



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA
FAMILIA DEL MUNICIPIO DE ZACOALCO DE TORRES
JALISCO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
Administración 2021-2024**

**Responsable: Lic. Psicología Andrea
Berenice Ascencio Vicente**

ÍNDICE

Introducción

Objetivo del Manual

Marco Jurídico

Procedimientos:

Realizar interconsulta a hospitalización y urgencias

Realizar interconsulta en la consulta externa

Atención de pacientes con trastorno mental y embarazo

Atención de pacientes con violencia familiar

Elaboración de protocolo de investigación

Procedimiento para la formación de recursos humanos

Introducción

El Departamento de Psicología, es un departamento dentro del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Zacoalco de Torres.

El presente manual constituye un elemento indispensable ya que presenta la información detallada, ordenada, sistemática e integral que contiene todas las instrucciones, responsabilidades e información sobre políticas, sistemas y procedimientos de las distintas actividades que se realizan en el Departamento de Psicología, así como la interacción que presenta con las demás áreas dentro de DIF.

La correcta operación del contenido de este Manual de Procedimientos, deberá ser supervisada por el titular del área, quien adicionalmente será responsable de su resguardo, difusión, implantación y actualización.

OBJETIVO DEL MANUAL

Describir las actividades que en materia de Psicología, desarrolla el departamento dentro de la institución SMDIF Zacoalco.

MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley de Planeación.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley Federal de Derechos.

Ley General de Salud.

Ley de Salud para el Distrito Federal.

Ley General de Educación.

Ley General de Población.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos,

Productos y Servicios.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y cadáveres de Seres Humanos.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.

Reglamento Interior de la Comisión Intersecretarial de la Industria Farmacéutica.

PRESENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

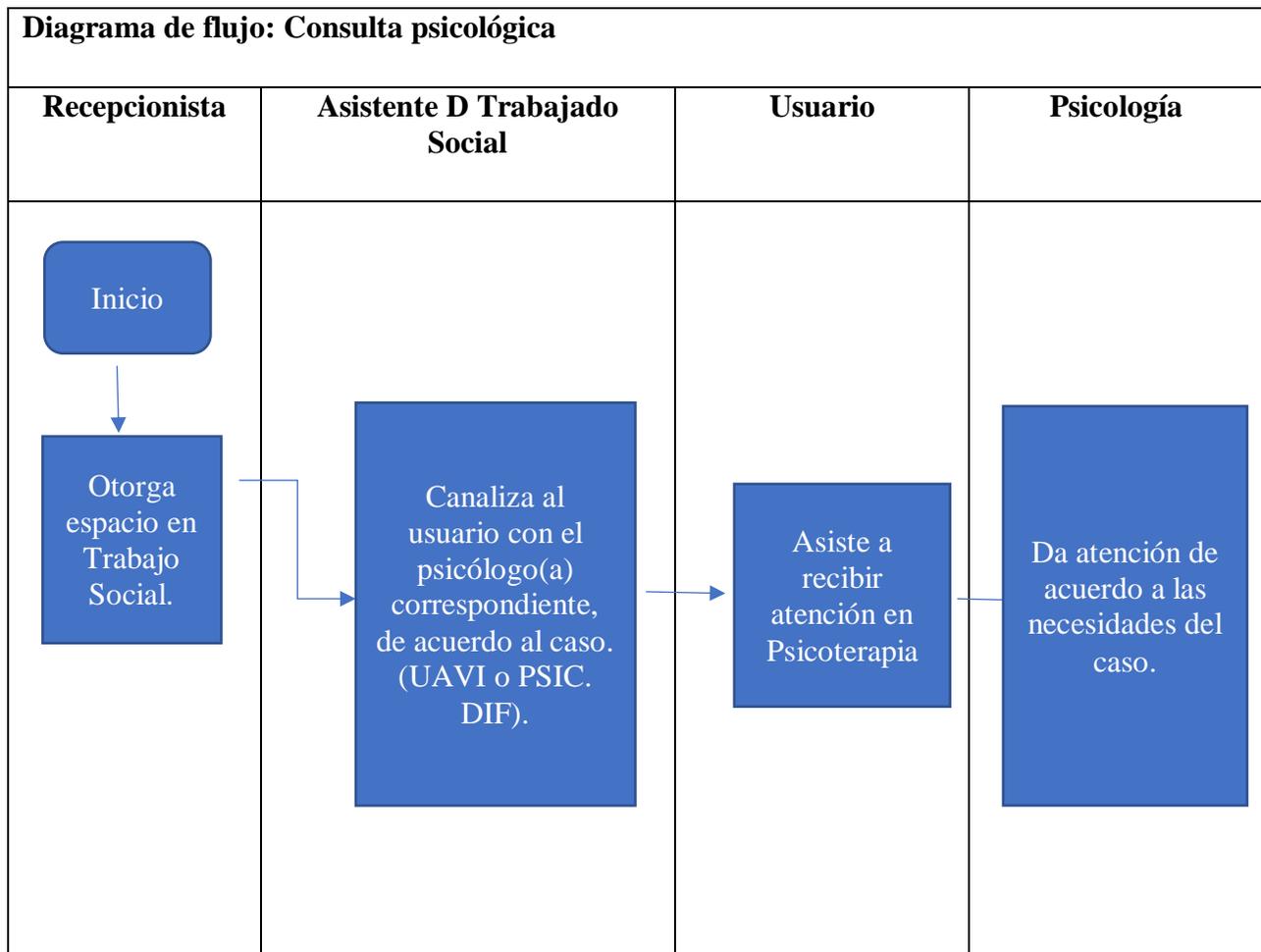
- Atención psicoterapéutica 1.
- Consulta psicológica 2.
- Control de cuotas de recuperación de caja Atención psicológica proactiva 3.
- Pláticas de prevención de riesgos psicosociales 4.
- Pláticas de educación para la salud

NOMBRE, DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO, DIAGRAMA DE FLUJO Y FORMATOS

Nombre del Procedimiento:	Consulta psicológica
Objetivo:	Brindar atención psicológica de primer nivel a pacientes en estado de vulnerabilidad que carezcan de servicios médico - asistenciales por parte de instituciones oficiales; con la finalidad de disminuir los principales riesgos psicosociales que enfrentan Niñas, Niños, Adolescentes y sus Familias.
Fundamento Legal:	Ley sobre el sistema estatal de Asistencia Social artículo 33 y art 17 Fracc. 12.
Políticas de Operación:	Se recibe la solicitud para consulta psicológica, se elabora recibo de pago, se elabora expediente, se asigna psicólogo, se brinda la atención correspondiente, se determina si el usuario necesita canalización, se realiza traslado de usuario a otra institución de ser necesario.
Tiempo Promedio de Gestión:	50 minutos.

Descripción del Procedimiento: Consulta psicológica

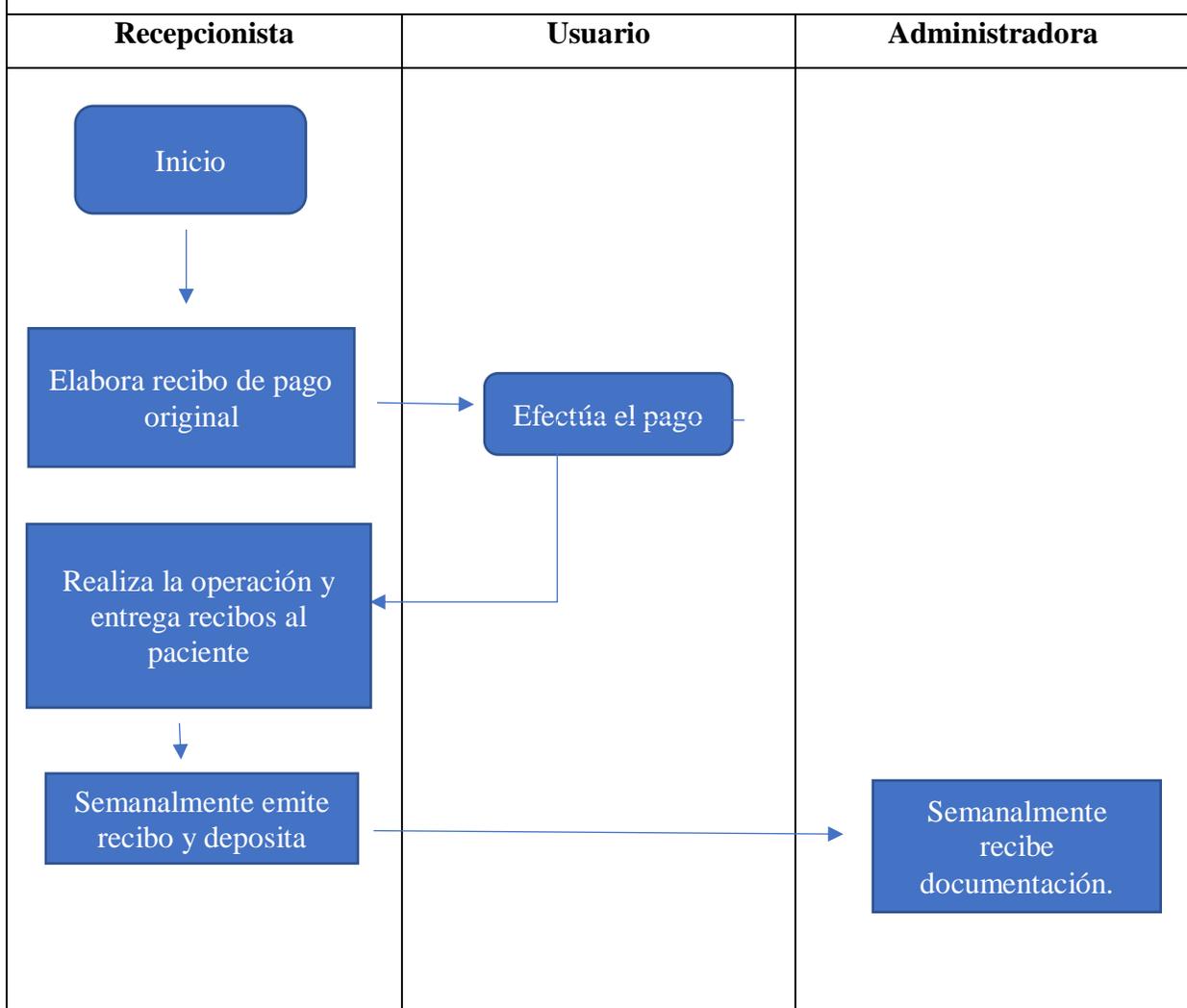
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento
Recepcionista	1	Otorga ficha, registra y envía al Usuario al área de Trabajo Social para su atención.	
Asistente D Trabajo Social	2	Canaliza al usuario con el psicólogo(a) correspondiente, de acuerdo al caso.	Entrevista TS
Psicología		Consulta al usuario	Ficha de identificación o Historia Clínica
Trabajo Social		Canaliza a instituciones psiquiátricas a usuarios que precisen de la canalización.	Canalización



Nombre del Procedimiento:	Control de cuotas de recuperación recepción
Objetivo:	Registrar en forma clara, veraz y oportuna las operaciones que se generen por el servicio de atención estomatológica, de tal manera que exista un control que permita conocer en cualquier momento los ingresos percibidos, tratamientos realizados, usuarios atendidos.
Fundamento Legal:	Ley sobre el sistema estatal de Asistencia Social artículo 33 y art 17 Fracc. 12
Políticas de Operación:	Se genera recibos de pago, se entregan los recibos al usuario, se realiza el corte de caja, así como el registro, se deposita en el banco semanalmente, se entrega al departamento de administración contable y financiera el recibo provisional de caja y la ficha de depósito bancaria, se recibe recibo definitivo y se archiva.
Tiempo Promedio de Gestión:	5 minutos.

Descripción del Procedimiento: Control de cuotas de recuperación recepción			
Responsable	No.	Actividad	Formato o documento
Recepcionista	1	Elabora recibo de pago original y 2 copias	Recibo
Usuario	2	Efectúa el pago correspondiente	Recibo
Recepcionista	3	Realiza la operación y entrega al paciente; original y copia Original; Paciente Copia1 azul; Psicólogo Copia 2 amarillo; Tesorería	Recibo
Recepcionista	4	Realiza corte de caja, registra en el libro de control, y deposita semanalmente el monto efectivo.	Libro
Administradora	5	Recoge semanalmente, en área de recepción lista de pacientes, recibos originales, recibo provisional de caja y la ficha de depósito del banco.	Recibo

Diagrama de flujo: Control de cuotas de recuperación



Nombre del Procedimiento:	Pláticas de prevención de riesgos psicosociales
Objetivo:	Capacitar a las personas para alcanzar mediante su esfuerzo y comportamiento una adecuada cultura y educación para la salud, siendo responsabilidad del equipo de salud, el lograr por medio de una atención preventiva de primer nivel, aplicar una técnica de educación participativa que estimule el desarrollo familiar en lo que a salud se refiere.
Fundamento Legal:	Ley sobre el sistema estatal de Asistencia Social artículo 33 y art 17 Fracc. 12
Políticas de Operación:	Se recibe oficio de petición de pláticas, se programa las actividades, se designa al personal, se prepara el material, se imparte la plática, se solicitan listas de los asistentes al usuario, se recibe a información, se elabora reporte mensual.
Tiempo Promedio de Gestión:	ACTIVIDADES SEMANALES



Registro de Atención Psicológica

Nombre del paciente: _____
Edad: _____ fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____ CURP: _____
Dirección: _____ teléfono: _____
Motivo de Consulta:

Antecedentes de atención Psicológica:

Fecha:

Duración: _____

Diagnostico:

Genograma

ENTREVISTA PARA MAESTROS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA:

NOMBRE DEL NIÑO (A):

ESCUELA:

GRADO Y GRUPO:

MAESTRO (A):

CUMPLIMIENTO DEL NIÑO (A):

1. ¿El niño (a) asiste regularmente a clase? SI () NO () ¿Por qué?
2. ¿El niño (a) asiste con puntualidad diariamente? SI () NO () ¿Por qué?
3. ¿El aseo del niño (a) es bueno generalmente? SI () NO () ¿Por qué?
4. ¿El niño (a) cumple con tareas generalmente? SI () NO () ¿Por qué?
5. La calidad de la presentación de las tareas es: Buena () Regular () Mala ()

DESARROLLO ACADEMICO:

1. ¿En dónde se sienta el niño (a) generalmente? Adelante () En medio ()
Atrás ()
2. ¿Ha observado si el niño (a) ve bien? SI () NO ()
3. ¿Ha observado si el niño (a) oye bien? SI () NO ()
4. ¿El niño (a) llora frecuentemente cuando está en la escuela? SI () NO () ¿Por qué?
5. ¿El niño (a) se queda dormido (a) con frecuencia en el salón de clases? SI () NO ()
6. ¿El niño (a) realiza los trabajos que se le asignan a la hora de clases? SI () NO ()
7. ¿Con que calidad realiza los trabajos?
8. El niño (a) hace preguntas de lo que no entiende SI () NO ()
9. ¿Cómo es la actitud del niño cuando realiza alguna actividad delante del grupo (pasar al pizarrón, contestar preguntas, etc.)
10. ¿El niño (a) tiene olvidos frecuentes? SI () NO ()

ARITMÉTICA:

1. El niño (a) presenta problemas en:
 - Los números ()
 - Las restas () restas ()
 - Multiplicaciones () divisiones ()otros: _____

ESCRITURA:

1. ¿Maneja adecuadamente el lápiz? SI () NO ()
2. ¿Escribe legiblemente? SI () NO ()
3. El niño (a) sabe copiar
 - Letras ()
 - Palabras ()

- Otros: _____
4. Tipo de problemas que presenta al copiar letras, palabras y números:
 - Respetar márgenes ()
 - Escribir muy grande las letras ()
 - Escribir muy pequeñas las letras ()
 - Escribir encimado ()
 - Escribir letra por letra ()
 - Escribir las letras al revés ()
 - Cambiar la posición de las letras palabras y/o números ()
 - Saber escribir dictado ()
 - Confundir las letras ()
 5. ¿El niño (a) presenta alguno de los siguientes problemas en la lectura de letras y/o palabras?
 - Substitución ()
 - Inserción ()
 - Distorsión ()
 - Leer muy despacio ()
 - Se entiende lo que lee ()
 - Otros: _____

CONDUCTAS PROBLEMA.

Atención y seguimiento de instrucciones:

1. ¿El niño (a) sigue al maestro con la mirada a través de la clase? SI () NO ()
2. ¿Generalmente termina una actividad que se está realizando? SI () NO ()
3. En caso de que la respuesta sea Negativa ¿Qué hace usted cuando esto sucede?
4. ¿El niño (a) hace caso cuando le ordena hacer una actividad individual?
5. ¿El niño (a) hace caso cuando le ordena hacer una actividad con más de dos niños?
6. ¿El niño (a) obedece cuando le dice que deje de hacer algo?
7. ¿Necesita usted repetir varias veces la instrucción para que el niño haga lo que usted le ordene?
8. ¿Cuándo el niño (a) no hace lo que usted le ordena ¿De qué forma se niega?
9. ¿Qué hace usted ante esta situación?

SENSIBILIDAD A LAS CONSECUENCIAS:

1. ¿Qué hace usted cuando el niño (a) termina una actividad?
2. ¿Utiliza el castigo?
3. ¿Qué tipo de castigo utiliza?
4. ¿En qué situación lo utiliza?
5. ¿Qué resultado ha obtenido al utilizar el castigo con el niño(a)?
6. ¿Utiliza premios? ¿De qué tipo?

CONDUCTAS DE AGRESION:

1. ¿El niño (a) insulta a sus compañeros o maestros (gritos, groserías etc.?)
2. ¿Ante que situaciones lo hace (ante quien, cuando, cómo etc.)
3. ¿Esto le ocasiona problemas? ¿De qué tipo?
4. ¿El niño(a) agrede a sus compañeros o maestros de forma física (golpea con las manos, pies, con objetos, jalar cabellos, escupir, quitar objetos, etc.)?
5. Especifique ante que situaciones lo hace:
6. ¿Qué hace usted cuando esto ocurre?
7. ¿Ha observado algún problema fuera del salón de clases como (pelearse, aislarse etc.)?
8. ¿Qué hace usted cuando esto ocurre?
9. ¿El niño(a) toma con frecuencias cosas que no son suyas?
10. ¿Cómo o de que forma lo ha detectado?
11. ¿Qué es lo que usted hace cuando esto sucede?

LENGUAJE:

1. ¿El niño (a) presenta problemas para hablar?
2. ¿De qué tipo (articulación, habla despacio, poco, mucho, no se oye, etc.)?

CONDUCTAS DE EVITACIÓN:

El niño(a) presenta conductas de evitación o escape de la situación escolar como:

- Vomitar
- Pedir permiso frecuentemente para ir al baño
- Llanto
- Salirse de la escuela
- Fingirse dormido

ESPECTATIVAS:

1. ¿Cree usted que el niño termine el ciclo escolar?
2. Tiene alguna observación o comentario respecto a la situación del niño (a):

Agradecemos el tiempo que destino para dar respuesta a este cuestionario, cualquier duda u aclaración favor de comunicarse a las instalaciones de DIF Municipal de Zacoalco de Torres Jalisco.

ENTREVISTA A PADRES

FECHA: _____

ENTREVISTADOR: _____



FICHA DE IDENTIFICACION DEL NIÑO:

NOMBRE:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

ESCOLARIDAD:

TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA LOCALIDAD:

DIRECCION:

TELEFONO:

FUENTE DE INFORMACIÓN:

1. ¿Cuál es el problema por el cual acude a solicitar el servicio?
2. ¿Cuál considera que es el problema más importante?
3. ¿Qué fue lo que provocó que iniciara su padecimiento?
4. ¿Quién y cómo se detectó el problema?
5. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento?
6. ¿De que tipo?
7. ¿Por cuánto tiempo?
8. ¿Recibió algún diagnostico?

PERSONAS QUE VIVEN EN CASA:

NOMBRE	EDAD	OCUPACIÓN
ESCOLARIDAD		
SALUD		
•		
•		
•		
•		
•		

ESCOLARIDAD:

1. ¿Qué hace cuando está en la escuela?
2. ¿En qué escuelas ha estado?

3. ¿Al niño le gusta asistir a la escuela?
4. ¿Qué es lo que dice la maestra referente al niño?
5. ¿Cuál es su materia favorita y cual no?
6. ¿le gusta hacer tarea?

ACTIVIDADES Y SOCIALIZACION:

1. ¿Cómo ocupa el niño su tiempo libre?
2. ¿Tiene amigos más grandes o más pequeños que él?
3. ¿Alguno de sus amigos tiene alguna deficiencia física o problema?
4. ¿Tiene amigos cercanos?, ¿con que frecuencia están juntos?
5. ¿Juega en su casa o en casa de sus amigos?
6. ¿Generalmente a que es lo que comúnmente juega?
7. ¿A tenido desacuerdos con sus amigos? ¿De que tipo?
8. ¿Cómo reacciona ante desconocidos o adultos?

DIA TIPICO:

1. ¿Qué hace después de la escuela?
2. ¿a que hora se acuesta y se levanta?
3. ¿Se orina o evacua en la cama?
4. ¿Duerme bien?
5. ¿Tiene pesadillas o despierta sobresaltado?
6. ¿Cuáles son sus hábitos de alimentación?
7. ¿Come todo lo que usted prepara?
8. En su tiempo libre ¿qué es lo que más le gusta hacer?

INDEPENDENCIA:

ACTIVIDAD	SI	NO
Se viste sólo		
Come sólo		
Se baña sólo		
Cruza calles sólo		
Usa camiones para trasladarse		
Hace llamadas por teléfono		
Hace mandados		
Puede manejar dinero		
Se queda sólo en casa		
Utiliza la estufa		
Avisa en caso de peligro		
Tiene tareas dentro de casa		
Anda solo por la colonia		
El niño sabe comunicar sus datos personales		
Se queda en algún lugar sin llorar cuando lo dejan		
Necesita que lo duerman		

ASPECTOS SENSORIALES:**Audición**

1. ¿el niño escucha bien si se le llama desde otro cuarto?
2. ¿puede entender instrucciones simples desde otro cuarto?
3. ¿usa alguna clase de ayuda para escuchar?

Comunicación

1. ¿Cómo se comunica el niño?
2. ¿Utiliza lenguaje, señas o por escritura?
3. ¿Qué tan completa es su comunicación?
4. ¿entiende todo lo que usted le quiere decir?
5. ¿se le entiende claramente?
6. ¿Como reacciona el niño cuando no se le entiende?
7. ¿es capaz de participar en las conversaciones familiares?
8. ¿Pregunta que es lo que sucede y pide que se le explique?

Visión

1. ¿Se acerca mucho al televisor o al cuaderno para hacer las tareas?
2. ¿Ve bien de lejos?
3. ¿le duelen o lloran los ojos?

4. ¿Usa anteojos? ¿desde cuándo?
5. ¿Cómo se siente el niño con sus anteojos?

Neuromotores

1. ¿Presenta alguna conducta repetitiva?
2. ¿con que frecuencia lo hace?
3. ¿desde cuándo?
4. ¿usted lo corrige? ¿Qué hace cuando esto pasa?

Hace algunas de las siguientes actividades

Morderse las uñas		Golpearse la cabeza	
Jalarse el cabello		Oler los objetos	
Rechinar los dientes		Fijar la vista en la luz	
Chuparse los dedos		Ademanes	
Tics		Gestos o muecas	
Balanceo		Morderse	
Girar sobre sí mismo		Aletear con las manos	

ASPECTO EMOCIONAL:

1. ¿Cómo expresa el niño sus emociones?
2. ¿es cariñoso alegre, tímido, triste?
3. ¿le tiene miedo a algo?
4. ¿Qué es lo que lo hace enojar?
5. ¿Cómo expresa su enojo?
6. ¿Hace berrinches?
7. ¿Qué hace durante el berrinche?
8. ¿Qué es lo que hace usted cuando esto sucede?
9. ¿Cuál es la duración del berrinche?
10. ¿presenta problemas de comportamiento (¿pegarle a los demás, no seguir reglas, no cumplir con tareas)?

ASPECTOS FAMILIARES:

1. ¿Cómo se lleva el niño con su papá, mamá, y hermanos?
2. ¿con quien se lleva mejor de ustedes dos?
3. ¿De sus hermanos con quien es el que tiene una mejor relación?
4. ¿hay alguna persona dentro de la casa con la que el niño no se lleve bien?
5. ¿el niño es considerado como un problema dentro de la familia?
6. ¿el niño ha causado problemas en las relaciones familiares?

7. ¿el problema del niño tiene algún efecto sobre sus hermanos?
8. ¿hay problemas para ir a algunos lugares con el niño?
9. ¿Cómo lo tratan sus hermanos?
10. ¿Como son las relaciones entre todos los miembros de la familia?

AUTOCONCEPTO:

1. ¿Cómo cree usted que el niño se percibe a si mismo?
2. ¿cree que se acepta tal y como es?
3. ¿Se da cuenta de que tiene algún problema?
4. ¿cree que el piensa que su problema es permanente?
5. ¿Qué hace el niño cuando ve a otras personas con problemas?
6. ¿se molesta porque no puede hacer lo que otros niños?
7. ¿Frecuentemente el niño intenta realizar actividades que no puede?
8. ¿Le ha dicho a usted que le gustaría hacer cuando crezca?

ESTADO FISICO:

1. ¿Se encuentra en buen estado físico?
2. ¿tiene todas sus vacunas?
3. ¿Ha padecido algún problema de corazón?

Ha presentado:

Gripas ocasionales () infecciones en el oído () hospitalizaciones () accidentes en los últimos 5 años ()

4. ¿Ha recibido atención por algún especialista?
5. ¿Cuál fue el diagnostico?
6. ¿Cuál fue el tratamiento?
7. ¿esta usted conforme con el desarrollo físico del niño (estatura, peso etc.)?

EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO:

1. ¿Cómo fue la salud de la madre durante el embarazo?
2. ¿su nacimiento fue planeado?
3. ¿tuvo la madre control prenatal en el embarazo?

4. ¿Requirió algún tipo de medicamento?
5. ¿tuvo vómitos, náuseas a algún otro tipo de malestar o molestia?
6. Embarazos () gestas () abortos ()
7. ¿Cómo fue la relación de los padres durante el embarazo?

PARTO:

Prematuro _____ A término _____ Demorado _____

1. ¿Qué tipo de atención tuvo al momento del parto (institucional, privada, partera)?
2. ¿Cómo ocurrió el parto?

Se presentaron algunas de las siguientes complicaciones:

- Fórceps
- Cesárea
- Anoxia
- Cianosis
- Incubadora
- Bajo peso al nacer
- Tipo de anestesia
- Trama obstétrica
- Inducción
- Hipoxia
- Llanto retardado
- Sobrepeso
- Falta de oxígeno ¿Cuánto tiempo?

3. Puede hacer una breve descripción del desarrollo de la infancia del niño tomando en cuenta los aspectos relacionados con la salud, lactancia, alimentación, desarrollo físico, desarrollo psicológico etc.

4. ¿El niño tuvo algún accidente durante los primeros tres meses de vida?

5. A qué edad:

- Sostuvo la cabeza
- Se sentó
- Habló
- Se puso de pie
- Balbuceó
- Controló esfínteres
- Primeras palabras

6. ¿Qué enfermedades ha padecido?
7. ¿ha sufrido fiebres altas o convulsiones?
8. ¿Qué tipo de medicamentos ha tomado, o toma actualmente?

AL TERMINAR LA ENTREVISTA ANOTE:

1. ¿Cómo fue la actitud de los padres?
2. ¿Cuál fue la impresión de la relación de los padres?
3. ¿Exceptivas que tu consideras de los padres hacia el niño?
4. Anotar las pautas de la entrevista que no pudieron ser recabadas en esa sesión.



FOLIO		
Nº 2538		
FECHA		
DIA	MES	AÑO

SISTEMA DIF ZACOALCO

16 de Septiembre 128 Col. Centro, C.P. 45750 Zacoalco de Torres, Jalisco
R.F.C. PSD0101266J7 Tel. 326 423 1537

CONSULTA: _____

PACIENTE: _____

PAGO: _____



Su proxima cita es el:

Fecha: _____

Hora: _____

Psicóloga: _____

Glosario de Términos Consulta psicológica.

Auto cuidado: Es la práctica de actividades que los individuos realizan para mantener la vida, la salud y el bienestar.

Factores de protección: Todas aquellas conductas que contribuyen a que un fenómeno social no se presente todas aquellas variables que disminuyan la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo, debido a que se fomenta la resiliencia y el auto cuidado.

Factores de riesgo: Todas aquellas conductas que contribuyen a que una problemática se presente todas aquellas condiciones físicas, psicológicas y sociales que incrementan de manera significativa las posibilidades de que un individuo incurra en alguna conducta de riesgo.

Grupos vulnerables: Aquellos grupos de la población que por su edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de vida.

Fortalecimiento de habilidades: Consolidar al tejido social como una red de protección a la infancia y a la adolescencia.

Cultura de respeto: Dignidad humana en todas sus dimensiones.