

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

***Apoyo emocional en un programa de prevención primaria
con pacientes del Hospital "Eva Sámano de López Mateos"***

Autor: Estela de la Torre Sánchez

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

**Nombre del asesor:
Ángeles Rodríguez**

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

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**APOYO EMOCIONAL EN UN PROGRAMA
DE PREVENCION PRIMARIA CON
PACIENTES DEL HOSPITAL
"EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS"**

Informe de Servicio Social que para obtener el grado de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

96

ZAVALA



T106



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**APOYO EMOCIONAL EN UN PROGRAMA
DE PREVENCION PRIMARIA CON
PACIENTES DEL HOSPITAL
"EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS"**

Informe de Servicio Social que para obtener el grado de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta

Estela de la Torre Sánchez

RVOE 020 SEP

CLAVE 16PFU 0004J

Morelia, Michoacán. Febrero de 1996



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA.

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**APOYO EMOCIONAL EN UN PROGRAMA
DE PREVENCION PRIMARIA
CON PACIENTES DEL HOSPITAL
" EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS "**

Informe de Servicio Social que para obtener el grado de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta

Estela de la Torre Sánchez.

RVOE 020 SEP

CLAVE 16 PFU 0004J

Morelia, Michoacán. Febrero de 1996.

CURAR.

Curar es el arte de expresar el amor por tus semejantes en la vida. Cuando los alientas, curas sus sentimientos de temor.

Cuando perdonas sus errores, alivias su sentimiento imaginario de culpa.

Cuando satisfaces sus necesidades físicas, alivias su aparente escasez.

Cuando les prodigas compasión, alivias su angustia y temor.

Cuando los abrazas, alivias sus sentimientos de soledad.

Cuando les enseñas la verdad, curas su ignorancia.

Cuando compartes con ellos algo bello de la creación, mejoras su capacidad de percepción.

Cuando los alabas únicamente por ser quienes son, alivias su autoestima.

Cuando das amor de corazón, los reconcilias con la vida.

Cuando haces toda esto por los demás, lo haces también por ti mismo, y resultas igualmente curado.

JOHN COLUMBUS TAYLOR

DEDICATORIA.

A los niños hospitalizados cuyo dolor físico
y emocional es la manifestación de estar vivos.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a todas aquellas personas que hicieron posible que este proyecto fuera ahora una realidad.

A mis padres por darme la vida, por enseñarme a vivirla y por dejarme vivir.

A mis hermanos que siempre me han apoyado y con quienes he crecido y compartido mi vida.

A mis amigas por estar siempre presentes en mi vida.

A la Universidad "Vasco de Quiroga" por sus enseñanzas.

A Angeles mi asesor de quien aprendí a esforzarme cada día y por compartir conmigo sus conocimientos.

Gracias a la vida que me ha permitido obtener un crecimiento personal con cada experiencia vivida.

INDICE

I.	INTRODUCCION	NO. DE PAG.
II.	MARCO TEORICO	3
	A) Teoria Psicoanalitica de Desarrollo	6
	B) Teoria Psicogenética de Desarrollo	10
	C) Desarrollo Psicomotor	15
	D) Desarrollo del lenguaje	17
	E) La función del psicólogo	28
	G) Entrevista	20
	F) Diagnóstico	25
	H) Psicoterapia	27
III.	ANTECEDENTES Y DESCRIPCION DE LA INSTITUCION	33
	Servicios hospitalarios	35
	Antecedentes del Departamento de salud mental	39
IV.	METODOLOGIA	46
	Antecedentes del servicio social	46
	Inserción.....	46
	Estructura del Departamento de salud mental	47
	Pautas determinadas para la captación de pacientes	47
	Metodología	51
	Procedimientos	51
	Visita	52
	Captación de pacientes	52

	Atención al paciente	53
	Primer contacto	53
	Entrevista de exploración infantil	54
	Diagnóstico	55
	Tratamiento	55
	Actividades complementarias	57
V.	RESULTADOS	59
VI.	CONCLUSIONES	61
VII.	PROPUESTAS	63

BIBLIOGRAFIA

CITAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

I. INTRODUCCION

Con el objeto de obtener el grado de Licenciado en Psicología, se realizó el presente informe de Servicio Social (cuasiexperimental y bibliográfico), siendo esta una de las modalidades que la Universidad "Vasco de Quiroga" ofrece para titularse.

El Servicio Social es de observancia obligatoria para todos los profesionistas mexicanos y que en este caso se llevó a cabo en la Ciudad de Morelia en el Hospital "Eva Sámano de López Mateos", en un Programa de Prevención Primaria.

Este trabajo, pretende mostrar un panorama general de las actividades realizadas durante seis meses con pacientes pediátricos hospitalizados, en donde se les brindaba atención a aspectos emocionales, a nivel de apoyo psicológico, consistiendo éste en aliviar el síntoma a través de la expresión del conflicto por medio de procesos conscientes inmediatos; realizándose a nivel preventivo, tratando de preservar y conservar la salud emocional del paciente y sus familiares; ya que debido a las circunstancias en las que se encontraban (enfermedad física y hospitalización) era sumamente factible que se propiciaran afecciones psicológicas que obstaculizaran y dificultaran su proceso de "curación". Así pues, no pretende proponer nuevas alternativas de tratamiento o el desarrollo de nuevos programas enfocados a esa área.

El manejo teórico que sustenta este informe es ecléctico debido a la complejidad de la población que era atendida ya que se trataba de infantes cuyas edades oscilaban entre

las 0 y los 15 años, periodo de grandes cambios y transformaciones en donde el ser humano atraviesa por varios estadios de su desarrollo, en donde cada uno posee características específicas que son resultado de etapas anteriores, e influyen sobre las subsecuentes. Se exponen de manera general diversas teorías no con el objetivo de brindar una exposición sobre desarrollo infantil, si no más bien, brindar un panorama sobre la evolución de la niñez, que permita comprender el porqué de las acciones emprendidas respecto al tratamiento que se brindó, el cual consistió en entrevistas de exploración infantil y procesos de ayuda a nivel de apoyo psicológico auxiliados por elementos de terapia de juego, sin llegar a desarrollarla en su totalidad, ya que los conocimientos con los que se contaban no eran suficientes, pues la currícula abarcada hasta ese momento como estudiante de la licenciatura en psicología no permitía abordar procesos tan estructurados y complejos como los que implicaba la psicoterapia.

El trabajo está organizado como informe de servicio social, y se sustenta en investigación bibliográfica, de campo y en observaciones.

Así mismo se incluye en este informe resultados, conclusiones y propuestas que permitan dar una evaluación de las actividades realizadas, sus avances y tropiezos, y posibles alternativas para que los prestadores de servicio social que elijan el área de psicología, puedan desarrollar al máximo sus conocimientos y puedan ponerlos en práctica sobre bases más sólidas.

II. MARCO TEORICO.

La infancia es el primer período de la vida humana que se caracteriza por la función expansiva directa que abarca desde el nacimiento y termina en la pubertad, aproximadamente entre los doce y quince años. Esta etapa posee características propias y es diferente de las demás tanto en lo somático como en la funcional y lo psíquico. Se conside pues, como un período del proceso evolutivo de la vida humana, cuyas fases no son independientes unas de otras, en donde, cada una contiene a las anteriores e influye sobre las siguientes.

La infancia es sumamente importante y útil para el individuo ya que es una etapa de plasticidad inminente que favorece el desarrollo somático y psíquico, por esto se concluye que cuando un niño ha vivido con plenitud cada uno de los momentos de su infancia, le resultará más fácil tener una vida adulta satisfactoria.

La vida infantil para su estudio, se subdivide en fases considerando los cambios que se producen ; así se tomó lo fisiológico y lo psicológico.

1. ENFOQUE FISIOLÓGICO.

Define la infancia como un período de la vida humana que va desde el nacimiento y termina en la adolescencia, se caracteriza por un desarrollo corporal incompleto, es decir, no se ha logrado obtener las proporciones corporales definitivas, existiendo una ausencia de caracteres sexuales secundarios e inmadurez de las glándulas sexuales. La infancia posee características específicas como lo es en su metabolismo y en su funcionamiento cerebral, el niño manifiesta una típica disritmia, sus órganos de fonación se encuentran aún en proceso de desarrollo lo que produce un timbre e inflexión de la voz muy particular.

2. ENFOQUE PSICOLOGICO.

Es definida la infancia desde el punto de vista psicológico como "Un periodo de la edad evolutiva que comprende desde el nacimiento hasta la edad preescolar, caracterizado por un continuo proceso de adaptación motora, cognoscitiva, emocional, social del niño en el ambiente que vive" (1. Pal, equipo de redacción, 1985). Así pues durante este periodo se presenta una falta de control intelectual sobre la esfera afectivo - emocional, de donde resulta que el niño es, emotivo, lábil, impulsivo, es decir, su desarrollo intelectual es incompleto, siendo acorde a su edad cronológica, mostrando intereses específicos; rara vez introvertidos y generalmente extrovertidos, manifestando una gran dependencia respecto al ambiente que los rodea.

Cada niño posee características propias como su forma de comportarse, un patrón de crecimiento, y una constitución determinada. Sin embargo todos los infantes poseen ciertos rasgos que le son comunes como son: el crecer y desarrollarse por etapas y el tener necesidades que satisfacer.

La infancia pues, es un periodo de la vida humana sumamente importante y complejo, sobre la que existen diversas teorías enfocadas a determinar los diversos periodos y procesos por los que atraviesa un niño; sin embargo, debido a los objetivos de este informe solo se presentará un visión general de esto, con la finalidad de ubicar a los individuos con los que se trabajó. Así mismo se incluye en cada apartado el juego infantil, ya que fue de gran apoyo y ayuda para lograr las metas propuestas. Se utilizó el juego como principal medio de trabajo pues el niño pasa la mayor parte del día jugando, esta actividad se manifiesta de manera natural provocando un gran interés de los más pequeños. El juego está sumamente relacionado con el desarrollo infantil, pues a través de este el niño conoce poco a poco el mundo, y le permite interactuar con otras personas y objetos. Al jugar el niño pone de manifiesto todo lo que es: su persona, cuerpo, intelectos y afectos. El juego

se convierte en un elemento fundamental de aprendizaje que interviene en el desenvolvimiento y formación del ser humano.

A. TEORIA PSICOANALITICA DEL DESARROLLO.

Sigmund Freud, fundador del psicoanálisis, basó su teoría en los impulsos sexuales, agresivos y en las conductas psicopatológicas.

Cada individuo nace con una determinada cantidad de energía biológica, que es la que determina todos los impulsos básicos, conductas y pensamientos; estos son: sexualidad a lo que llama Libido, impulsos de vida incluyendo el hambre y el dolor, y agresión, refiriéndose a este último como el impulso de muerte.

La Teoría psicoanalítica afirma que el individuo atraviesa cinco etapas para llegar a la madurez, que se diferencian entre sí, siendo el resultado de las tendencias y necesidades instintivas, concentrando la energía en una determinada parte del cuerpo que provoca un gran placer por medio de la estimulación.

ETAPA ORAL. (0 - 1 año aprox.) La boca es la principal fuente de placer para el niño, de ahí que le resulte sumamente gratificante comer, chupar, morder, etc., el énfasis está sobre la succión en sí misma, a través de la actividad oral se obtiene un conocimiento muy primitivo de su propio cuerpo.

ETAPA ANAL. (2 - 3 años aprox.) El área rectal le permite al pequeño experimentar gratificación sensorial. El defecar y orinar le produce gran placer.

ETAPA FALICA. (3 - 5 años aprox.) Durante esta etapa los genitales son la principal fuente de placer; el pene en el varón y el clítoris y los genitales externos (labio menor, labio mayor) en la niña. Es una fase de experimentación y curiosidad sexual que produce también sensaciones placenteras.

Aparece así en la etapa fálica lo que Freud llamo Complejo de Edipo, el cual consiste en que el niño ve a la figura materna como "objeto de amor", iniciándose un gran apego a ella y un enojo con el padre a quien cree su rival, la resolución del complejo de Edipo permite al niño una identificación con la figura paterna, siendo esto genérico dependiendo del sexo que se trate.

ETAPA DE LATENCIA (6 - 11 años aprox.) Fase de detención o regresión, siendo una preparación para la siguiente.

ETAPA GENITAL (Adolescencia) Se caracteriza por el aumento de los distintos roles sexuales, la persona forma parte pues de una relación sexual gratificante, siendo los genitales maduros la mayor fuente de satisfacción.

La Teoría Psicoanalítica menciona que el desarrollo del niño puede ser interrumpido hacia la madurez emocional en algunos casos, por ejemplo, como consecuencia de una experiencia negativa, también se puede presentar una fijación esto es, no avanzar a la etapa siguiente, ya que existe una carencia o una sobreestimulación de placer durante una determinada fase.

JUEGO PSICOANALITICO.

Como se ha mencionado anteriormente la infancia está compuesta por diversas etapas, cada una de ellas con características particulares, en las que se experimentan con gran profundidad la atracción y la privación, en cada una de las fases de desarrollo surgen fantasías encaminadas a negar la limitación y negación que se viven intensamente. Estas fantasías se ponen de manifiesto en actividades lúdicas que le permiten al niño superar conflictos. Cada etapa trae consigo nuevas gratificaciones y privaciones así que, las

ansiedades que surgieron en determinadas etapa no aparecerá por completo en la siguiente, pues ya no posee tanta intensidad.

El juego del niño refleja su desarrollo libidinal, social, intelectual, y de personalidad. En general, esta actividad pone de manifiesto la estructura general del infante.

El juego posee diversas características que dependen del desarrollo libidinal.

JUEGO NARCISISTA. (Primeros meses) El niño juega con su cuerpo y su funcionamiento, provocándole satisfacción y placer; fomenta en él las fantasías de independencia y libertad.

JUEGO PREEDIPICO (Primeros años) Durante esta etapa, el niño siente que su madre le puede abandonar experimentando mucha ansiedad, así pues, por medio del juego trata de vencer sus miedos, haciendo un cambio de roles: "Yo puedo hacer que mi madre se marche y que regrese cuando yo quiera"; el bebe cubre su cara e intenta esconderse de su madre tras las sábanas para después destaparse y encontrar nuevamente a su madre.

Otro juego que se practica durante esta etapa, es el que el niño manipula, viste, da de comer, baña, cepilla, etc., a diversos muñecos, haciéndolo como una reflejo de lo que le hacen a él y que no alcanza a comprender resultándole poco gratificante, es como "hacerle al otro lo que me hacen a mí".

JUEGO EDIPICO (Segunda infancia aprox) La vulnerabilidad en que se encuentra el niño, lo lleva a realizar juegos en los que representa roles de adulto, tratando de dar a entender que él puede hacer lo mismo que cualquier adulto.

JUEGO POST EDIPO. Incluye reglas fijas, en que cada uno de los participantes tiene una actividad específica, es un juego de intercambio social. El pequeño experimenta ansiedad al tratar de cumplir demasiadas exigencias del medio, el hecho de compartir su juego con otros niños, es una forma de enfrentar la situación conflictiva acompañado.

JUEGO PERIODO DE LATENCIA. El niño se encuentra en una época autocrítica, de la que a menudo resulta poco satisfecho. Aquí el juego le brinda la oportunidad de poder fantasear que puede parar y volver a iniciar cuando él quiera, todas las veces que así lo desee. Sus juegos son estereotipados a diferencia de los realizados en otras etapas, y se hallan ligados a la tradición en la que intervienen dos grupos o dos individuos que poseen el mando (juego de damas, naipes, dominó, ajedrez, etc.).

Las actividades lúdicas que se presentan en cada etapa de desarrollo, representa un manejo que el infante hace de aquellas situaciones que le resultan conflictivas, así como una forma de reafirmar la estructura de su personalidad

B. TEORIA PSICOGENETICA DEL DESARROLLO.

Jean Piaget era un eminente epistemólogo quien durante toda su vida se dedicó al estudio de la formación del conocimiento, trabajo que lo condujo a la construcción de la epistemología genética.

Una de las principales atribuciones de Piaget a la psicología infantil, fue la idea de que el niño no es un ser pasivo sino activo, que trata constantemente de comprender su mundo al manejar activamente objetos y personas. Los cambios en el desarrollo son el resultado de esta actividad, en donde también influyen: La curiosidad, el solucionar problemas así como la imagen e interpretación que tiene del medio que lo rodea; el niño en su intento de conocer tiende sus manos hacia los objetos para descubrir sus características y encontrar las relaciones entre él y los objetos, generando reflexiones y conocimientos que establecen el equilibrio entre él y sus medio. Proceso que Piaget denominó inteligencia.

El desarrollo cognoscitivo inicia desde el nacimiento con las coordinaciones motoras primarias, hasta llegar a estructuras cada vez más complejas como son: razonamiento abstracto, pensamiento lógico sobre situaciones hipotéticas, estructuración de acciones, a lo que Piaget llamó operaciones, siendo estructuras cognoscitivas complejas de nivel superior.

De este modo el desarrollo intelectual puede ser visualizado como un proceso continuo, en el que el equilibrio es la fuerza motora que subyace a esta adaptación del individuo en el medio.

Los cambios que se producen en este proceso, son el resultado de los mecanismos complementarios de asimilación y acomodación. La asimilación consiste en integrar cada nuevo conocimiento a los ya existentes y, acomodación es el adaptar la conducta e ideas ya estructuradas a nuevos sucesos o más complejos. Mediante estos procedimientos se logra la adaptabilidad a nuevas situaciones lo que implica el cambio en la organización de

la estructuras cognitivas a lo largo del proceso evolutivo. Seguido del proceso de adaptación se presenta un momento en que la estructura esta en equilibrio cognitivo con los objetos del medio, ya que se da cuenta de ellos de una manera adecuada.

En el desarrollo de la inteligencia influyen cuatro factores:

a) FACTOR DE CRECIMIENTO ORGANICO Y MADURACION:

Cuantos más años tenga un niño, más probable es que tenga mayor número de estructuras mentales que actúen en forma organizada.

b) EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN ACCION CON LOS OBJETOS:

Cuanta más experiencia tenga un niño con objetos físicos de su medio ambiente, más probabilidad tiene de desarrollar un conocimiento apropiado de ellos.

c) INTERACCION Y TRANSMISION SOCIAL:

El mayor número de oportunidades que tenga el niño de actuar entre sí, con compañeros, padres y maestros, lo estimulará a pensar utilizando diversas opiniones y cuestionando.

d) EQUILIBRACION PROGRESIVA:

Regula la influencia de los tres factores anteriores. Es el proceso regulador interno que tiende a una mejor adaptación.

El desarrollo intelectual, es un proceso que consta de períodos de carácter integrativo, en donde las estructuras construidas en un periodo determinado se convierten en parte integrante de las estructuras del periodo siguiente. En cada periodo hay un nivel de preparación y un nivel de completamiento, entre los dos se desarrollan los procesos de formación que dan lugar al comportamiento. Una vez lograda la completud del periodo, es

decir alcanzada la estructura característica del periodo, se da el equilibrio final de la misma.

Piaget divide el desarrollo intelectual en cuatro periodos que se caracterizan por la aparición de estructuras diferentes de un periodo a otro, en función del equilibrio creciente:

PERIODO SENSORIO - MOTOR: (0 - 2 años). Domina la acción física representacional y preverbal.

PERIODO PREOPERACIONAL: (2 - 7 años). Aparece la representación de la acción, el lenguaje hablado y el pensamiento prelógico.

PERIODO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS: (7 a 11 años). Aparición de la lógica, la reversibilidad. El pensamiento lógico e intelectual, se da en la medida en que el sujeto se enfrenta a problemas u objetos concretos.

PERIODO DE LAS OPERACIONES FORMALES: (11 - 15 años). Es caracterizado por el pensamiento lógico - abstracto.

* JUEGO:

El juego está estrechamente ligado con el desarrollo intelectual, así por medio de esta actividad el niño manifiesta el grado de avance cognoscitivo que ha logrado y a la vez le permite estimular sus habilidades y capacidades, debido a que todo órgano se desarrolla al funcionar y ejercitarse.

A cada estadio de desarrollo le caracteriza una actividad lúdica específica, por lo que se consideran tres grandes clases de juegos que corresponden a niveles sucesivos (sensorio – motor, representativo y reflexiva).

JUEGO SENSORIO – MOTOR: Se le denomina también de ejercicios, consistente en explorar y manipular objetos. En este tipo de relación con los objetos el pequeño involucra todos sus sentidos, y poco a poco va adaptando sus movimientos hasta tener gran precisión en ellos.

La actividad sensorio – motriz es aquella en la que intervienen los sentidos y el movimiento, siendo la más importante durante los primeros dos años de vida, sin embargo continúa estando presente pero con menor intensidad durante toda la niñez, ya que resulta gratificante y placentera para los niños.

JUEGO SIMBOLICO: A partir del año y medio a dos años, el niño posee la capacidad para representar el hacer presente lo ausente por medio de un símbolo. El niño inicia repitiendo gestos y movimientos que observa en la gente que lo rodea, así poco a poco, realiza juegos cada vez más estructurados en los que expresa distintos roles de la vida real.

El juego simbólico implica el representar un objeto ausente, siendo la comparación entre un elemento real y uno imaginario representándose de una forma ficticia, permitiendo al niño expresar sus emociones y afectos, modificando la realidad en base a sus necesidades y deseos tensionales.

JUEGO DE REGLAS: Aparece alrededor de los cinco y seis años. Tiene que ver con las relaciones sociales o interindividuales, implicando una regularidad que impone un grupo, en donde, no obedecerla implica una falta. Existe un frecuente cambio de compañeros de juego, situación que le posibilita al niño el establecer diversos tipos de relaciones y asimilar

diferentes clases de contactos sociales. Favorece la comunicación del niño con los demás lo que le permite aceptar otros puntos de vista sin perder su individualidad.

C. DESARROLLO PSICOMOTOR.

Los primeros estudios sobre psicomotricidad inician en Francia, con personalidades como Bernard Aucouturier, que ven el movimiento como algo más allá que solo eso lo perciben más bien como una interacción entre la mente y el cuerpo, no con la materia en general, sino con un atributo general específico que es el movimiento. Fundamentándose y relacionándose con dos grandes áreas: cognoscitiva y emocional. Así el movimiento es una expresión de aspectos intelectuales y manifiesta la vida emocional del niño y las relaciones que establece con los que lo rodean dando como resultado rechazo, ternura o agresión.

Desde el momento del nacimiento, el ser humano, es esencialmente motriz, comunicándose con su medio y ejerciendo su inteligencia a través de su cuerpo. Durante el curso de su desarrollo el niño descubre su cuerpo, aprende a controlarlo, a medir sus gestos; adquiere el pensamiento sensitivo, la posibilidad de hablar para comunicar sus pensamientos e ideas; pero mientras no pueda controlar estos "instrumentos", su actitud será principalmente psicomotora.

A través de las habilidades motoras que presenta el individuo, manifiesta el grado de madurez que ha obtenido su sistema nervioso y el avance general de desarrollo que posee, así el niño por medio de su movimiento pone de manifiesto todo lo que es.

a) JUEGO:

Cada etapa de desarrollo motor infantil se caracteriza por una adquisición determinada, que se encuentra estrechamente ligada con los intereses por actividades lúdicas específicas, permitiéndole al niño estimular áreas que faciliten su maduración. Los primeros juegos se limitan a tratar de conocer y controlar su cuerpo, posteriormente pone en práctica su

funcionamiento y el resto del proceso consiste en afinar sus movimientos, habilidades y destrezas.

D. DESARROLLO DE LENGUAJE.

Autores como Skinner, Chomsky, Piaget y Stern, entre otros, han propuesto teorías con diversos enfoques sobre el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje que han permitido comprender más ampliamente este proceso, el cual es un medio de intercomunicación compuesto por un sistema de símbolos, siendo una capacidad innata en el ser humano que se desarrolla principalmente por medio de la observación e imitación de otras personas.

Existen tres aspectos importantes en el lenguaje: el expresivo, social e intencional, siendo también las dos primeras observadas en animales, la tercera es exclusiva del ser humano y se refiere en el sentido de una dirección hacia un determinado significado. Así en cierto momento del desarrollo se es capaz de darse a entender por medio del sonido articulado, como un reflejo del pensamiento, manifestando una intelectualización y objetivación del lenguaje.

La adquisición del lenguaje oral en el niño, es el resultado de una permanente relación entre las necesidades que lo impulsan a hablar y su medio, es decir la gente que lo rodea.

El habla no depende exclusivamente del sonido, ya que se puede lograr a través de diversos signos o movimientos faciales o corporales que permiten la expresión y comunicación con el medio.

JUEGO:

Esta actividad es sumamente importante ya que cumple un doble objetivo: Estimula al niño en su desarrollo lingüístico y le permite poner en práctica sus nuevas adquisiciones.

E. LA FUNCION DEL PSICOLOGO.

La psicología es la ciencia que se encarga de estudiar los fenómenos psíquicos y las leyes que los rigen. Busca el conocimiento objetivo de la vida mental, en el origen de los acontecimientos psíquicos y los efectos que causará sobre la conducta del comportamiento del ser humano. Sus métodos se basan principalmente en las observaciones clínicas y en el cálculo estadístico, siendo su campo de trabajo muy amplio debido a que estudia el comportamiento del ser humano; es aplicable a áreas como: Pedagogía, industrial, a nivel social, clínico, etc.

Así, a la psicología le compete el estudio y análisis de la conducta del hombre. Busca conocer las causas que mueven su comportamiento y los conflictos que afectan su vida emocional (causas internas del individuo, medio ambiente que lo rodea, o ambos)

Un campo de investigación del psicólogo, que ha logrado alcanzar un notable avance en pocos años se refiere al desarrollo infantil, que se enfoca en la conducta y personalidad del niño, abarca desde el momento de su nacimiento, hasta la adolescencia, analiza la diversidad de factores que afectan su desarrollo cognoscitivo, biológico, de personalidad y social en cada fase de su crecimiento.

El objetivo de la psicología del desarrollo infantil, es describir, medir y explicar los cambios que presentan los niños, que parezcan ser universales, es decir, aplicables a todas las culturas, además se avoca a explicar las conductas derivadas y sus causas, para en lo posible, prever su aparición, prestando también gran interés en los procesos y diferencias individuales en la conducta del niño.

Los psicólogos infantiles no solo se enfocan a describir y medir al niño, también estudian el cómo y porqué de estos cambios en el comportamiento, facultándolos para llevar esta ciencia a la práctica abordando problemáticas psicológicas basándose en un análisis de la conducta, que determinará la acción terapéutica a seguir, que logre establecer el equilibrio

emocional del individuo. Así esta práctica de la psicología se vuelve individualizada y clínica, ya que su objetivo es el de analizar la anormalidad que presenta un individuo en su conducta, enfocándose en las particularidades de su desarrollo y el efecto que su ambiente ha ejercido sobre él (familia, cultura, etc). Su misión no sólo abarca la realización de un diagnóstico (descripción del "enfermo y su enfermedad") sino que se pretende conservar y reestablecer la salud mental, en donde la psicoterapia es fundamental.

El diagnóstico permite esclarecer la solución al problema que se plantea, para lo que utiliza diversos métodos, siendo la entrevista una de las principales herramientas que permite obtener datos referentes al conflicto.

F. ENTREVISTA.

La entrevista es un instrumento fundamental de la Psicología, cuya técnica tiene sus principios empíricos basados en el conocimiento científico.

El objetivo primordial en el transcurso de la entrevista psicológica, consiste en recabar la información adecuada sobre los elementos que se consideran esenciales en cada caso: naturaleza de la problemática, cómo se está enfrentando el problema, objetivos mínimos del paciente; es decir qué hacen y dicen los individuos cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo.

Este tipo de entrevista, pretende el estudio de la conducta y personalidad del sujeto, durante el transcurso de la relación que se establece con el entrevistador, es pues una relación entre dos o más personas. Lo particular de ésta, consiste en que uno de los integrantes debe tratar de saber e interpretar lo que está sucediendo en la misma, y actuar según ese conocimiento. De esa actuación y de ese saber, dependen que se logren los objetivos posibles de la entrevista (investigación, diagnóstico, orientación, etc)

La finalidad de la entrevista es obtener datos sobre el comportamiento total de un individuo durante el curso de la misma. Este comportamiento total, incluye lo que se recoge aplicando la función de escuchar, vivenciar y observar, quedando de esta manera incluidas estas tres áreas del comportamiento del entrevistado.

El entrevistador debe controlar la entrevista, pero quien la dirige y establece la relación interpersonal, es el entrevistado. La relación entre ambos delimita y determina el campo de la entrevista, así como todo lo que sucede en ella.

Cada individuo tiene una dinámica de personalidad con una serie de repertorios que se espera, se pongan de manifiesto durante la entrevista. Así pues, la entrevista permite observar una porción de la personalidad del sujeto que se exterioriza en relación con el especialista y frente a él.

Durante la entrevista se presume, que cada individuo posee una historia de su vida y una percepción de su presente, pretendiendo deducir que, lo que no se sabe y lo que no se proporciona como un conocimiento explícito, se observa o emerge en un comportamiento no verbal, este comportamiento puede coincidir o contraponerse con lo que verbalmente y conscientemente se expresa.

No es posible lograr que surgan la totalidad de repertorios de conducta de un sujeto, por lo tanto, ninguna entrevista puede abarcar la personalidad total de un individuo, sino solamente una porción de esta.

La entrevista no puede sustituir o excluir otros métodos de investigación de la personalidad, pero éstos no pueden prescindir de la entrevista.

a) ENTREVISTA INICIAL

La primera entrevista generalmente se realiza de forma semidirigida, en ésta, el entrevistado expone su problemática en la forma en que él lo desee, esto es, permitiéndole la libre expresión. Las intervenciones del terapeuta son dirigidas a facilitar el diálogo en situaciones de bloqueo y/o ansiedad, así mismo, cuando el contenido del diálogo presente lagunas de información y contradicciones o ambigüedades.

Se recomienda iniciar con una técnica directiva al comenzar la primera entrevista, con el objeto de realizar la presentación mutua y la aclaración del encuadre por parte del Psicólogo. Utilizar un encuadre significa tratar de controlar al máximo las variables que se puedan presentar durante el proceso, esto incluye:

- Expectativas.
- Aclaración de roles respectivos (naturaleza y límite de la función que cada parte integrante del contrato desempeña).
- Objetivo.

- Lugar donde se realizará la entrevista.
- Honorarios
- Horario y duración aproximada.
- Alcances.
- Limitaciones.

El encuadre no se puede establecer con precisión, ya que son demasiadas las variables que intervienen durante el proceso, tanto de parte del paciente como de el terapeuta, es necesario una actitud de apertura y flexibilidad, para no crear situaciones que no puedan ser cumplidas y resulten perjudiciales para el paciente.

Posteriormente al establecimiento del encuadre se realiza una entrevista libre en la que el paciente pueda exponer el motivo de consulta.

Es necesario en este primer contacto conocer ampliamente al paciente para así deducir hipótesis, que ayuden a la elaboración de diagnóstico y pronóstico.

Algunos de los aspectos que no deben de descuidarse en la primera entrevista son:

1. Lenguaje corporal del paciente y la actitud que presenta durante el primer contacto.
2. Lenguaje verbal; el contenido de su diálogo, ritmo, pausas, tono, claridad o confusión.
3. Grado de congruencia entre el lenguaje verbal y el corporal.
4. Establecer un adecuado rapport que facilite la comunicación entre entrevistado y entrevistador.
5. Motivo de consulta. Debe hacerse una diferenciación entre el motivo manifiesto y latente. El motivo manifiesto es el síntoma que preocupa al paciente y lo hace buscar ayuda, este

sintoma por lo general produce menos ansiedad, siendo más fácil de expresar, sin embargo por lo general el motivo es otro más importante y relevante que el mencionado primeramente, este es el que se le denomina motivo latente.

b) ENTREVISTA DE EXPLORACION INFANTIL.

El trabajo que debe realizar el terapeuta en la entrevista de exploración infantil, al igual que en otras, consiste en evaluar la conducta motivo de preocupación, analizar en lo posible su exacto significado, valorar su papel en la organización psicopatológica del individuo y en el sistema familiar, precisar su nivel en relación con el desarrollo genérico, reconocer su sentido en la historia del niño, sus padres, etc.

Dentro de los propósitos de esta entrevista no tenemos solamente el de valorar y diagnosticar, sino también, plantear las acciones terapéuticas inmediatas, siendo necesario conocer los estadios de desarrollo del niño, para poder llevar a cabo la entrevista y el proceso terapéutico.

Esta entrevista proporciona una gran cantidad de información. La manera de contactar, la persona con quien se realiza este contacto (madre, padre, pariente, o el mismo niño, el motivo de preocupación expuesto abiertamente o encubierto, etc.), son aspectos muy importantes que deben ser tomados en cuenta, en la relación padres - niños se debe permitir la libre expresión ya que esto permitirá averiguar las formas de comunicación, defensas y construcciones defensivas, pudiéndose manifestar de una forma negativa dejando zonas oscuras; el terapeuta debe prestar atención a las diversas formas de comunicación y de intercambio familiar.

a) NIVEL INFRAVERBAL:

Como se ubican las personas en el espacio, con quien se presenta el niño, como se expresan las palabras: mímica y gestos.

b) NIVEL VERBAL:

Calidad, ritmo, tono y articulación del discurso, contenido, lógica.

Durante el transcurso de la entrevista de exploración se deben de cubrir los diversos apartados cuyo conocimiento resulta indispensable: motivo de consulta, historia del niño, antecedentes personales, médicos, psicoafectivos y sociales. Las relaciones que establece con sus padres, hermanos, escuela y otros niños de su edad, sus intereses y juegos, la historia de la familia y de los padres, síntomas actuales, soluciones emprendidas y las exploraciones efectuadas, etc.

Es fundamental en esta clase de entrevista el tipo de relación que se establezca entre padre-niños-entrevistador y los métodos de comunicación entre entrevistador y niño, ya que de ésto dependerá en gran medida que se logre el objetivo de la entrevista.

G. DIAGNOSTICO.

El diagnóstico incluye la determinación de la relación entre la persona que se encuentre en la situación terapéutica y los acontecimientos presentes y pasados de su vida. El diagnóstico exige que se establezca con precisión la relación entre el sujeto y los hechos que en diferentes periodos de su vida contribuyeron a su formación. Esos eventos pueden estar relacionados con gente o con el medio ambiente que lo rodea.

El terapeuta debe de tomar en cuenta el equipo orgánico del sujeto, en tanto este puede ser diferenciado, al igual que el estadio de desarrollo en el que el paciente tuvo una determinada vivencia.

No todas las experiencias de una persona pueden tejerse en una relación de uno-a-uno; eventos que fueron vividos separadamente no solo afectan a sucesos posteriores, sino que una diversidad de eventos se convierten en un conjunto de totales nuevamente manifiestos que tienen efectos como tales en experiencias posteriores.

La hipótesis de diagnóstico funciona como guía a los efectos más probables. El diagnóstico permite identificar los factores más factibles de cambio y seleccionar y aplicar los métodos que logren tal cambio.

El primer objetivo del diagnóstico es el entender el síntoma, la comprensión de la sintomatología se lleva a cabo apartir de los significados más generales a los más específicos; cada síntoma contiene un deseo y una defensa, existen significados generales de varios síntomas, pero el significado específico (o significados) del síntoma del paciente tiene que identificarse, esto requiere de los detalles más elaborados del presente y del pasado

Uno de los conceptos guías más importantes en la formulación del diagnóstico, es el análisis de la estructura de la situación presente, abarcando la historia genérica y de desarrollo del sujeto. El padecimiento actual se comprende si la situación precipitadora

puede percibirse como el patrón repetitivo de una situación anterior y si la importancia de cada factor actual puede verse con claridad.

El diagnóstico es el complejo evalúo de las perturbaciones que se presentan, con ese propósito la naturaleza de la perturbación necesita describirse y a la vez relacionarse con las múltiples variables en tiempo de lo que se trate.

La formulación del diagnóstico intenta la comprensión del padecimiento, así como del paciente de una manera dinámica y lleva a establecer una variedad de hipótesis relacionadas con la causalidad que posteriormente deben ser fundamentados con datos históricos.

H. PSICOTERAPIA.

Se define como la interacción verbal o de alguna otra forma simbólica de un terapeuta con el paciente, se basa en una serie de conceptos integrados sistemáticamente y enfocados hacia un cambio beneficioso para el sujeto en tratamiento, siendo fundamentada en teorías de la personalidad.

La práctica de la psicoterapia exige que el terapeuta opere partiendo de un conjunto de hechos firmemente asentados y de un diagnóstico bien fundamentado; su estructura esta cimentada en que cada efecto, proceso cognoscitivo o acto del comportamiento, es el resultado de una causa específica o conjunto de causas y a su vez, es la consecuencia de otros efectos. Así pues el terapeuta debe partir de que cada acto tiene una causa, debiéndose buscar las leyes precipitantes en los sucesos recientes y causas subyacentes en el papel histórico, ambos dentro del individuo y de su cultura.

Existen diversos tratamientos dentro de la psicoterapia, ya que el proceso de curación lo tiene que realizar el propio paciente.

A continuación se mencionarán algunos de los enfoques psicoterapeúticos existentes.

a) PSICOTERAPIA GESTALT.

Se realiza en forma individual o grupal, se enfoca en el cómo y no en los porqué. Se plantean los sentimientos de tal forma que se vivencian en el presente. Se realiza de forma activa confrontando frecuentemente al paciente con sus contradicciones. Se recomienda para las personas que les guste trabajar con sus sentimientos.

b) ANALISIS TRANSACCIONAL.

Pone su interés en el aquí y ahora, y en cómo el pasado se manifiesta en la conducta actual. Va dirigida en el para qué de las conductas inadecuadas, su meta es reestructurar las características de personalidad hasta donde sea conveniente. Es recomendable para

individuos que padecen trastornos psicicos leves, cuando se practica en grupo, ayuda en los problemas de relación.

c) MUSICOTERAPIA.

Se realiza en grupo, se basa en la expresión artistica (música, pintura, baile, etc.) el objetivo es, el de llegar al yo interior, el papel del terapeuta es muy activo. Es recomendable para personas a quienes se les dificulta contactar con sus propios sentimientos, también se aconseja como complemento de otra terapia donde se trata trastornos psicicos de importancia.

d) BIOENERGETICA.

Se lleva a cabo en forma grupal o individual. A través de ejercicios corporales se pretende quitar los bloqueos a las tensiones psicicas internas, se recomienda para pacientes a los que se les dificulta expresarse verbalmente.

e) PSICOANALISIS CLASICO.

El paciente expresa libremente lo que piensa respecto a su vida y su familia, el psicoanalista reconstruye su historia y realiza interpretaciones que ayudan al paciente a entender lo que pasa. Es buena para personas con buena capacidad de expresión verbal y coeficiente intelectual minimo de término medio.

f) PSICOTERAPIA FAMILIAR.

Consiste en ayudar al individuo identificado y a su familia, propiciando la transformación del sistema familiar por medio del diálogo y decifrando los trastornos que se presentan en ésta.

g) PSICOTERAPIA CONDUCTUAL.

Se enfoca a suprimir conductas inadecuadas, a partir de afirmar que toda conducta es aprendida, por lo tanto su solución está igualmente en un proceso de aprendizaje.

h) PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA.

Es un método de tratamiento para aliviar síntomas o desadaptaciones que necesitan una intervención urgente y de corto plazo, debido a su naturaleza destructora y peligrosa, por ejemplo, en situaciones de dolor emocional agudo, para circunstancias destructivas que pongan en peligro la vida del paciente y de otras personas, así mismo, cuando es todo lo que se requiere, o debido a las limitaciones de tiempo, dinero, personal del que se dispone y el lugar en que la psicoterapia se realiza.

El objetivo de la psicoterapia breve y de emergencia, es el de eliminar o disminuir un síntoma determinado, no se propone la reestructuración de la personalidad, solo en el caso de que alguna intervención dinámica pueda, y solo hasta cierto grado autónomamente conducir a alguna forma de reconstrucción de la personalidad. Esta psicoterapia intenta mejorar la situación psicodinámica de la persona lo suficiente como para que pueda funcionar, dejando que la naturaleza continúe la curación y aumentando la capacidad del sujeto para apoyarse a si mismo, permitiéndole posteriormente tomar una terapia más amplia.

i) PSICOTERAPIA DE JUEGO.

La situación específica en la terapia de los infantes, ha acarreado en el curso de los años que se separe de la terapia de los adultos. A pesar de que en ambas existen conceptos de psicología comunes, y operan bajo los mismos principios, en el trabajo con niños el enfoque y la aplicación deben ser adaptados al hecho de que el paciente es un individuo en formación, con rasgos dependientes e inmaduros, por lo que es necesario que el terapeuta posea amplio conocimiento referente al desarrollo infantil en los diferentes enfoques. El niño

no llega a tratamiento por propia voluntad ya que la falta de conciencia de enfermedad y de comprensión de esta constituyen elementos importantes del proceso psicoterapéutico en el niño, dificultando la fase inicial de tratamiento, siendo necesaria una especial dedicación de terapeuta con el pequeño, probándole que es un compañero útil y que puede llegar a formar parte de su mundo.

La manifestación de sentimientos, también es manejada de diferente manera en los niños, para estos las verbalizaciones son muy complejas y no alcanzan a comprender el principio de la asociación libre, el sustituto del diálogo en este tipo de terapia es el juego, siendo un medio natural para que exprese sentimientos y emociones, de desarrollar sus intereses y de elaborar sus problemas.

Los niños utilizan el juego no solamente para manifestar sus ansiedades, sino también como un medio para reducirlos, ubicándose en el papel de dominar activamente los peligros.

A través de diversos objetos como: muñecos, animales, muebles, vehiculos, construcción, agua, arena, se le permite al niño entrar a un mundo en el que puede expresar sus sentimientos y a la vez lograr una experiencia emocional correctiva.

El papel del terapeuta no es la pasividad, por el contrario, su intervención es activa durante el juego y el trabajo, siendo un compañero real, del cual el infante espera ciertas habilidades manuales, ya que existe la necesidad de crecer y madurar en el niño, el terapeuta aprovecha y estimula representando esto, una ayuda muy importante en la terapia infantil.

De acuerdo con el psicoanálisis, el problema de la transferencia en el niño, se enfoca en el sentido de que al continuar la vinculación del proceso terapéutico, se forma una transferencia especial, en la forma en que el terapeuta y los padres proporcionan de modo alternado un medio de proyección para las emociones del infante, él no está capacitado para realizar nuevas relaciones amorosas, ya que la anterior edición no esta todavía

agotada, sus originales (los padres) se vivencian como objetos amorosos reales no como forma de fantasia.

Es frecuente que un niño que está rodeado de cariño en su hogar, se comporte de manera desconfiada con el terapeuta, mientras que un niño que no tiene amor y es rechazado en casa, logra establecer una adecuada relación afectuosa con este, sin embargo en otras ocasiones se logra establecer una transferencia genuina, el niño vuelve hacia el especialista los afectos y emociones que tiene por alguno de sus padres. El papel de la transferencia en la terapia de juego no es tan determinante como en la terapia con adultos, ya que no se obtienen muchos logros si se modifican las relaciones paternas en el consultorio, si el niño vuelve a casa y experimenta las relaciones que siempre ha vivido, también se logra durante la terapia que un paciente disminuya sus temores a ciertos peligros que ya no son reales, pero nuevamente son anulados si continúa siendo real este peligro en casa.

En el proceso de juego, el infante transfiere al terapeuta ciertas conductas de forma simbólica, el papel del terapeuta es interpretar y reflejar lo que se manifiesta ahí, determinando el rumbo del tratamiento.

El dramatismo durante la terapia de juego y el tratamiento se lleva a cabo como se había mencionado anteriormente con la participación activa del terapeuta, lo que exige además de experiencia en el área, un gran control interno del terapeuta, pues mientras que participa en el juego y en contacto con el niño, tiene que pensar y actuar a la vez de manera práctica, teórica y simbólica, requiriéndose capacidad de retrospectión por parte del psicólogo para recordar su propia infancia debiendo ser al mismo tiempo niño y adulto.

El cambio del comportamiento que un niño experimenta con la terapia, se puede transformar en una experiencia correctiva, siempre y cuando se modifique y favorezca el medio en el que este se desenvuelve, de no ser así, aunque su comportamiento se haya modificado, todavía es un individuo dependiente e inmaduro y volverá a ocupar el papel acostumbrado dentro de la familia y compañeros de juego, por esto es importante que el terapeuta tome en consideración un cambio de ambiente, que permita que la modificación

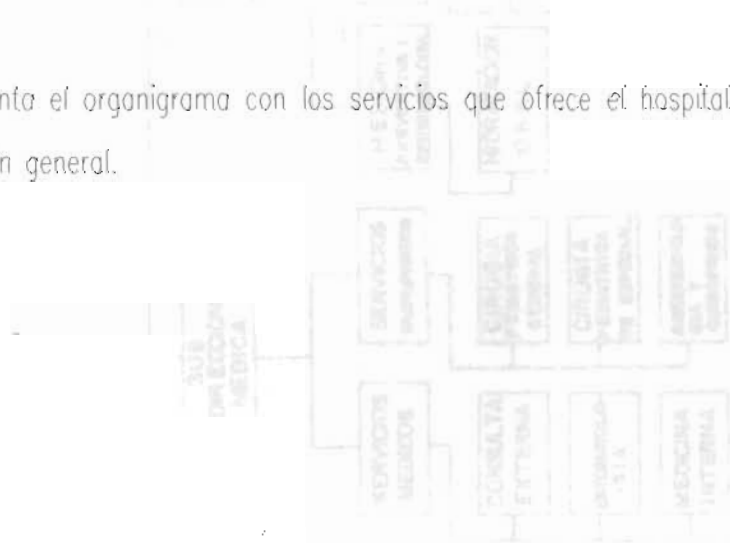
de comportamiento en el niño se transforme en una experiencia emocional correctiva, por lo que es recomendable el tratamiento conjuntamente de padres e hijo.

III. ANTECEDENTES Y DESCRIPCION DE LA INSTITUCION.

Con el objeto de ubicar en un contexto situacional el presente trabajo, mencionaré que se realizó en el Estado de Michoacán, siendo éste, uno de los 31 que conforman la República Mexicana; se encuentra ubicado en la región central del País cuya extensión es de 59,894 Km., siendo su capital la Ciudad de Morelia, localizada en el Valle de Guayangareo cuya población es de " 92,560 habitantes" (2. I.N.E.G.I., 1995). En esta ciudad, en la zona sur, se ubica el Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos", Institución en que se realizarón los trabajos que se exponen en el presente informe. (vease anexo 1).

El Hospital fue inaugurado el 1o. de Mayo de 1964, como una Institución dependiente de la Secretaria de Salud Pública en el Estado, con el objeto de satisfacer las demandas prioritarias de atención médica a la niñez Michoacana (0 - 15 años de edad), de bajo nivel socio - económico. Dicho Centro, cuenta con 242 empleados de base en diversas especialidades como son: médicos, paramédicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, laboratoristas, personal administrativo y de servicios generales.

Se presenta el organigrama con los servicios que ofrece el hospital, a fin de proporcionar una visión general.

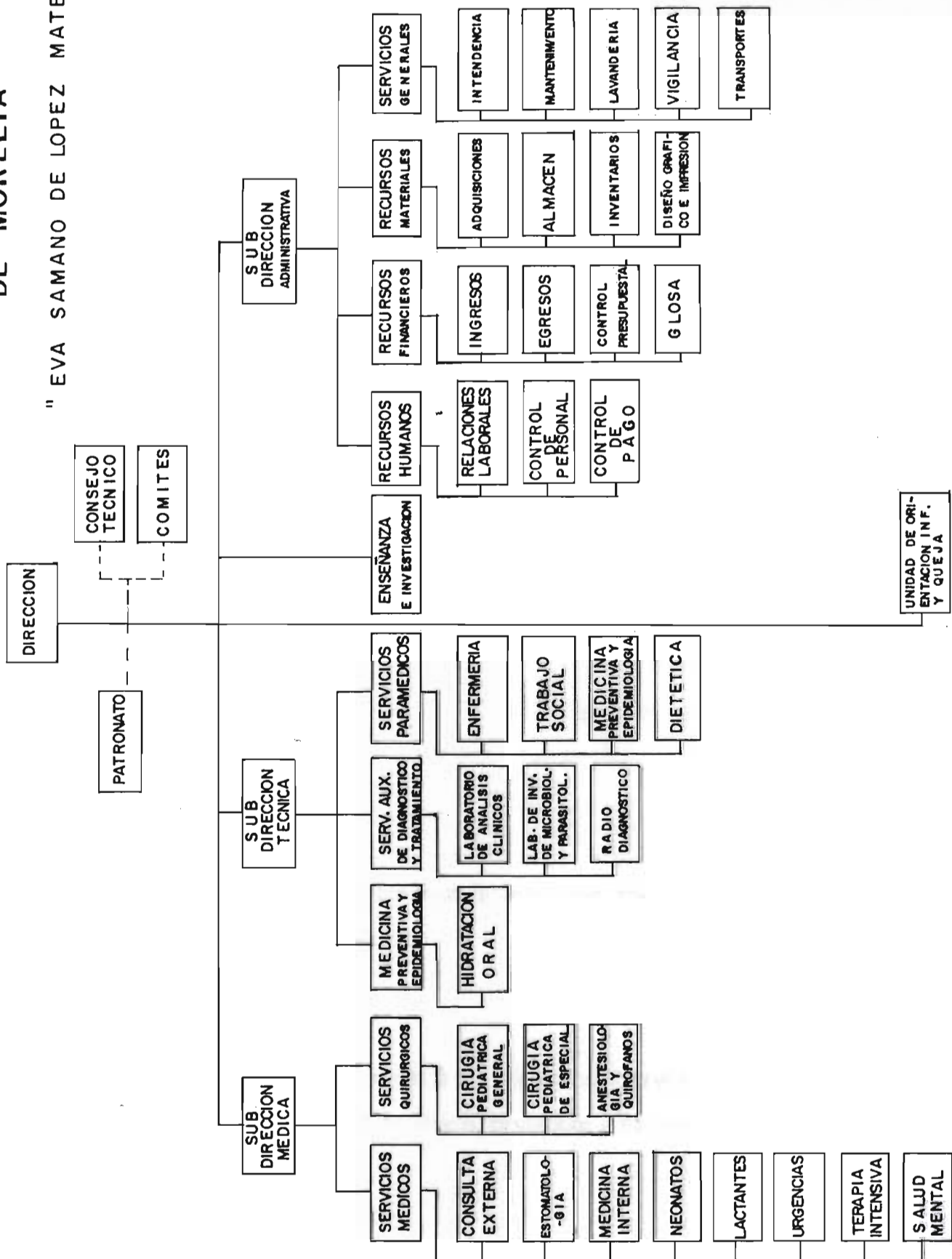


HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA

ORGANIGRAMA

"EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS"

ANTECEDENTES Y DESCRIPCION DE LA INSTITUCION



SERVICIOS HOSPITALARIOS.

Los servicios con los que cuenta el Hospital y que funcionan las 24 horas del día son:

1.- CONSULTA EXTERNA:

En ésta, laboran médicos generales y especialistas que dan consultas de primer contacto. Atienden a todo paciente que asiste al Hospital y canalizan al servicio que requiere cada uno de los solicitantes.

2.- URGENCIAS:

Área a la que ingresan los niños que necesitan una atención médica inmediata. A partir de ésta, se determina la canalización interna a donde se requiera.

3.- HOSPITALIZACION:

Se divide en cinco servicios:

* MEDICINA INTERNA:

Aquí se atiende a pacientes que presentan padecimientos tales como: cardiopatías, oncológicas y enfermedades terminales.

* LACTANTES:

Ingresan a éste, niños (desde los 3 meses a los 3 años), que presentan sintomatologías diversas: cardiopatías, meningoceles, hidrocefaleas, desnutrición y traumatismos.

* CIRUGIA Y ORTOPEDIA:

Servicio en donde se ubican todos los pacientes que serán sometidos a cualquier tipo de intervención quirúrgica: Labio-paladar hendido, fractura de craneo, brazos y piernas, traumatizados y politraumatizados.

* AREA DE COMEDOR Y SERVICIO:

Area de extensión de la anterior (cirugía y ortopedia), aquí se cuenta con un lugar de concentración que funciona como comedor, así como para fines recreativos.

* TERAPIA INTENSIVA:

En ésta se da atención a enfermos en estado grave, independientemente de la enfermedad que padezcan.

La canalización de infantes a este servicio especializado, se determina en base a los factores pronósticos, su prioridad de ingreso lo conforman: primeramente pacientes sanos con una alteración aguda; el segundo grupo lo constituyen pacientes con una enfermedad crónica agudizada, y el tercer grupo enfermedades en fase terminal.

* NEONATOLOGIA:

Lugar destinado a diagnosticar y tratar alteraciones graves de los recién nacidos, corresponde a una unidad de terapia intensiva especializada en niños que cursan entre la edad de 0 a 3 meses.

- Como una observación, se hace notar que estos servicios no cuentan con la cantidad de personal suficiente para atender la demanda existente, por lo que todos los servicios se ven reforzados por la presencia de estudiantes y pasantes de medicina y enfermería, cuya actividad es significativa; sus acciones son asesoradas por el personal adscrito a cada área

4. - SERVICIOS DE APOYO.

La función de éstos es apoyar, reforzar y colaborar con las demás áreas, con el objeto de tratar al paciente en forma integral y no solamente desde el punto de vista médico.

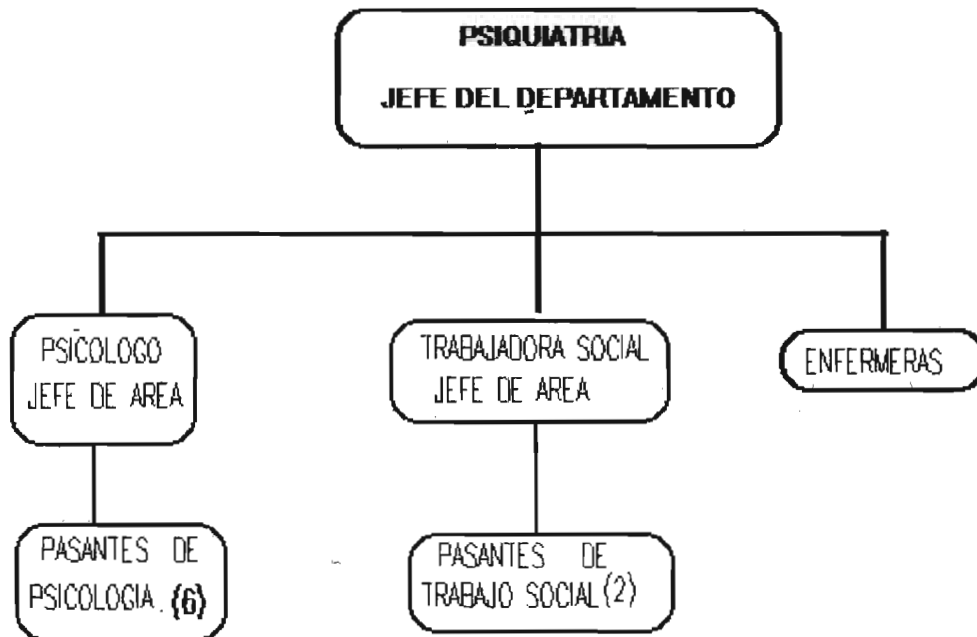
* TRABAJO SOCIAL:

Realiza actividades enfocadas a facilitar el proceso de hospitalización de los pacientes y sus familiares, llevando a cabo estudios socio — económicos, canalizaciones a diversas dependencias gubernamentales cuando se requiera (DIF, orfanatorios, clínicas especializadas, etc.), así como contactar con instituciones para que apoyen económicamente el costo hospitalario de los infantes.

* SALUD MENTAL:

Previene y atiende las posibles afecciones emocionales, procurando establecer la salud integral del niño hospitalizado y su familia. Es importante señalar que esta área es de la que hablaremos, ya que ahí se prestó el servicio social del cual se desprende el presente informe.

La organización de este Departamento es el siguiente:



A. ANTECEDENTES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL:

La apertura de este servicio, surgió a partir de que el Dr. Daniel Herrera Guzmán, observó que en la institución no se le brindaba atención al aspecto emocional de los niños hospitalizados, debido a esto, realizó un muestreo que constó de 100 cuestionarios, que se aplicaron a la población general de empleados.

Las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos fueron:

- Que existía indiferencia respecto a la creación de un Departamento de Salud Mental, ya que se deseaba contar con él, pero sin involucrarse directamente.
- Que había indiferencia hacia la esfera emocional de los pacientes que se manejaban, por lo que estos problemas emocionales quedaban relegados a un término tal que se negaban.
- Que los empleados no tenían conocimientos básicos en salud mental, por lo tanto había confusión respecto a las funciones de un Departamento de esta índole.

Con la información recabada, el Dr. Herrera, auxiliándose de la T.S. Rosa Estela Bolaños G., se dieron cuenta de la necesidad de crear un servicio enfocado a atender los aspectos psicológicos y emocionales de la población hospitalizada y sus familiares, con el fin de brindar una atención más integral. Así realizaron un proyecto cuyo objetivo sería: "Brindar atención psiquiátrica primaria"; entendida ésta, como la promoción de la salud mental y la protección de la población en riesgo.

Contemplada en dos etapas:

1a. ETAPA. (OBJETIVOS ESPECÍFICOS).

1. Detectar y enrolar a las personas que conformarían el equipo de salud mental.
2. Iniciar el trabajo de sensibilización personal para trabajar en grupo.
3. Aliviar las tensiones surgidas producto del cambio laboral y de la actividad del grupo.
4. Iniciar una tendencia de perpetuar el trabajo del conocimiento técnico.
5. Promover el conocimiento de las diferentes etapas del desarrollo motor del niño.
6. Promover el conocimiento técnico del desarrollo emocional del menor.
7. Promover el conocimiento técnico general del servicio de Cirugía y Ortopedia.
8. Promover el conocimiento básico general de la estructura familiar.
9. Promover el conocimiento básico general de la estructura institucional.
10. Elaborar el material didáctico indispensable para iniciar las actividades.
11. Delinear la ideología específica del trabajo de equipo.
12. Estructurar las funciones y actividades que desarrollaría el equipo de profesionales en la 2a. etapa, atendiendo las diversas disciplinas.

2a. EIAPA (OBJETIVOS ESPECIFICOS).

EL PERSONAL:

1. Manejará la ansiedad que se genera por la indicación del tratamiento del niño.
2. Manejará la ansiedad de la familia que se genera a la indicación del tratamiento.
3. Brindará las condiciones necesarias para que la familia maneje el acto quirúrgico y/o curativo general.
4. Condicionará al grupo familiar para un mejor manejo post-operatorio y curativo.
5. Promoverá la estructura que mejore la higiene mental en los niños y del personal del hospital.
6. Continuará la capacitación técnica del equipo multidisciplinario.
7. Promoverá en el servicio la cirugía y ortopedia la autosuficiencia en el terreno de la Salud Mental de prevención primaria.

Con el objeto de tener más elementos para poder planear y elaborar el proyecto antes descrito, el Dr. Herrera decidió realizar observaciones de algunos hechos que se daban en el hospital; éstos fueron:

- *VISITA* Para la atención de los pacientes, el médico adscrito pasaba diariamente visitas con ellos sin un horario establecido, en compañía de médicos internos, los cuales brindaban la información de la evolución de los casos. También lo acompañaba la enfermera del

servicio, el trabajador social y practicantes de estas dos disciplinas, su función era recibir las instrucciones concernientes al caso que el médico especialista indicaba, por lo que el resto del personal realizaba la visita pasivamente, sin existir una interacción profesional, la visita tenía un enfoque orgánico.

- *DISCUSIONES MEDICAS.* Se daban explicaciones técnicas y cambios en el tratamiento, comentarios sobre las posibilidades de realizar cirugía mayor, así como, diagnósticos y pronósticos, curaciones a sala abierta, todo esto frente al paciente, sin que se le proporcionara a éste ninguna explicación, siendo la relación personal- paciente a nivel técnico, lo que provocaba en el menor angustia y miedo.

- *REINGRESOS DE PACIENTES CRONICOS.* Este hecho fué determinante para la creación del Departamento de Salud Mental, ya que se observó que con frecuencia reingresaban al hospital, pacientes que interrumpían su tratamiento por múltiples causas, entre las que se destacaban la falta de información y orientación de la enfermedad del niño en casa.

- *PACIENTES TERMINALES.* En estos casos, no existían acciones encaminadas al manejo emocional de la muerte para el niño próximo a morir, su familia, ni para el resto de los niños con los que compartía habitación.

- *VISITA FAMILIAR.* Se permitía el ingreso de familiares de pacientes hospitalizados de 11:00 a.m. a 13:00 p.m. siendo restringida en el área de neonatos y terapia intensiva.

A pesar de ser tan importante esta visita, era desaprovechada, ya que no se propiciaba la interacción con el personal médico, solamente era utilizada para solicitar el cubrir necesidades económicas o materiales que existían. No se manejaba el evento de separación al término de la visita y en el momento de ingresar al hospital.

Posteriormente a las observaciones realizadas, el Dr. Herrera aplicó unas encuestas en las que resultó evidente la necesidad de crear un Departamento dentro del hospital, que cubriera las necesidades emocionales del niño y su familia, para que de esta manera se brindara una atención un poco más integral.

Estas fueron las bases para la creación del Departamento de Salud Mental, cuyo objetivo general original fué modificado quedando:

" Brindar atención psiquiátrica, entendida ésta, como la promoción de la salud mental y la protección de la población en riesgo " (3. HERRERA GUZMAN, DANIEL, 1987).

El programa fué pensado para aplicarse en un periodo de seis meses, a partir del 18 de mayo de 1987, limitándose originalmente a los servicios de cirugía y ortopedia. Concluido este tiempo, se haría un estudio comparativo para de esta manera determinar si el Departamento tendría una permanencia continua.

El espacio geográfico del servicio se ubicó en el área de hospitalización de cirugía y ortopedia del Hospital Infantil " Eva Sámano de López Mateos ".

B) ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL PERSONAL DE SALUD MENTAL.

- 1 Entrevistas con el paciente para detectar necesidades y definir guías de tratamientos.
- 2 Entrevistas de tipo informativo – formativo con el paciente o familia.
- 3 Entrevistas para el manejo emocional del niño.
- 4 Entrevistas para el manejo emocional de la familia.

5 Entrevistas con el paciente, familia y personal del servicio para obtener el diagnóstico integral.

6 Entrevistas con otros técnicos en salud para obtener la información preventiva que fuera necesaria.

7 Actividades específicas de canalización a los diferentes servicios cuando el paciente lo amerite.

8 Sesiones generales de hospital de carácter informativo – formativo.

9 Intervención en los programas de enseñanza con sesiones dirigidas al personal médico y paramédico.

10 Sesiones grupales reflexivas, sobre la funcionalidad del grupo y su integración.

11 Actividades específicas de coordinación con los diferentes departamentos del hospital.

C) RECURSOS HUMANOS QUE SE PENSARON PARA LLEVAR A CABO LA OPERATIVIDAD.

1 Psiquiatra.

1 Trabajadora social.

Personal de las oficinas centrales, los cuales laborarían con un horario matutino, los días martes y viernes de cada semana.

2 Enfermeras.

2 Trabajadoras sociales.

Personal del mismo hospital cuyo horario a cubrir sería matutino de lunes a viernes.

D) RECURSOS MATERIALES.

2 Cubículos.

1 Escritorio.

1 Mesa.

5 Sillas.

1 Archivero.

1 Pizarrón.

Material de papelería.

E) METODOLOGIA UTILIZADA.

Se realizó en base al Modelo Epidemiológico en Prevención Primaria, cuya finalidad se enfoca primordialmente en "preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones en promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible, mediante una combinación de recursos simples y poco complejos; siendo su objetivo la atención de problemas de la salud, simples, frecuentes y que requieren recursos combinados de poca complejidad, accesibles a la población y de corta duración en su utilización por el usuario".(4. SECRETARIA DE SALUD, 1986).

Al término de los seis meses que duró el proyecto del Departamento de Salud Mental, se detectó que era necesario e indispensable que se implementara éste en forma permanente, debido a que los servicios que abarcaba su funcionamiento daban resultados más óptimos e integrales. Basándose en esto, se amplió a todas las áreas con las que cuenta el hospital, por lo que fue necesario incrementar la plantilla de personal que laboraría en Salud Mental, sin embargo, por la falta de recursos económicos se reforzó con prestadores de Servicio Social de Psicología.

Dado que este lugar fué donde realicé el Servicio Social, el presente informe se basa en el trabajo realizado en esta área.

A continuación mencionaré en que consistió el Servicio Social que realicé siendo estudiante de la Lic. en Psicología de la Universidad "Vasco de Quiroga" y que en este caso se dió en coordinación con el Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos".

IV. METODOLOGIA.

- ANTECEDENTES DEL SERVICIO SOCIAL.

A fin de cubrir tanto los créditos correspondientes al 5o. semestre de la materia de Servicio Social de la Lic. en Psicología de la Universidad " Vasco de Quiroga ", así como los requisitos que el Gobierno de la República Mexicana exige a todos los profesionistas, fui asignada al Hospital Infantil

" Eva Sámano de López Mateos ", en el servicio de Salud Mental, del 4 de marzo al 4 de septiembre de 1991; con un horario de 8:00 a 12:00 hs. diariamente, bajo la supervisión del Jefe del Departamento el Dr. Daniel Herrera Guzmán.

- INSERCIÓN.

Se informó previamente por parte del asesor del Servicio Social, algunas de las funciones que se realizarían, las cuales eran:

1.- Apoyo a niños hospitalizados, abarcando el acompañarlos en su proceso de internamiento, así como ayudar a la aceptación de su enfermedad, tanto a él, como a su familia.

2.- Promover la salud mental en la estructura familiar de los pacientes.

Posteriormente la que sustenta se presentó junto con otras cinco estudiantes de la carrera de Psicología con el Dr. Herrera, él nos informó acerca de los antecedentes, objetivos de salud mental (véase marco situacional) y estructura del departamento a su cargo, quedando de la siguiente forma:

ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL:

Funciones de cada uno de los miembros del Area:

- *PSIQUIATRIA*: Jefe de departamento, asesor y coordinador de todas las actividades. Así como atención psiquiátrica a los pacientes que lo requieran.

- *TRABAJADOR SOCIAL*: Coordinador y asesor de área.

- *ENFERMERA*: Auxiliares en lo referente a los diagnósticos y tratamiento médicos de los pacientes captados por Salud Mental.

- *PSICOLOGO*: Coordinador y asesor de área.

- *PASANTES DE TRABAJO SOCIAL*: Encargados de realizar estudios socio-económicos de los pacientes atendidos por el servicio.

- *PASANTES DE PSICOLOGIA*: Responsables de brindar apoyo emocional a los pacientes y familiares captados por el área, en base a los lineamientos planteados por el Departamento.

PAUTAS DETERMINADAS PARA LA CAPTACION DE PACIENTES DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL.

1. NIÑOS EN FASE TERMINAL:

Siendo pacientes con enfermedades crónicas en última fase, en la cual la muerte puede ocurrir en cualquier momento.

2. PACIENTES CON QUEMADURAS DE 2o. Y 3er. GRADO:

Las primeras son lesiones producidas en los tejidos por el calor en sus diversas formas, caracterizado por una lesión cutánea elemental, ampolla epidérmica llena de suero (flictea). En las segundas aparecen deprimidas, secas y avasculares con áreas acartonadas, blancas, pardas o carbonizadas; se pueden observar vasos trombosos, ya que estas quemaduras se extienden por toda la epidermis hasta la capa subcutánea, puede ser causado por efecto de la gangrena, por la acción del calor o un cáustico.

Se refiere a todas las enfermedades cancerosas.

3. NIÑOS CON LABIO – PALADAR HENDIDO:

Malformaciones congénitas importantes, el paladar hendido es debido a la falta de fusión de los primordios palatinos embrionarios. El labio hendido se encuentra separado como la liebre, resultado de la insuficiencia mesodérmica del maxilar superior. Cada una de estas malformaciones se pueden presentar aisladas o acompañadas entre si, unilaterales o bilaterales, completos o incompletos. Acompaña a estas anomalías hipernasalidad del lenguaje, así como una alteración de las trompas de falopio o debilidad del tensor del velo del paladar, ocasionando frecuentes otitis.

varios tipos de acceso en donde el niño sufre cuando

4. NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE MALTRATO.

Lesión orgánica o psíquica que presenta un menor de edad como consecuencia de la agresión directa, no accidental, por un mayor de edad, en uso y abuso de la superioridad física, psíquica y social. Las lesiones físicas más frecuentes incluyen fracturas, lesiones en los tejidos blandos, quemaduras hematomas, lesiones internas y contusiones.

Son anomalías morfológicas que se producen en el feto por anomalías en el desarrollo.

5. NIÑOS CANDIDATOS A MUTILACIONES DE EXTREMIDADES:

Como su nombre lo indica, son niños que probablemente perderán alguno de los miembros de su cuerpo a causa de diversas afecciones.

Se refieren a los que se les ocasionan alteraciones físicas.

6. TODOS LOS PACIENTES DE MEDICINA INTERNA.

(ver antecedentes y descripción de la institución , pag 33).

7. CARDIOPATIAS.

Es toda enfermedad que de como resultado una lesión en el corazón.

8. ONCOLOGICAS.

Se refiere a todas las enfermedades cancerosas.

9. NIÑOS CON SEÑALES DE ABANDONO.

Se consideran como tales a los niños a quienes no les han sido brindados los elementos indispensables para su subsistencia como es: comida, casa, vestido, protección, supervisión y protección contra daños. Se divide en dos tipos:

- FISICOS: desnutrición, traumatismos, quemaduras de 2a. y 3er. grado, así como descuidos médicos.
- PSICOLOGICOS: crueldad psicológica, diversos tipos de acoso en donde el hecho, aunado a los estudios psicológicos permiten determinar este diagnóstico.

10. NIÑOS POLITRAUMATIZADOS.

Múltiples lesiones internas o externas provocados por una violencia externa.

11. NIÑOS CON MALFORMACIONES CONGENITAS.

Son anomalías morfológicas que se presentan en el feto por anomalías en los genes, por factores intrauterinos o por agentes físicos que afectan la formación de un tejido u órgano.

12. NIÑOS QUE SERAN SOMETIDOS A CIRUGIA.

Son pacientes a los que se les practicarán intervenciones quirúrgicas.

METODOLOGIA.

Las actividades se realizaban en pequeños grupos multidisciplinarios, de tal forma que se cubrieran todas las áreas del hospital. Cada estudiante de Psicología atendía un servicio por mes y se rotaba de manera aleatoria. El área de Trabajo Social y enfermería funcionaban como auxiliares apoyando en tres servicios por mes.

Así el trabajo realizado giró en torno a la investigación bibliográfica, de campo y de observaciones que ordenadas en forma sistemática, dieron como resultado la elaboración del presente informe.

En cuanto a:

- Características de la población (vease pag. 47 - 49. Pautas determinadas para la captación de pacientes).
- Instrumentos.
- Materiales (vease pag. 53 - 58 Atención al paciente).

PROCEDIMIENTOS.

- Checar hora de entrada y salida en el registro de asistencia.
- Pasar visita diaria a los pacientes hospitalizados, realizándose conjuntamente con el siguiente personal:
 - Médico pediatra adscrito al servicio.

- Residentes o internos de medicina.
- Enfermeras.
- Trabajadores sociales.
- Equipo de salud mental asignado al área.

VISITA.

El pase de visita iniciaba aproximadamente a las 8:00 hrs; consistiendo en analizar medicamento a los infantes hospitalizados, exponiéndose el diagnóstico, tratamiento y evolución, determinándose así, si se requería hacer alguna modificación al tratamiento, intervenciones quirúrgicas, necesidad de elaborar estudios de laboratorio y/o estudios socioeconómicos para determinar las posibilidades de que la familia costeara los medicamentos requeridos, o la necesidad de donadores sanguíneos. Durante el transcurso de la visita médica se realizaban las canalizaciones a Salud Mental.

CAPTACION DE PACIENTES.

Se llevaba a cabo mediante dos formas:

- 1.- Por medio del médico pediatra adscrito al servicio.
- 2.- En base a los lineamientos de captación de pacientes.

ATENCIÓN AL PACIENTE.

Una vez canalizado el niño al Departamento de Salud Mental, se revisaba su expediente médico, con el objeto de averiguar el diagnóstico, motivo de hospitalización (vease anexo 2), así como el reporte socioeconómico, si existía. La información obtenida era vaciada en una ficha especial (vease anexo No. 3), la cual incluía los datos más relevantes del caso y el motivo de canalización al servicio, ésta contemplaba la opinión de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario, colocándose en un lugar accesible a todos para su uso más práctico. También para realizar las anotaciones de las actividades realizadas con el fin de llevar un seguimiento y control de los pacientes atendidos en el área.

Al concluir el llenado de la ficha, se procedía a establecer el primer contacto con el niño hospitalizado y/o sus familiares según se requiriera. El objetivo a lograr era: crear las condiciones propicias dentro del ámbito emocional que permitieran facilitar el proceso de ayuda y obtener información acerca del caso que nos permitiera iniciar dicho proceso.

PRIMER CONTACTO.

En el momento de la apertura, el primer contacto se realizaba con el paciente y/o sus familiares en forma directa, la finalidad de éste, era establecer un buen rapport para así facilitar la relación entre el terapeuta y el paciente, reduciendo al mínimo la posibilidad de bloqueos o paralizaciones y crear un clima propicio para llevar a cabo la primera entrevista.

El primer contacto que se realizaba con los pacientes del hospital, era llevado a cabo al terminar el pase de visita. Consistía en acercarse lo más posible al niño a través de contacto corporal cuando se trataba de neonatos o lactantes y por medio de verbalizaciones con el niño, enfocadas a sus gustos, preferencia, escuela y familia. Frecuentemente se realizaban juegos con ellos, siendo éste método el más eficaz para obtener la confianza del infante. La duración para establecer adecuadamente este rapport oscilaba entre 1 y 7 días aproximadamente ya que dependía generalmente del estado físico

en el que se encontraba el paciente. Posterior a éste y como parte en sí del proceso de apoyo emocional, se realizaba la entrevista.

ENTREVISTA DE EXPLORACION INFANTIL.

La entrevista de exploración infantil realizada por el departamento de salud mental en el área de psicología, se basaba en los fundamentos teóricos de la entrevista, así como en las necesidades del medio en que nos desenvolvíamos. El objetivo de la entrevista, en nuestro caso era principalmente el de investigar la conducta motivo de preocupación, para que en base a ésta, planear las acciones enfocadas a establecer el equilibrio en la personalidad del niño y su familia.

El contexto en que se efectuó la entrevista fue en medio hospitalario, por lo que las condiciones de encuadre eran constantemente modificadas, ya que los sujetos a entrevistar sufrían algún padecimiento físico, cuya evolución era muy variable. Los espacios con los que se contaba para realizar la actividad, eran los pasillos del mismo hospital cuando la entrevista se realizaba con los familiares del paciente, y en los cuartos de hospitalización, en donde el niño estaba acostado o sentado, y el entrevistador permanecía de pie.

Debido a las condiciones del medio, y a las características del entrevistado, la entrevista generalmente cubría un doble fin: explorar y evaluar la personalidad del niño hospitalizado, funcionando así mismo como un medio terapéutico, ya que la entrevista significaba con mucha frecuencia la única posibilidad que tenía el entrevistado de hablar lo más sinceramente posible de sí mismo, con alguien que no lo juzgara, sino con quien se sintiera con la confianza de hacerlo.

Posteriormente a la entrevista y con la información recabada se realizaba el diagnóstico.

DIAGNOSTICO.

Es sumamente importante la elaboración de un diagnóstico que permita conocer la problemática que se presenta, para así planear el tratamiento a seguir. Por ello, este se realizaba en base a la enfermedad que presentaba en paciente, su evolución y tratamiento, así como los datos que se recababan en la entrevista (véase entrevista), que proporcionaban datos acerca de las afecciones emocionales y sociales que permitían elaborar un diagnóstico desde el punto de vista psicológico.

TRATAMIENTO.

Se puede describir como tratamiento, todas aquellas acciones enfocadas a resolver una situación determinada que se presenta. Existen diversos tratamientos según el problema a resolver, en nuestro caso se realizaban desde un punto de vista psicológico y con las características de apoyo emocional, es decir, esta ayuda no es tan compleja como una psicoterapia, debido a que nuestra preparación académica no concluía aun y los elementos con los que contábamos eran insuficientes para poder realizar un proceso tan estructurado. Así nos enfocábamos a cubrir procesos más simples, consistiendo en aliviar el síntoma por medio de la expresión de quejas y problemas interpersonales; este proceso estaba apoyado y fundamentado en la psicoterapia breve y de emergencia, ya que las indicaciones de esta terapia eran acordes con los que se presentaban en el hospital (limitaciones de tiempo, espacio, insuficiente personal, pacientes con diversos padecimientos físicos como enfermedades oncológicas, padecimientos cardíacos, politraumatizados, etc.), este método se utilizaba como medida preventiva, ya que en muchos casos un tratamiento inmediato, aunque corto de tiempo, impide que el problema evolucione hacia una desadaptación grave que trajera como consecuencia una enfermedad seria y crónica.

Así mismo, este tratamiento nos permitía apoyar a pacientes que iban a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas. El objetivo era disminuir la ansiedad y el pánico que producía dicha operación. Se realizaba este mismo tipo de tratamiento a los niños que se les iba a amputar una parte de su cuerpo, al apoyo era dirigido al significado del trauma o pérdida de que se trataba. Las áreas antes mencionadas eran apoyadas constantemente por el equipo de salud mental, ya que dichas intervenciones médicas resultaban ser emocionalmente traumáticas para los infantes. El objetivo a lograr dependía del caso en particular, ya que cada operación trae como consecuencia un problema específico.

Un recurso que nos facilitaba el tratamiento psicológico que se brindaba, era basada en la terapia de juego. Así con muñecos, carritos, pelotas, dibujos y otros "objetos", se le permitía al niño un medio a través del cual pudiera expresar y manejar sus miedos, angustias, temores y depresiones, consecuencia de la enfermedad que padecía y las circunstancias en las que se encontraban. También se le brindaba apoyo a los familiares del chico, consistiendo en ayudarlos a entender y comprender el proceso por el que estaba pasando el pequeño, así mismo, se les orientaba en lo referente a la importancia de la comunicación y el contacto corporal con el pequeño, esto se realizaba debido a que era muy frecuente que los familiares estuvieran en silencio durante el transcurso de la visita, o bien permanecían en los pasillos del hospital sin que el paciente se enterara muchas veces de que estaban ahí.

Sin embargo, debido a las limitaciones con que se realizaba este tratamiento como era: espacios reducidos con poco material y el tiempo con el que se contaba era insuficiente, la terapia de juego no se llevaba a cabo con la profundidad necesaria para lograr cubrir en la totalidad el objetivo, por lo que nos enfocábamos a tratar de resolver hasta donde era posible los conflictos que presentaban los niños; es importante tomar en cuenta que en muchas ocasiones se combinaba la entrevista con la terapia (véase entrevista) dadas las condiciones que se daban.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS.

Se llevaban también a cabo, actividades complementarias dirigidas a facilitar el tratamiento que se les brindaba a los menores, a estas asistía el personal de servicio que cubriera una área específica, o bien, se realizaba con todo el personal del departamento, dependiendo de cada caso en particular.

a) SESIONES DE ENSEÑANZA:

Llevadas a cabo cada quince días, con una duración de 60 minutos aproximadamente, el objetivo era el análisis y comprensión de los procesos hospitalarios por los que atraviesa un niño, y los diversos métodos de tratamiento para estos. Se realizaban mediante exposiciones, en donde participaba todo el personal de servicio.

b) REUNIONES DE INTEGRACION GRUPAL:

Actividad enfocada a mejorar las relaciones entre los miembros del servicio, mediante la expresión de sentimientos, emociones y situaciones conflictivas, permitiendo una mejor comunicación entre los participantes, en donde el psiquiatra era el facilitador de dicho proceso.

c) DISCUSION DE CASOS:

Llevadas a cabo una vez por semana, ahí se exponían los tratamientos, los avances y dificultades que se presentaban con los pacientes captados para que se nos brindara asesoría y apoyo y poder así continuar con nuestras actividades, y de esta forma evitar hasta donde fuera posible obstaculizar o equivocar las acciones a seguir.

d) REUNIONES CON EL GRUPO MULTIDISCIPLINARIO DE LA CLINICA DE LABIO PALADAR HENDIDO:

Estas reuniones se realizaban los jueves de cada semana, ahí se reunía un equipo multidisciplinario que brindaban atención a niños con labio paladar-hendido, su objetivo era tener una visión más integral de este problema y exponer nuevos tratamientos y avances.

El grupo se componía de:

- Dentista.
- Ortodoncista.
- Genetista.
- Psiquiatra.
- Psicólogo.
- Terapeuta de lenguaje.
- Trabajador social.
- Pasante de psicología.
- Pasante de trabajo social.

Estos dos últimos eran los que en ese momento se encontraban realizando actividades en el servicio de cirugía y ortopedia, asistían solo como observadores, es decir, no existía una participación activa de estos en la reunión.

V. RESULTADOS.

Las actividades descritas en este informe, brindan la posibilidad de tener una perspectiva más amplia de las vivencias de los niños hospitalizados, mostrando un aspecto poco analizado, llendo más allá de los procesos terapéuticos puramente físicos, en donde los aspectos emocionales y afectivos, pocas veces tomados en cuenta, son afectados y a su vez afectan sobre la enfermedad existente, resaltando la importancia de que exista un departamento encargado de cubrir estos aspectos, ya que aunque la enfermedad ocupe un lugar por así llamarlo "normal" o frecuente en la vida del niño, no significa que no altere su equilibrio, pues dicha experiencia lleva al infante a que manifieste diversos mecanismos psicoafectivos, siendo frecuente que se presenten regresiones en su desarrollo, expresando una excesiva dependencia del medio, experimentando sufrimiento, sentimiento de culpa y un menoscabo del esquema corporal, sintiéndose débil e imperfecto; sin embargo, si esta situación no se prolonga demasiado, el pequeño recuperará rápidamente su equilibrio, de no ser así esto se ve agudizado cuando es necesario la hospitalización, en donde aparece insinuada la muerte, que aunque no se hable mucho de ella afecta tanto al paciente como a su familia.

El proceso de hospitalización pueden causar trastornos en el equilibrio psicológico del niño que influirá en sus posibilidades de combatir la enfermedad, ocasionada por la carencia afectiva, resultado de la separación repentina y discontinua de la familia con el paciente. Los efectos de esta situación dependerán de varios factores como son: frecuencia y duración de enfermedad, edad del niño, tipo de enfermedad, etc., presentándose en general: retraimiento, regresión, pérdida de peso, estancamiento del desarrollo, gran vulnerabilidad a afecciones y enfermedades, dificultad para dormir, sentimiento de insuficiencia en diversos

grados, pérdida del bienestar y se ubica en un estado de sufrimiento que impide una evolución adecuada del tratamiento médico, obstruyéndolo, impidiéndolo y complicándolo, pues es muy frecuente que el niño hospitalizado desarrolle complicaciones sobre la enfermedad ya existente como resultado de esta situación. De ahí pues que sea necesario atender estos aspectos para así poder disminuir considerablemente los trastornos emocionales originados por la hospitalización, que se reflejará en una más pronta recuperación y permitirá prevenir trastornos psicológicos graves que no desaparecerían con la supresión de la hospitalización.

VI. CONCLUSIONES.

En general al realizar un análisis de los resultados obtenidos durante la prestación del servicio social en el área hospitalaria, se concluye lo siguiente:

El departamento de salud mental no contaba con un programa estructurado de las actividades a desempeñar por los estudiantes de la carrera de psicología, situación que dificultó el avance para lograr las metas propuestas, pues era confuso el panorama de los aspectos a cubrir, por lo que muchas veces se perdía el objetivo a seguir el cual era: brindar apoyo emocional a niños hospitalizados y su familia, ya que debido a diversas circunstancias como falta de espacios adecuados, limitaciones para establecer contacto con el paciente (curaciones, aparatos quirúrgicos, personal médico, dolor agudo, malestar generalizado como resultado de su enfermedad, etc;), problemática que aunada a una preparación académica insuficiente en relación a los aspectos sobre desarrollo infantil, así como en lo referente a diagnósticos psicológicos y tratamiento, nuestras intervenciones se basaban principalmente a brindar un "espacio" mediante el cual, el paciente pudiera expresar sus angustias, miedos y temores a través de verbalización y/o juegos (muchas veces improvisados), se lograba hasta cierto punto un estado de bienestar en estos niños que beneficiaba su tratamiento médico y se veía reflejada en una más pronta recuperación.

Esta situación nos permitió al estar en contacto con una gran cantidad de limitantes el reconocer nuestras propias carencias en lo referente a conocimientos y habilidades, lo que propició el interés y la necesidad por profundizar en estos temas a través de la investigación, para así, poder cubrir de una manera más eficaz las demandas que se nos presentarán.

En general considero que los objetivos propuestos en un principio no fueron cubiertos en su totalidad, sin embargo, creo que se logró poner en práctica los conocimientos adquiridos por medio de la preparación académica y nos brindó la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y perfeccionar técnicas, así como desarrollar nuevas habilidades.

VII. PROPUESTAS.

La realización del Servicio Social, es de gran utilidad ya que brinda la posibilidad de llevar a la práctica los conocimientos adquiridos en las instituciones educativas encargadas de formar profesionistas en las diversas especialidades, con el objeto de enfrentarse realmente ante los propios alcances y limitaciones, para que de esta forma se busquen alternativas que permitan lograr un rendimiento óptimo en el área que se esta desempeñando y brindar a la comunidad un servicio en forma gratuita que permite atender sin costo alguno las demandas de la población. De ahí que sea importante que el servicio social se realice dentro del área que corresponde a cada especialista para que el objetivo de esta actividad sé cubra.

Así pues, con el interés de que los futuros prestadores del Servicio Social en la Licenciatura de Psicología que elijan el área hospitalaria, puedan alcanzar una mejor actuación en su servicio a la comunidad y retomando la experiencia vivida, se ofrece una serie de sugerencias que impedirán en gran medida tropiezos, y permitirán maximizar los conocimientos que poseen para así alcanzar a cubrir los objetivos propuestos.

SUGERENCIAS A LA UNIVERSIDAD:

1. Sería conveniente que ofreciera a los estudiantes:

* Realizar su servicio social durante el transcurso de sus últimos semestres de la Licenciatura, de esta forma contarían con un mayor número de conocimientos y habilidades en relación a la psicología que les permitiera enfrentar de una manera más adecuada la complejidad de aspectos y procesos que existen en un hospital.

* Asesoría académica, ya que como aún no se han concluido los estudios, necesita el alumno que se le oriente y asesore sobre las actividades que se encuentran realizando, evitando hasta donde sea posible que se lleven a cabo acciones poco acertivas o equivocadas.

* Apoyo psicológico, pues al estar laborando en un medio hospitalario, se está en contacto permanente con sufrimiento físico, emocional y con aspectos como la muerte, dolor, depresión, angustia, miedo, agresión, etc., que pudieran desequilibrar la estabilidad psicológica del prestador del servicio, afectando no solo sus actividades profesionales, sino también otros aspectos personales.

2. Coordinar con la institución médica, las actividades que desempeñará el estudiante, para que sean acordes a los alcances y preparación de estos.

3. Solicitar a la institución un plan de trabajo, que permitiera al alumno tener una panorámica del lugar a donde iría y que se espera de él, para que así su asesor pudiera hacer una mejor elección y al mismo tiempo "proteger" al estudiante de situaciones difíciles de manejar.

4. Revisar la currícula, ya que considero que el área de psicología infantil es poco estudiada, analizada e investigada, lo que dificulta la comprensión de los infantes.

5. Sería conveniente que durante el último semestre de la licenciatura se anexara una materia de elaboración de tesis que permitiera una mejor coordinación y asesoría en un proceso de esta índole

SUGERENCIAS AL HOSPITAL:

1. Es sumamente importante que esta institución a través del departamento de salud mental, proporcione a los prestadores de servicio social:

- * Explicación de las normas técnicas, para la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria a la salud que exige la Secretaría de Salud en su Ley General de Salud, para así uniformar en lo posible las actitudes y criterios con los del personal del Sistema Nacional de Salud en lo referente a la atención primaria a la salud (ver anexo 4).

- * Que ofrezca un programa estructurado y bien definido de las acciones a seguir, en donde exista una asesoría que permita un mejor rendimiento mediante acciones concretas, ahorrando tiempo y mejorando los resultados de las acciones terapéuticas.

- * Apoyo psicológico, ya que es frecuente que el medio hospitalario favorezca la aparición de angustia, miedo, depresión, ansiedad y el desarrollo de aspectos psicosomáticos, que ocupan ser atendidos rápidamente, evitando que ocurran trastornos más graves.

SUGERENCIAS AL ESTUDIANTE:

El servicio social es una oportunidad para aprender, por lo que se debe aprovechar en todo lo posible, pues permite no solo la aplicación y búsqueda del conocimiento, sino también favorece el desarrollo de habilidades que únicamente a través de la práctica se puede conseguir, exigiendo poner de manifiesto todo lo que somos, enfrentandonos constantemente con las propias limitaciones y con la sensación de impotencia, situaciones que se logran vencer muchas veces por medio de la asesoría académica y el apoyo psicológico, siendo esencial recurrir a estos medios cuantas veces sea necesario, lo que implica el reconocer la necesidad de ayuda. Se debe de tomar en cuenta que como aún no esta terminada la enseñanza académica las deficiencias y errores son frecuentes, sin embargo se debe tratar de evitarlos adquiriendo cada vez más elementos que favorezcan un mejor rendimiento, siendo importante no olvidar nunca que se trabaja con seres humanos a los que se les debe brindar ayuda en todo momento, en donde es fundamental la función del psicólogo, debido a esto, es importante que el estudiante este consciente que su preparación no termina al concluir sus estudios de Licenciatura, y que necesita continuar siempre preparándose, adquiriendo conocimientos y habilidades que le permitan entender y atender la complejidad de los procesos psicológicos de los individuos.

BIBLIOGRAFIA.

1. Aguilar, Altea, Taurus. "Gran diccionario Patria de la Lengua Española". Editorial Patria, segunda edición. 1994, México.
2. Ajuriaquerria J., Marcelli D. "Manual de Psicopatología del Niño". Editorial Toray – Masson. 1982, España.
3. Auconturier, Bernard. "El cuerpo y el inconsciente". Editorial Científico – Médica.
4. Axline, Virginia M. "Terapia de juego". Editorial Diana. 1986, México.
5. Barruecos, Maria Paz. "Pedagogía de la Primera Infancia 8. El Lenguaje del Prescolar". Editorial Trillas. 1990, México.
6. Bellar y Small. "Psicoterapia breve y de emergencia". Editorial Pax, segunda edición, sexta reimpresión. 1990, México.
7. Bleger, Jose. "Temas de Psicología y Grupos de Entrevistas y Grupos". Editorial Nueva Visión. 1990, Argentina.
8. Blum, Gerald S. "Teorías psicoanalíticas de la personalidad". Editorial Paidós. 1978, Buenos Aires.

9. Boring, Edwin G. "Historia de la psicología experimental". Editorial Trillas. 1985, México.
10. Caloca Moreno, Lucia; y otros. "Manual de Psicometricidad". VIII Seminario de Laboratorios Foraneos. Departamento de Psicología y Psicopedagogía. Septiembre 1981, México.
11. Campo, Alberto J. "Enciclopedia de la psicología, desarrollo del niño". Editorial Oceano. Barcelona.
12. De La Torre S., Ma. de los Angeles. "Separatos de investigación sobre psicología genética". 1987, México.
13. De La Torre S., Ma. de los Angeles. "Separatos de investigación sobre psicoanálisis". 1985, México.
14. De La Torre S., Ma. de Los Angeles. "Apuntes sobre psicometricidad". 1986, México.
15. De La Torre S. y otros. "Proyecto de investigación a niños con capacidades y aptitudes sobresalientes". Sep. 1992, México.
16. "Diccionario Médico". Editorial Salvat S.A. 1971, Barcelona.
17. Durive, Johanne. "Educación y psicometricidad, manual para nivel preescolar". Editorial Trillas. 1986, México.
18. Faber Adele, Mazlish Elaine. "Cómo hablar para que los niños escuchen y cómo escuchar para que los niños hablen". Editorial Edivisión, 3a. edición. 1991, México.

19. Fernandez, Beatriz L. "Cuide a sus hijos. Su crecimiento y desarrollo". Editorial Trillas, primera reimpresión. 1994, México.
20. Fernandez, Beatriz L. "Cuide a sus hijos. Sus enfermedades y accidentes". Editorial Trillas, primera reimpresión. 1994, México.
21. Fish R., Weakland J.H., Segal L. "La táctica del Cambio: Cómo abreviar la Terapia". Editorial Herder. 1988, España.
22. Freud, Ana. "Los textos fundamentales del psicoanálisis". Editorial Altaya. 1993, Barcelona.
23. Garcia Pelayo, Ramon y Gross. "Diccionario Práctico Español Moderno". Editorial Larousse, vigesimoquinta reimpresión. 1983, México.
24. Gesell, Arnold. "Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño". Editorial Paidós. Buenos Aires.
25. Guido Aguilar de Lebl, Blanca G.; Recinos, Luis A. "Conductas problemáticas en el niño normal. Programas Preventivos, Terapéuticos. Guía para padres y maestros". Editorial Trillas, primera edición. 1987, México.
26. Hammer, Emanuel f. "Test proyectivos graficos, psicometría y psicodiagnósticos". Editorial Paidós. 1990, México.

27. Hécaen h. Y Dubois J. "El nacimiento de la neuropsicología del lenguaje". Editorial Fondo de Cultura Económica. 1983, México.
28. Hernandez Oñate, Maria Olívia. "Especialidad en Evaluación del Desarrollo Infantil". Reporte integrado para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Vasco de Quiroga. 1992, Morelia, Mich.
29. Herrera Gúzman, Daniel. "Programa Estatal de Salud Mental". 1987. Morelia, Mich.
30. I.N.E.G.I. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA).
31. Lapierre, André y Auconturier, Bernard. "La symbole du mouvement". E.P.I. 1975, Paris.
32. Mannoni, Maud. "El niño retardado y su madre". Editorial Pardos, S.A., reimpresión 1992, México.
33. Melendez Balbuena, C. Rocio. "Apoyo didáctico a la psicomotricidad". S.E.P.
34. Melgar de Gonzalez, María. "Cómo detectar al niño con problemas del habla". Editorial Trillas, segunda edición. 1986, México.
35. Minuchin, Salvador. "Terapia Familiar. Familia y Terapias Familiares". Editorial Gedisa 4a. edición. 1992, España.
36. Mussen, Paul; Janaway y Conger, John; Kagan, Jerome. "Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño". Editorial Trillas, segunda edición. 1990, México.

37. "Muy interesante". Editorial Palsa, S.A. de C.V. año XI No. 8. México, D.F.
38. "Muy interesante". Editorial Palsa, S.A. de C.V. año XI No. 11. México, D.F.
39. Nieto Herrera, Margarita E. "Evolución del lenguaje en el niño". Editorial Porrúa, segunda edición. 1984, México.
40. Nuñez Fernandez, Ma. Salud M. "El desarrollo de la inteligencia, según la psicología genética de Jean Piaget". Tesina. 1973, Mexico, D.F.
41. Pal, Equipo de Redacción. "Diccionario de psicología 1 - Z". Editorial Orbis. 1985, Barcelona.
42. Paulin Lara, Margarita. "Informe del Servicio Social". Universidad Vasco de Quiroga. 1993, Morelia, Mich.
43. "Pediatria. Cuidado de la salud de la niñez". Editorial Mc.-Graw-Hill, Toma I, II, III. 1986, México.
44. Peinado Altable, Jose. "Paidología". Editorial Porrúa, undécima edición. 1977, México.
45. Piaget, Jean. "La formation du symbole chez l'enfant: Imitation, jeu et reve. Image et representation". Editions Delachaux et Niestlé, S.A., Neuchatel 1948, Francia.
46. Piaget, Jean. "La psicología de la inteligencia". Editorial Grijalvo. 1983, España.
47. Pichot Pierre. "DSM - III - R, Manual diagnóstico y estadístico de los transtornos

mentales". Editorial Masson. 1988, Barcelona.

48. Rodríguez Islas, Guadalupe. "Psicoterapia de juego". VIII Seminario de Laboratorios Foraneos. 1981, Morelia, Mich.

49. Salama Penhos, Héctor. "Manual de Psicodiagnóstico, intervención y supervisión para psicoterapeutas". Editorial Manual Moderno. 1991, México.

50. S.E.P. "Evaluación Inicial. Manual del Promotor Educativo". Conafe. 1995, México.

51. S.E.P. "Trabajo interdisciplinario en un proyecto integral de atención psicopedagógica". 1986, México.

52. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Planeación, 1986, México.

53. Singer, Erwin. "Key Concepts in Psychotherapy". Random House. 1965, New York.

54. Singer de Bampo, María L.; y otros. "Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico". Editorial Nueva Visión, trigésima edición. 1987, Argentina.

55. Vygotsky Lev S. "Pensamiento y lenguaje. Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas". Editorial Quinto sol, primera reimpresión. 1990, México.

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Pal Equipo de Redacción "Diccionario de Psicología 1-z"
Editorial Orbis, S.A., 1985, Barcelona.
2. I.N.E.G.I. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA)
3. Herrera Guzman Daniel. "Programa Estatal de Salud Mental".
1987, Morelia, Mich.
4. Secretaria de Salud, Subsecretaria de Planeación, 1986, México.

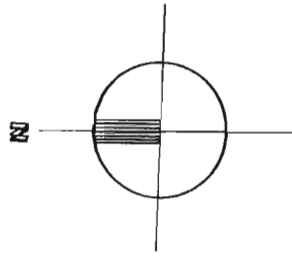
ANEXOS

ANEXO # 1

"PLANO DE-LOCALIZACION
DEL
HOSPITAL INFANTIL"

HOSPITAL INFANTIL
EVA SAMANO DE LOPEZ M.

CROQUIS DE LOCALIZACION



SIMBOLOGIA



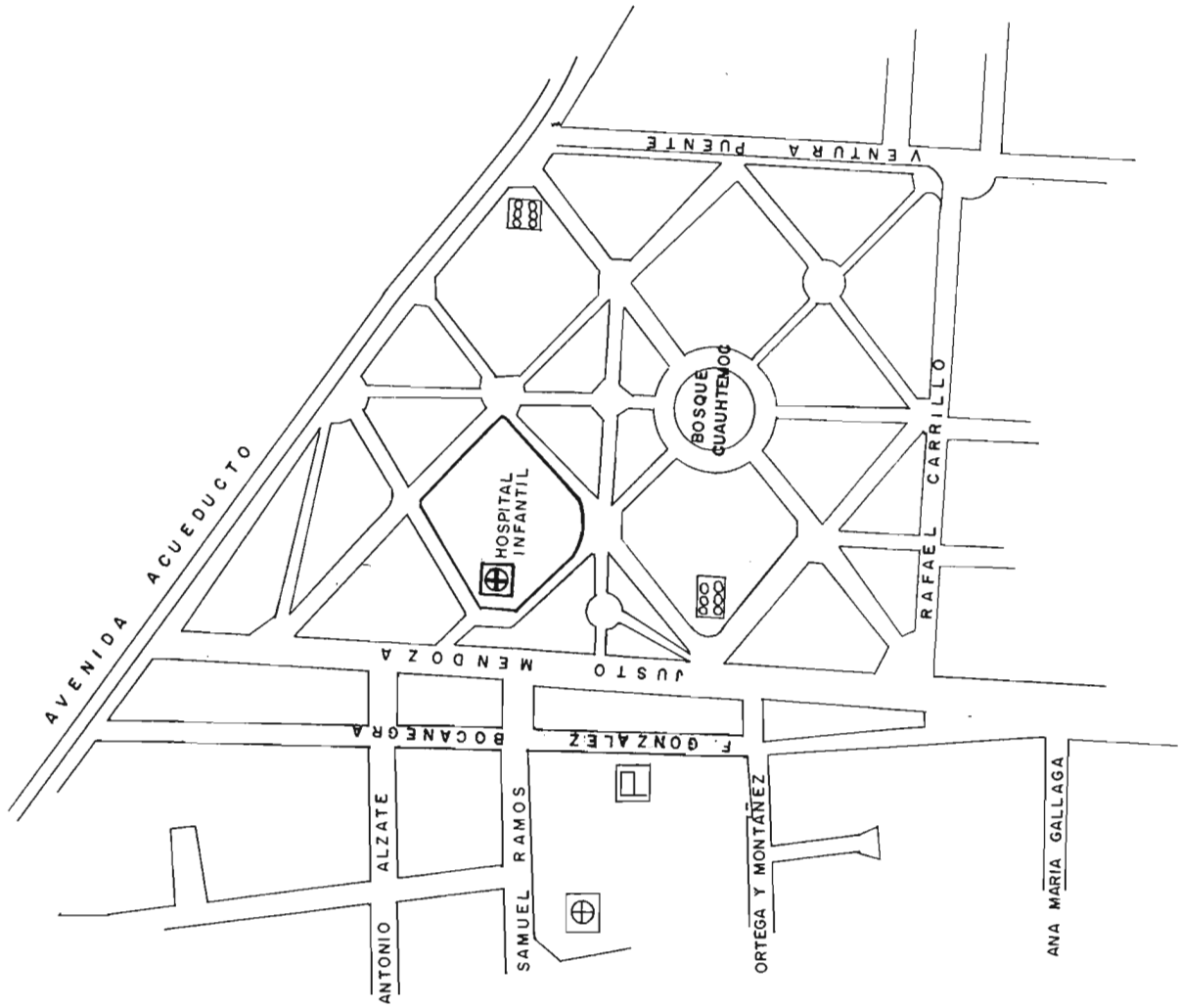
SALUD



EDUCACION



ADMINISTRACION PUBLICA



HOSPITAL INFANTIL

" EVA SAMANO DE LOPEZ M. "

ANEXO # 2

"EXPEDIENTE MEDICO"

HOSPITAL INFANTIL

HOJA DE ESTADO DE SALUD

" EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS "

NOMBRE: _____

FECHA: _____

SALA: _____ REG. _____

HOJA DE ESTADO DE SALUD:

NOTA DE INGRESO:

INDICACIONES:

HOSPITAL INFANTIL

" EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS "

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA:

DIAGNOSTICO:

HOSPITAL INFANTIL

" EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS "

NOTA DE REVISION:

FECHA:



HOSPITAL INFANTIL

" EVA SAMANO DE LOPEZ MATEOS "

FECHA:

ORDENES Y TRATAMIENTO

EVOLUCION



A N E X O # 3

"FICHA ESPECIAL DEL
DEPARTAMENTO DE
SALUD MENTAL"



A N E X O # 4

"NORMA TECNICA PARA LA
PRESTACION DE SERVICIOS DE
SALUD MENTAL EN LA ATENCION
PRIMARIA A LA SALUD"

NORMA TECNICA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.

De acuerdo a lo señalado en los artículos 3o., 4o., 5o., 7o., 13, 14, 72, 73, 74, 77 y 104 de la Ley General de Salud y en el artículo 27 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES:

ARTICULO 1o. Esta norma técnica tiene por objeto uniformar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema Nacional de Salud, en relación con la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria a la salud.

ARTICULO 2o. Esta norma técnica es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores públicos, social y privado del país.

ARTICULO 3o. Salud mental es el desarrollo óptimo de las potencialidades humanas para la convivencia, el trabajo y la recreación.

ARTICULO 4o. Los servicios de salud mental en la atención primaria a la salud comprenden las actividades siguientes:

- Preventivas,
- Curativas y
- De rehabilitación psicosocial.

CAPITULO II.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS:

ARTICULO 5. Las actividades preventivas en relación con la salud mental son las siguientes:

- Educación al personal de salud y a la comunidad,
- Promoción en la comunidad y
- Detección oportuna de casos en usuarios de las unidades de salud y en la comunidad.

EDUCACION:

ARTICULO 6. La educación en relación con la salud mental implica la información y orientación respecto a los temas básicos siguientes:

- Desarrollo psicológico del niño,
- Adolescencia,
- Personalidad sana,
- Familia,
- Educación sexual,
- Trastornos emocionales y de conducta en la infancia,
- Síndrome hiperquinético,
- Crisis de las edades madura y senil,
- Farmacodependencia,
- Alcoholismo,
- Neurosis,
- Depresión,
- Psicosis,
- Epilepsia y
- Retraso mental.

PROMOCION:

ARTICULO 7. La promoción de la salud mental implica la formación y fomento de grupos organizados para la realización de las actividades sociales, culturales y recreativas siguientes:

- De autoayuda,
- De auto asistencia,
- De discusión dirigida,
- Cívicas,
- Preservación de valores tradicionales locales,
- Conferencias,
- Paseos, visitas y excursiones dirigidas,
- Artísticas y manuales,
- Deportivas,
- Juegos de salón y
- Otras.

DETECCION OPORTUNA DE CASOS:

ARTICULO 8. La detección oportuna de casos en relación con la salud mental, se lleva a cabo a través de las acciones siguientes:

- Consulta médica,
- Aplicación de instrumentos: Cuestionarios, encuestas y otros,
- Visita domiciliaria e
- Informe de la comunidad sobre quién presenta síntomas de enfermedad mental.

CAPITULO III.

ACTIVIDADES CURATIVAS:

ARTICULO 9. Las actividades curativas en relación con la salud mental son las siguientes:

- Consulta a enfermos,
- Atención de urgencias y
- Seguimiento del usuario.

CONSULTA A ENFERMOS:

ARTICULO 10. La consulta a enfermos se lleva a cabo como se indica en la NORMA TECNICA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, además, comprende las acciones específicas siguientes:

- Examen mental,
- Estudios psicológicos,
- Exámenes de laboratorio y gabinete,
- Tratamiento:
 - Psicofármacos,
 - Psicoterapia y
 - Estimulación perceptivo motora,
- Información al enfermo y a la familia y
- En su caso referencia a una unidad de salud de mayor complejidad.

ATENCION DE URGENCIAS:

ARTICULO 11. La atención de urgencias psiquiátricas se lleva a cabo como se indica en la NORMA TECNICA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.

SEGUIMIENTO DEL USUARIO:

ARTICULO 12. El seguimiento del usuario en relación con su estado de salud mental implica las acciones siguientes:

- Consulta subsecuente,
- Visita domiciliaria y
- Rescate de pacientes.

ACTIVIDADES DE REHABILITACION:

ARTICULO 13. Las actividades de rehabilitación de los enfermos mentales son las siguientes:

- Terapia psicosocial y
- Orientación vocacional.

ARTICULO 14. La terapia psicosocial comprende las acciones siguientes:

- Laborales,
- Ocupacionales y
- Recreativas.

ARTICULO 15. La orientación vocacional comprende las acciones siguientes:

- Entrevistas,
- Estudio de aptitudes y
- Valoración del desempeño en la terapia psicosocial.

ARTICULO 16. Las actividades de rehabilitación de los enfermos mentales se realizan en los lugares que se indican en la NORMA TECNICA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD, además en los lugares específicos siguientes:

- Unidad terapéutica para niños y adolescentes y
- Talleres protegidos.

CAPITULO V

REGISTRO E INFORMACION:

ARTICULO 17. El registro y la información de las actividades y de las acciones que se realizan en relación con la salud mental, en las unidades de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, se llevan a cabo como se indica en la NORMA TECNICA emitida por la Secretaría de Salud y publicadas en la Gaceta Sanitaria.

TRANSITORIOS:

PRIMERO. Esta norma técnica entrará en vigor a los quince días siguientes a su publicación en la Gaceta Sanitaria.

SEGUNDO. Esta norma técnica deroga todas las disposiciones emitidas con anterioridad referente a esta materia.

SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

DIRECCION DE SALUD MENTAL, REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL.

MEXICO. 1986.