN SU ACTIVIDAD: SI ___ NO ___ NO SABE _____
FACILMENTE _____ CON CIERTA DIFICULTAD _____ DIFICILMENTE _____
COMPRENDE LO QUE SE LE EXPLICA: BIEN ___ REGULAR ___ MAL ___ NO _____

PARTICIPA EN LOS QUEHACERES DE LA CASA? SI ___ NO ___ NO SABE _____
EN SU CASO, PORQUE NO: _____
CAMBIA DE TRABAJO? SI ___ NO ___ NO SABE _____
EN SU CASO, PORQUE SI: _____

TIENE TRASTORNOS DEL SUENO? SI ___ NO ___ NO SABE _____

PRESENTA SINTOMAS Y/O SIGNOS EN ALGUNA OTRA PARTE DEL ORGANISMO?
SI ___ NO ___ NO SABE _____ EN SU CASO, CUAL(ES) Y DONDE: _____

OTRAS OBSERVACIONES: _____

INFORMANTE(S): _____

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

OIDO: _____

GUSTO: _____

VISTA: _____

OLFATO: _____

TACTO: _____

PSICOSOMATICO: _____

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO: _____

APARATO RESPIRATORIO: _____

APARATO CARDIOVASCULAR: _____

APARATO DIGESTIVO: _____

APARATO GENITOURINARIO: _____

PIEL Y ANEXOS: _____

APARATO LOCOMOTOR: _____

SISTEMA HEMATOPOYETICO, LINFATICO, E INMUNOLOGICO: _____

SISTEMA ENDOCRINO: _____

INFORMANTE(S): _____

EXPLORACION FISICA

FRECUENCIA CARDIACA: _____ RESPIRATORIA: _____ TEMP.: _____
T.A.: _____

PESO (KILOS): _____ PERCENTILA: _____ TALLA (CMS) _____ PERC. _____
BRAZADA (CMS): _____ SEGMENTO SUP.: _____ SEGMENTO INF. _____

PERIMETRO CEFALICO (CMS) _____ PERCENTILA: _____
TORACICO (CMS) _____ ABDOMINAL (CMS): _____

DIAMETRO INTERCANTAL EXT. (CMS) _____ INTERNO: _____
INTERPUPILAR: _____
INTERMAMARIO (CMS): _____ OTROS ESPECIFIQUE: _____

IMPLANTACION DEL CABELLO: _____ PAB. AURICULARES: _____

CRANEO: _____

CARA: _____

CAVIDAD ORAL: _____

FONACION: _____

CUELLO: _____

TORAX: _____

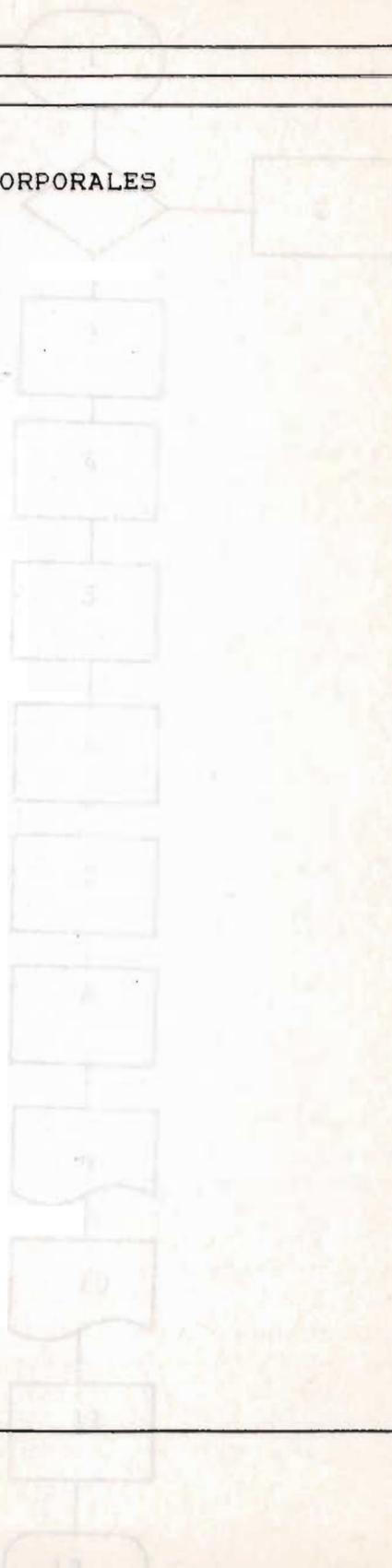
ABDOMEN: _____

GENITALES: _____

MIEMBROS: _____

ESQUEMAS CORPORALES

- 1. PACIENTE HOSPITALIZADO
- 2. PACIENTE MEDICO
- 3. PACIENTE SALUD MENTAL
- 4. VISITA DE CAPTACION
- 5. REVISION DE EXPEDIENTE
- 6. ENTREVISTA PADRES
- 7. INICIO PROCESO TERAPEUTICO
- 8. REVISION DEL PROCESO
- 9. PRESENTACION DEL CASO
- 10. ANEXAR RESUMEN CASO
- 11. SEGUIMIENTO CASO
- 12. ALTA SERVICIO



EXPLORO: _____

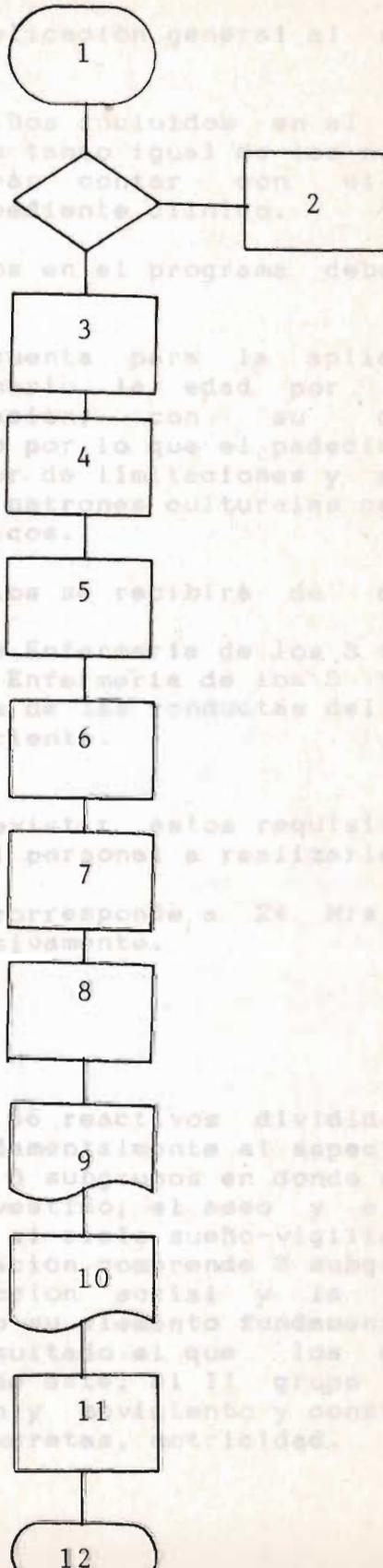
CRITERIOS PARA EL CUENTACUANTO DE EVALUACION ENCICIONAD

OPERATIVIDAD DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

GENERALIDADES:

1. El cuestionario será de aplicación general al niño hospitalizado.
2. Se aplicará a todos los niños incluidos en el programa de Salud Mental y a otros tan iguales como los que los cuales deberá completarse en el formato correspondiente en el expediente.
3. Para los niños no incluidos en el programa debe apoyarse en la enfermera de piso.

1. PACIENTE HOSPITALIZADO
2. PACIENTE MEDICO
3. PACIENTE SALUD MENTAL
4. VISITA DE CAPTACION
5. REVISION DE EXPEDIENTE
6. ENTREVISTA PADRES
7. INICIO PROCESO TERAPEUTICO
8. REVISION DEL PROCESO
9. PRESENTACION DEL CASO
10. ANEXAR RESUMEN CASO
11. SEGUIMIENTO CASO
12. ALTA SERVICIO



NOTA: En caso de no existir estos requisitos habrá de estimular al personal a realizarlos.

PARA LA APLICACION:

1. El cuestionario consta de 6 reactivos divididos en 2 grupos el I referido fundamentalmente al aspecto general del paciente y consta de 4 subgrupos en donde se ve la presencia o ausencia de: a) estado de ánimo, b) estado personal, el II se refiere al sueño-vigilia con sus consecuencias de socialización comprende 3 subgrupos, el del sueño, el de interacción social y la expresión afectiva, siendo este grupo el más fundamental de la evaluación dando por resultado el que los otros dos grupos sean dependientes de él. El grupo compuesto los aspectos de nutrición y vigilancia y consta de 3 subgrupos: alimentación, excretas, actividad.

CRITERIOS PARA EL CUESTIONARIO DE EVALUACION EMOCIONAL

GENERALIDADES:

1. El cuestionario será de aplicación general al niño hospitalizado.
2. Se aplicará a todos los niños incluidos en el programa de Higiene Mental y a otro tanto igual de los no incluidos, los cuales deberán contar con el formato correspondiente en el expediente clínico.
3. para los niños no incluidos en el programa debe apoyarse en la enfermera de piso.
4. Es importante tomar en cuenta para la aplicación y evaluación del cuestionario la edad por lo que corresponde una correlación, con su desarrollo psicomotor, el diagnóstico por lo que el padecimiento en sí significa como productor de limitaciones y el origen por lo que a información y patrones culturales comprende a los diferentes grupos étnicos.
5. La información para llenarlos se recibirá de diferentes fuentes:
 - a).- Libreta de reportes de Enfermería de los 3 turnos.
 - b).- Reportes verbales de Enfermería de los 3 turnos.
 - c).- Observaciones directas de las conductas del paciente.
 - d).- Entrevistas con el paciente.
 - e).- Expediente clínico.

NOTA* En caso de no existir éstos requisitos habrá de estimular al personal a realizarlos.

6. El registro es diario y corresponde a 24 Hrs. no al momento de observar exclusivamente.

PARA LA APLICACION:

7. El cuestionario consta de 66 reactivos divididos en 3 grupos el I referido fundamentalmente al aspecto general del paciente y consta de 3 subgrupos en donde se ve la presencia o ausencia de vestido, el aseo y el arreglo personal, el II se refiere al ciclo sueño-vigilia con sus consecuencias de socialización comprende 3 subgrupos; el del sueño, el de interacción social y la expresión afectiva, siendo éste grupo su elemento fundamental de la evaluación dando por resultado el que los otros dos grupos sean dependientes de éste, el III grupo comprende los aspectos de nutrición y movimiento y consta de 3 subgrupos: alimentación, excretas, motricidad.

8. El formato tiene un registro para 8 días así como una área para evaluar por grupos y finalmente un área para evaluación general.
9. Es importante señalar que los reactivos están manejados en forma negativa, de tal manera que la ausencia de la manifestación clínica no es registrable por lo que S significa la presencia de SIEMPRE de la manifestación; y la A significa que estará presente en la manifestación clínica sólo A VECES. S y A están situadas bajo el número que indica el día de estancia del paciente.
10. El registro debe realizarse con una cruz que haga un ángulo al opuesto, es decir cubriendo el total del cuadro.

PARA LA EVALUACION:

11. La presencia de la marca columna de la letra S tendrá un valor de 2 puntos, cuando la marca esté en la columna de la letra A el valor será de 1, la no existencia de marca en un reactivo tendrá un valor de 0 indicará la ausencia de la manifestación clínica a excepción del reactivo II y I correspondiente al sueño en donde sólo habrá presencia o ausencia.
12. Se considerará primer día de internamiento al término de 24 Hrs. de hospitalización por lo que será al final de las mismas cuando se realice la primera evaluación.
13. Diariamente al finalizarse el registro deberá anotarse el número de puntos alcanzado por grupos (I,II,III) en el espacio inferior de cada grupo correspondiente a ese día.
14. Al egreso del paciente deberá estar el cuestionario en los registros completos correspondientes a números de estancia que tuvo.
15. Inmediatamente después del egreso del paciente deberá realizarse la suma de los subtotales obtenidos por sí por grupo y registrarse ésta en los cuadros situados al final y a la derecha de cada grupo, éste total numérico obtenido para transformarlo en calificación deberá localizarse en las tablas de calificación en el número de días de estancia que tuvo el menor.
16. La calificación final por grupo podrá ser:
Buena, Regular y Mala.
Y según su ubicación en los cuadros que se encuentran en los extremos de los rangos: Regular con tendencia a Buena.
Regular con tendencia a Mala.
Regular.

Evaluación final del alumno

17. Para la evaluación final el grupo I equivale a una letra, el grupo II equivale a la letra obtenida duplicada, el grupo III tendrá también un valor de una letra de tal manera que la evaluación final se obtendrá en base a la constancia de la presentación de una letra.

18. Esta calificación deberá registrarse en el renglón titulado evaluación final ubicado en la parte última del cuestionario y deberá pasarse a la libreta de registro.

VESTIDO
PANTALON
CAMISA
CALZON
CALZETINES
ZAPATOS
BRIGGO

DESABASEADO

VESTIDO
CABEZA
CARA
CUERPO
DIENTES
MANOS
PIES

DESABREGUADO

PELO
UÑAS
VESTIDO
CALZADO

YAREO

DEBNE VESTIDO
SE OLVIDA
SE DEFACA
DIFICIL CONCILIARLO
DESPERTARES MULTIPLES
DESPERTAR TEMPRANO
NO PERMANECE EN SU CASA

INTERACCION SOCIAL

SE AISLA
NO USA LENGUAJE PARAVERBORAL
NO COMPARTE JUGUETES
NO COMPARTE LUGAR EN EL COMEDOR
NO INTERACCION CON PERSONAL CONOCIDO
NO PARTICIPA EN EL JUEGO
JUEGA SOLO

Grid area for recording evaluation results, consisting of multiple columns and rows.

Evaluación emocional del paciente hospitalizado

Nombre _____ Edad _____ Diagnóstico _____

| | DIAS | | | | | | | |
|--------------------------------------|------|---|---|---|---|---|---|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| I. ASPECTO GENERAL | S | A | S | A | S | A | S | A |
| I.1.1. NO USA: | | | | | | | | |
| VESTIDO | | | | | | | | |
| PANTALON | | | | | | | | |
| CAMISA | | | | | | | | |
| CALZON | | | | | | | | |
| CALCETINES | | | | | | | | |
| ZAPATOS | | | | | | | | |
| ABRIGO | | | | | | | | |
| I.1.2. DESASEADO | | | | | | | | |
| VESTIDO | | | | | | | | |
| CABEZA | | | | | | | | |
| CARA | | | | | | | | |
| CUERPO | | | | | | | | |
| DIENTES | | | | | | | | |
| MANOS | | | | | | | | |
| PIES | | | | | | | | |
| I.1.3. DESARREGLADO | | | | | | | | |
| PELO | | | | | | | | |
| UÑAS | | | | | | | | |
| VESTIDO | | | | | | | | |
| CALZADO | | | | | | | | |
| | | | | | | | | <i>SUMA</i> |
| II.1. SUEÑO | | | | | | | | |
| DUERME VESTIDO | | | | | | | | |
| SE ORINA | | | | | | | | |
| SE DEFECA | | | | | | | | |
| DIFICIL CONCILIARLO | | | | | | | | |
| DESPERTARES MULTIPLES | | | | | | | | |
| DESPERTAR TEMPRANO | | | | | | | | |
| NO PERMANECE EN SU CAMA | | | | | | | | |
| II.2. INTERACCION SOCIAL | | | | | | | | |
| SE AISLA | | | | | | | | |
| NO USA LENGUAJE PARAVERBAL | | | | | | | | |
| NO COMPARTE JUGUETES | | | | | | | | |
| NO COMPARTE LUGAR EN EL COMEDOR | | | | | | | | |
| NO INTERACTUA CON PERSONAS CONOCIDAS | | | | | | | | |
| NO PARTICIPA EN EL JUEGO | | | | | | | | |
| JUEGA SOLO | | | | | | | | |

Evaluación emocional del paciente hospitalizado

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|------|
| II.3. AFECTIVIDAD | S | A | S | A | S | A | S | A | S |
| LLORA SIN MOTIVO | | | | | | | | | |
| SE QUEJA SIN MOTIVO | | | | | | | | | |
| DESCONFIADO | | | | | | | | | |
| MIEDOSO | | | | | | | | | |
| IRRITABLE | | | | | | | | | |
| TRISTE | | | | | | | | | |
| IMPOSIBILIDAD DE DIALOGO | | | | | | | | | |
| CONDUCTA OPOSICIONISTA | | | | | | | | | |
| CONDUCTAS DE AGRESION | | | | | | | | | |
| BERRINCHES | | | | | | | | | |
| DEPENDENCIAS AFECTIVAS | | | | | | | | | |
| REACCIONES INESPERADAS | | | | | | | | | |
| NO EXPRESA TEMORES | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | SUMA |
| III.1. ALIMENTOS | | | | | | | | | |
| NO USA INSTRUMENTOS | | | | | | | | | |
| NO MASTICA | | | | | | | | | |
| CONSUME EL DE OTROS | | | | | | | | | |
| LE DISGUSTA | | | | | | | | | |
| LO DEJA | | | | | | | | | |
| NO PERMANECE EN SU LUGAR | | | | | | | | | |
| SUCIO | | | | | | | | | |
| III.2. EXCRETAS | | | | | | | | | |
| ORINA EN LUGARES INADECUADOS | | | | | | | | | |
| DEFECA EN LUGARES INADECUADOS | | | | | | | | | |
| III.3. MOTRICIDAD | | | | | | | | | |
| INHIBIDA | | | | | | | | | |
| INCREMENTADA | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | SUMA |

CALIFICACION FINAL _____

NOTA: Para la Evaluación debe tomar en cuenta: La edad del niño, el diagnóstico y su lugar de origen

EVALUACION PSICOMOTORA DEL NINO DE 1-4 ANOS

Por el Dr. Vladimir Vázquez Ramirez

Evalúe usted mismo (a) el desarrollo de su hijo, observando cuidadosamente las acciones que él debe realizar según su edad y las cuales se señalan en este documento; para calificarlo es necesario que cumpla la edad que se especifica en cada etapa y observar con paciencia cada punto que se evalúa. Si existe la acción solicitada marque con una X el paréntesis (X) y posteriormente sume los datos positivos, si el total de cada etapa es de 5-6 puntos, su hijo tiene un aceptable desarrollo, si es menor acuda con su médico familiar para que le oriente al respecto.

3 meses

- 1.- Cuando se le sienta mantiene la cabeza erguida. ()
- 2.- Manos abiertas o suavemente cerradas. ()
- 3.- Levanta el pecho cuando está boca abajo. ()
- 4.- Busca con la vista la fuente de sonido. ()
- 5.- Emite sonidos como gorgoritos. ()
- 6.- Sonríe espontáneamente. ()

Total:

7 meses

- 1.- Al sentarlo se inclina hacia adelante. ()
- 2.- Se mantiene sentado solo (30 seg. o más) ()
- 3.- Avanza sobre el estómago para alcanzar un objeto. ()
- 4.- Se pasa un objeto de una mano a otra o la suelta para recoger otro objeto que se le ofrece. ()
- 5.- Principia a emitir vocales, consonantes y hasta sílabas "MA", "ME", "DA". ()
- 6.- Toca su imagen en el espejo. ()

Total:

12 meses - un año -

- 1.- Gatea con destreza sobre manos y rodillas. ()
- 2.- Puede lograr pararse sujetándose, sin llegar a tener un equilibrio estable. ()
- 3.- Camina con la ayuda de una sola mano. ()
- 4.- Imita colocar un cubo dentro de una taza sin soltar. ()
- 5.- Utiliza 3 palabras, PAPA, MAMA, NENE, AGUA, etc. ()
- 6.- Enseña o mira los zapatos al preguntarle por ellos. ()

Total:

Un año 5 meses

- 1.- Sube escaleras tomado de la mano. ()
- 2.- Estando parado avienta un juguete sin caerse. ()
- 3.- Camina hacia atrás (cuando menos dos pasos). ()
- 4.- Imita la construcción de una torre de 3 cubos. ()
- 5.- Dice su nombre cuando se le pide. ()
- 6.- Comparte sus juguetes. ()
- 7.- Camina sobre una línea recta. ()
- 8.- Da una patada a la pelota cuando se le pide. ()
- 9.- Sube escaleras solo sin alternar los pies. ()
- 10.- Construye una torre de 6 cubos. ()
- 11.- Nombra 3 objetos dibujados (taza, pelota, etc.) ()
- 12.- Ayuda en tareas simples. ()

Total:

Dos años 5 meses

- 1.- Camina 6 pasos llevando un vaso de agua. ()
- 2.- Brinca el primer escalón. ()
- 3.- Con un modelo presente construye un puente. ()
- 4.- Dice su nombre. ()
- 5.- Se alimenta solo (pero aún derrama alimentos). ()
- 6.- Dice el nombre de su mamá. ()

Total:

Dos años 11 meses

- 1.- Brinca una distancia mínima de 10 cm. ()
- 2.- Brinca una cuerda de 5 cm. de altura. ()
- 3.- Imita dibujar una cruz después de una demostración. ()
- 4.- Nombra 8 imágenes conocidas por él. ()
- 5.- Explica una acción de un libro que se le muestre. ()
- 6.- Se desbotona la bata. ()

Total:

Tres años 5 meses

- 1.- Trepa a la geodésica sin caerse. ()
- 2.- Al lanzarle una pelota la coge con los brazos. ()
- 3.- Arma un rompecabezas, de dos piezas. ()
- 4.- Señala grande y chico. ()
- 5.- Repite una rima de 4 o 6 renglones. ()
- 6.- Se quita sus calcetines. ()

Total:

INDICADORES DE ACT. Cuatro años ESCOLARES 1991

- 1.- Marcha levantando las rodillas. ()
- 2.- Al lanzarle una pelota la coge con las dos manos. ()
- 3.- Aparea 3 formas geométricas (círculo, cuadrado y triángulo). ()
- 4.- Desata el moño o cordón de su zapato. ()
- 5.- Nombra cuando menos 5 partes del cuerpo humano. ()
- 6.- No necesita ayuda para ir al baño. ()

Total:

Informe numérico

Entrevistas

Psicoterapias

Consultas

Clínicas

Reuniones

Visitas domiciliarias

Reuniones con jefes de servicio

Visitas de captación de pacientes

Reuniones de trabajo

Otras actividades

Total de pacientes atendidos

MARZO 1991

Informe numérico

Entrevistas

Psicoterapias

Consultas

Clínicas

Reuniones

Visitas domiciliarias

Reuniones con jefes de servicio

Visitas de captación de pacientes

Reuniones de Enseñanza

Total de pacientes atendidos

165

162

6

15

4

7

2

63

2

139

ANEXO 12

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUALES 1991

SERVICIO DE SALUD MENTAL

FEBRERO 1991

Informe numérico

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Entrevistas | 57 |
| Psicoterapias | 105 |
| Consultas | 4 |
| Pláticas | 20 |
| Gestiones | 2 |
| Visitas domiciliarias | 1 |
| Sesiones con jefes de servicio | 4 |
| Visitas de captación de pacientes | 15 |
| Reuniones de trabajo | 6 |
| Otras actividades | 4 |
| Total de pacientes atendidos | 40 |

MARZO 1991

Informe numérico

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Entrevistas | 163 |
| Psicoterapias | 182 |
| Consultas | 6 |
| Pláticas | 15 |
| Gestiones | 4 |
| Visitas domiciliarias | 9 |
| Sesiones con jefes de servicio | 5 |
| Visitas de captación de pacientes | 63 |
| Sesiones de Enseñanza | 6 |
| Total de pacientes atendidos | 60 |

ABRIL 1991

Informe numérico

| | | |
|-----------------------------------|----------------------------|-----|
| Entrevistas | Jefes de Servicio | 130 |
| Psicoterapias | de adaptación de pacientes | 189 |
| Pláticas | de trabajo | 12 |
| Gestiones | visitas | 3 |
| Visitas domiciliarias | visitas | 7 |
| Sesiones con jefes de Servicio | | 5 |
| Sesiones de Enseñanza | | 5 |
| Visitas de captación de pacientes | | 111 |
| Consultas | | 8 |
| Total de pacientes atendidos | | 77 |

MAYO 1991

Informe numérico

| | | |
|-----------------------------------|--------------|-----|
| Entrevistas | de trabajo | 124 |
| Psicoterapias | visitas | 159 |
| Pláticas | de Enseñanza | 12 |
| Visitas domiciliarias | visitas | 8 |
| Sesiones con jefes de servicio | | 5 |
| Consultas | | 11 |
| Visitas de captación de pacientes | | 38 |
| Sesiones de Enseñanza | | 5 |
| Total de pacientes atendidos | | 39 |

JUNIO 1991

Informe numérico

| | | |
|-----------------------------------|---|-----|
| Consultas | con Jefes de Servicio | 14 |
| Entrevistas | de captación de pacientes | 126 |
| Psicoterapias | de trabajo | 164 |
| Pláticas | visitas | 12 |
| Visitas domiciliarias | visitas | 8 |
| Sesiones con Jefes de Servicio | | 4 |
| Visitas de captación de pacientes | | 42 |
| Reuniones de trabajo | | 10 |
| Otras actividades | estas acciones fueron ejecutadas por el | 30 |
| Total de pacientes atendidos | el Servicio de Salud. Más | 42 |

JULIO 1991

Informe numérico

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Consultas | 9 |
| Entrevistas | 127 |
| Psicoterapias | 154 |
| Pláticas | 11 |
| Visitas domiciliarias | 6 |
| Sesiones con Jefes de Servicio | 4 |
| Visitas de captación de pacientes | 52 |
| Reuniones de trabajo | 61 |
| Otras actividades | 30 |
| Total de pacientes atendidos | 47 |

AGOSTO 1991

Informe numérico

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Entrevistas | 220 |
| Consultas | 14 |
| Psicoterapias | 190 |
| Gestiones | 1 |
| Visitas domiciliarias | 2 |
| Sesiones con Jefes de Servicio | 4 |
| Visitas de captación de pacientes | 60 |
| Reuniones de trabajo | 28 |
| Otras actividades | 20 |
| Sesiones de Enseñanza | 4 |
| Total de pacientes atendidos | 44 |

SEPTIEMBRE 1991

Informe numérico

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Entrevistas | 66 |
| Psicoterapias | 100 |
| Consultas | 15 |
| Pláticas | 9 |
| Gestiones | 2 |
| Visitas domiciliarias | 1 |
| Sesiones con Jefes de Servicio | 4 |
| Visitas de captación de pacientes | 21 |
| Reuniones de trabajo | 8 |
| Otras actividades | 12 |
| Total de pacientes atendidos | 43 |

Informe narrativo: éstas acciones fueron ejecutadas por el diferente personal que integra el Servicio de Salud Mental y del total de ellas se realizaron las notas correspondientes que se anexaron a los expedientes clínicos.