

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**LA RELEVANCIA DEL MEDIO AMBIENTE COMO
FACTOR EN LOS TRASTORNOS PSICOLOGICOS
ALTERNATIVAS DE PREVENCION**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N**

**MIGUEL ANGEL BAEZ LOPEZ
JUAN ALBERTO VARGAS TELLEZ**

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ZSOS3.08

UNAM.60

1980

Ej. 2

M.-23294

Spe. 614

AGRADECIMIENTOS.

Queremos agradecer la ayuda desinteresada que nos prestaron: La Maestra Rebeca Zimmerman coautora de este trabajo. Lic. Agustín Buendía E., -- Lic. Carolina Morales N., Lic. Diana Pacheco., Lic. Fryda Díaz B., Lic. Ma. de Lourdes Lule G., Lic. -- Elisa Saad D., Psic. Ma. del Carmen Malpica S., -- Psic. Lilian Nuñez Perea., Psic. Ma. Luisa Medina P.

Al Maestro Carlos Santoyo V. por sus valiosos comentarios.

Finalmente agradecemos de manera especial a -- Yolanda González y Patricia Medina, por su paciencia en la labor mecanográfica.

A L B E R T O

A mi madre, por el inicio

A mi hermana Cristina por tan valioso apoyo más allá
de su deber

A Leticia, por la unificación

A todos los que me dieron una lección.

M I G U E L

A Marfa Irene Eliza López Ramírez

A Eliza

A Lilia

A mis hermanos quienes mucho saben del medio ambiente.

I N D I C E

PAG.

INTRODUCCION.....	i
CAPITULO PRIMERO.....	1
El medio ambiente: un factor determinante en la conducta normal y patológica.	
CAPITULO SEGUNDO.....	9
La relación inarmónica: origen del mal., La <u>ins</u> titución de salud mental., Clasificación diagn--nóstica., Terapia.	
CAPITULO TERCERO.....	27
Características de la población demandante; de los programas de rehabilitación y de los pro--gramas de prevención en algunas instituciones de salud mental en el Distrito Federal-Resumen, Introducción., Método., Resultados., Conclusión.	
CAPITULO CUARTO.....	57
Prevención	
CONCLUSION GENERAL.....	69
BIBLIOGRAFIA.....	71
APENDICES.....	76

Todo lo que Dios, el uno, ha hecho es bueno y debe ser bueno...

Todo lo creado tiene colores, tonos y formas suyos propios; pero ciertos tonos, aunque buenos y puros en sí, cuando se les mezcla producen tonos inarmónicos y discordantes.

De modo que el mal es la combinación inarmónica de colores, tonos o formas buenas en sí.

...Y en el instante en que se produce un tono o una forma, buena o mala, se convierte en una cosa viviente, demonio, duende o espíritu de naturaleza buena o viciosa...

...Como tanto el demonio como los fuegos torturadores son creaciones del hombre, nadie puede apagar esos fuegos ni disipar ese demonio, sino quien los creó.

Evangelio Acuario.

Es ley para diablos
y espectros, que por donde
se colaron por allí han de
salir. Lo primero es libre
para nosotros; de lo
segundo somos esclavos.

Mefistófeles.

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

Las modernas civilizaciones han sido testigos de grandes adelantos técnicos y científicos que las antiguas sociedades - apenas llegaron a vislumbrar o tal vez ni siquiera a imaginar. Desafortunadamente, también han sido testigos de la intensificación de muchos problemas y la aparición de algunos nuevos, - problemas tan graves que ponen en peligro la propia existencia del género humano en el mejor de los casos, y de toda fuente - de vida en el planeta en el peor. La contaminación, la sobrepoblación, el desequilibrio ecológico, entre otros son claros -- ejemplos.

Pero no es solo el medio ambiente el que ha venido a ser afectado, sino el individuo mismo que se encuentra inmerso en él. Como triste paradoja, al lado de una constructora de vehículos ultramodernos, se levante un Hospital Psiquiátrico o una Clínica de la Conducta. Con todas sus habilidades para construir tan modernas sociedades, el hombre no ha sido capaz de suprimir la infinidad de problemas que lo aquejan y que llega a producirle serias alteraciones psicológicas y que en ocasiones lo retiran de la vida pública, o de toda posible actividad.

Este tipo de problemas padecidos por nuestra sociedad nos obliga a tomar conciencia de la gravedad de la situación, así como a buscar la forma de darle solución. Las Instituciones - de Salud Mental son claras derivaciones de esta necesidad. Sin embargo, se ha observado que a pesar de los esfuerzos y el incremento en el número de tales instituciones, la demanda de -- los servicios de Salud Mental no parece disminuir. Sin duda -- son muchos los factores que intervienen para imposibilitarlo - como falta de organización de las propias instituciones, la --

burocratización, las deficiencias de personal, la escasez de re cursos, etc.

Aunado a estos inconvenientes, se encuentra el de las propias concepciones teóricas y metodológicas con las cuales se -- aborda el problema.

En el área de la Psicología relacionada con el estudio y - tratamiento de los trastornos Psicológicos, es necesario hacer referencia a las causas que los originan y a los síntomas que - manifiestan, pues sin el conocimiento de estos aspectos sería - imposible una intervención sobre ellos. Aún cuando se reconoz-- ca a la Psicología como una ciencia joven, ésta ha avanzado lo suficiente como para establecer con seguridad la fuerte influen-- cia que tiene el medio ambiente sobre la conducta de los indivi-- duos. Sin embargo, es actitud muy común por parte de algunos -- profesionistas de la psicología y áreas afines, y en particular de aquellos dedicados a la psicología clínica y a la psiquia--- tría, dar la mínima importancia a la relación del individuo con su medio ambiente. Aún cuando se llegan a tomar en cuenta cier-- tos factores del ambiente en algunas teorías relacionadas con - los trastornos psicológicos, o bien al establecer diagnósticos, generalmente los tratamientos terapéuticos incluyen casi nada o nada de esos factores, lo cual viene en detrimento de todos los esfuerzos realizados para combatir el problema.

Con todo, debemos insistir en la búsqueda de soluciones de tan graves problemas. La reacción en la mayor parte de los paí-- ses del mundo parece demostrar este interés, aún cuando los me-- dios de solución no siempre sean fructíferos.

México no es la excepción y la investigación para la reso-- lución de nuestros propios problemas debe incluir la elabora---

ción de nuestros propios métodos de resolución.

En el presente trabajo nos proponemos:

- 1) Analizar y discutir algunos puntos de importancia acerca de la relación medio ambiente-individuo.
- 2) Analizar y discutir las funciones de la institución de Salud Mental.
- 3) Exponer una investigación de campo que proporciona información sobre:
 - a) Las características de la población atendida en diferentes instituciones de Salud Mental.
 - b) Etiología del trastorno psicológico.
 - c) Tratamiento del trastorno psicológico.
 - d) Existencia de programas de Prevención en Salud Mental.
- 4) Hacer algunas sugerencias sobre la implementación de -- programas de prevención en el área de la Salud Mental.

En otras palabras, pretendemos subrayar la importancia del medio ambiente como un determinante del comportamiento de los individuos, tanto de la conducta llamada normal como de la llamada anormal o patológica. Para ello, en una primera parte mencionamos cómo algunas teorías de Psicología han considerado la relación medio ambiente-individuo, exponemos algunos trabajos relacionados con la producción de trastornos psicológicos a partir de factores ambientales, discutiendo como a pesar de la evidencia empírica, existe cierta renuencia por parte de los profesionales de la Salud Mental (Psicólogos Clínicos y Psiquiatras, principalmente) a tomar en cuenta con mayor seriedad, tanto en sus diagnósticos clínicos como en sus terapias o tratamientos, la influencia del medio ambiente sobre el trastorno psicológico. En la segunda parte de este trabajo tratamos de asentar en ba--

ses empíricas nuestros argumentos. Realizamos un estudio exploratorio a través de una encuesta en algunas instituciones de Salud Mental, a fin de mostrar en términos generales, su actitud y proceder hacia la resolución del trastorno psicológico. Culminamos con algunas sugerencias propias para la resolución de problemas que atañen al campo de la Salud Mental.

De manera esquemática, nuestro plan de trabajo es el siguiente:

En el Capítulo I revisamos brevemente algunas teorías psicológicas para subrayar la importancia que se da en ellas a la relación medio ambiente-individuo.

En el Capítulo II se exponen algunas investigaciones que establecen la importancia de factores ambientales en la producción de trastornos psicológicos, así como una discusión breve sobre las funciones de la institución de Salud Mental, la forma de hacer diagnósticos clínicos, acerca de las terapias actualmente utilizadas en los trastornos psicológicos.

El Capítulo III es el reporte formal de una investigación de campo realizada a través de una encuesta en diversas instituciones de Salud Mental.

Finalmente, en el Capítulo IV se presentan algunas sugerencias para la prevención de los trastornos psicológicos.

Antes de dar término a esta introducción quisiéramos hacer algunas advertencias sobre el manejo de ciertos conceptos. Continuamente se hace alusión dentro de este trabajo a términos como "Salud Mental", conducta "Normal" y "Anormal", "Trastornos Psicológicos", entre otros. Pueden acarrear serios inconvenientes sostener una posición médica que insiste en la "Enfermedad Mental". No creemos que los problemas psicológicos puedan ser

abordados desde esta perspectiva sino que debieran considerarse como un problema de obvio origen medio ambiental, donde, por supuesto, los factores sociales son los primeros en intervenir. Es claro que no por esto debamos negar la existencia de verdaderos desórdenes de la conducta que son claro producto de lesiones del sistema nervioso central implicando tratamientos Biológicos o Farmacológicos. En cierto sentido, este trabajo es una crítica a la visión médica de los problemas Psicológicos. Sin embargo, consideramos fuera de nuestro alcance realizar un análisis y discusión sobre el manejo de los conceptos que implican juicios de valor, aunque tal vez preferiríamos utilizar términos como desorden de la Conducta, Alteración de la conducta u otros, creemos conveniente continuar con el lenguaje común que hasta ahora se ha utilizado dentro del campo de la "Salud Mental".

CAPITULO PRIMERO

EL MEDIO AMBIENTE: UN FACTOR DETERMINANTE DE LA CONDUCTA NORMAL Y PATOLÓGICA.

Todo organismo se encuentra inmerso en un medio ambiente es pecífico; el pez en el agua, el ave que surca los grandes espacios aéreos, los osos en las amplias llanuras, así hasta el ser humano que habita un ambiente construido por él mismo. Es ahí en donde desarrollan sus funciones vitales, y según las condiciones favorables o adversas de ese medio ambiente, los organismos tendrán mayor o menor éxito al perpetuar su especie. Charles Darwin, en el siglo pasado, empezó a enfatizar la importancia del medio ambiente como un factor determinante en la evolución de las espe cies, desprendiéndose de posturas filosóficas con un largo perío do de existencia (por ejemplo, los asociacionistas ingleses) y liberando la carga teológica que presentaba el hecho de estudiar al hombre como producto de entelequias.

Así Hawley estableció alguna vez:

"Cada organismo, planta y animal -incluyendo al hombre- está en un proceso constante de adaptación a un medio ambiente externo. Así mismo, la vida de un organismo, es inescapable a los límites que imponen las condicio nes del medio ambiente., las cuales incluyen no solamen te topografía, clima, saneamiento, etc., sino otros organismos y sus actividades..." (En Moos 1976, pp 9-10).

Todos los organismos están ocupados en actividades, las cua les tienen como conclusión lógica, la adaptación al medio ambien te, y si bien esto ha sido visto desde la antigüedad, hasta ahor

ra se reconoce la importancia de tal aseveración. A partir de estas ideas comienza a estudiarse tanto las estructuras orgánicas que son afectadas por factores internos, como la función que aquellas tienen para la adaptación del individuo a su medio ambiente.

La psicología, recientemente desprendida de la filosofía, encuentra en la biología y en sus métodos una nueva vía para enfrentarse al estudio del comportamiento humano, pues ésta parecía mejor preparada para resolver los problemas que planteaba el estudio del individuo como una parte más de la naturaleza. Los investigadores orientados biológicamente introdujeron los problemas de la herencia y el ambiente, de la adaptación a la vida y a la lucha por la sobrevivencia, surgiendo cuestiones tales como - ¿ es la conducta cien por ciento heredada o es modificada por las condiciones ambientales ?, ¿ qué tanta flexibilidad de despliegue manifiesta un organismo viviente?, ¿ de que manera ciertos patrones de conducta son afectados por el medio ambiente?, etc., que paulatinamente provocaron una diferenciación entre lo que propiamente estudiaba la biología y lo que comenzaba a ser las áreas de problemática características de la psicología.

Si bien los psicólogos tenían apoyo en las teorías de Lamarck, Darwin, Spencer, Weismann, Huxley y otros, empezaron a desarrollar sus propios medios para aproximarse al estudio del comportamiento. Así, por ejemplo, Wundt enfatizaba que el objeto de la psicología era la experiencia misma, la experiencia inmediata. La persona que experimenta es una persona viviente que responde a los estímulos externos, y si bien la fisiología realizaba una gran labor con la sensación y los nervios, estos estu-

dios quedaban al margen de la nueva psicología. Empezaba a vislumbrarse la senda que iba de la fisiología experimental a la -- psicología experimental; el método de estudio psicológico debía cambiar. Sin embargo, Wundt y otros como Titchener no fueron de finitivos en el cambio, pues si bien dejaban el "interior fisiológico" enfatizaban el "interior psicológico". Autores como Freud, James, Jonh Dewey, Angell, Woodworth, etc., empezaron a tomar en cuenta, de una u otra manera, el contexto ambiental donde se desenvuelve el individuo.

Los diferentes puntos de origen de la psicología crearon visiones muy divergentes tanto para el estudio como para la explicación del comportamiento, de manera que el gran número de escuelas que existe daban y sigue dando más o menos importancia a la relación medio ambiente individuo. Así, tenemos que S. Freud establece la importancia de la interacción de las experiencias tempranas que determinarán posteriormente rasgos conductuales para los cuales no existe referencia inmediata, y si bien es cierto -- que enfatizó el estudio de estructuras hipotéticas internas, nunca renegó de las fuerzas ambientales. Afirmaba que los impulsos instintivos son heredados y las fases del desarrollo son algo -- fuertemente relacionado a la vida social de los organismos humanos. La estructura de la vida humana está determinada por las -- influencias del ambiente que facilitan o evitan las frustraciones, fijaciones y regresiones, haciendo del niño un individuo -- normal y bien adaptado o un adulto anormal o desajustado.

Ivan Pavlov, pilar de la psicología moderna, quien fué más un fisiólogo que un psicólogo llegando incluso a negar las posibilidades de éxito de la psicología, dió gran importancia a la relación entre el organismo y el ambiente; por reflejo ^{refle} - - - -

"Se entendía las reacciones definidas, constantes e innatas de los animales superiores a determinadas influencias del mundo exterior, reacciones que tienen lugar mediante la participación del sistema nervioso y han sido durante largo tiempo objeto estricto de investigación fisiológica". (Pavlov, 1928, p. 214).

Watson (1930), quien viniera a crear un puente entre los estudios de la conducta humana, fué un gran insistente en la determinación medio ambiental del comportamiento, incluso cayendo en una visión radical o dogmática que puede quedar representada por las siguientes palabras de él mismo.

"Dadme una docena de niños sanos y bien formados y mi mundo específico para crearlos, y yo me comprometo a formar a cualquiera de ellos al azar y entrenarlo para que llegue a ser cualquier tipo de especialista que quisiera escoger; médico, abogado, artista, mercader y, sí incluso, mendigo y ladrón, sin tener para nada en cuenta sus talentos, capacidades, tendencias, habilidades, vocación o raza de sus antepasados". (en Wolman 1973 p.)

Posteriormente se desarrollaron teorías del aprendizaje basadas en gran medida en el estudio de animales en situaciones controladas de laboratorio. El conductismo ha sido y es una de las escuelas que más han influido en la visión ambientalista para interpretar la conducta humana. A la fecha, el conductismo ha sufrido serias modificaciones y difícilmente podría hablarse del conductismo radical y dogmático de entonces, si bién permanece el énfasis de la importancia del medio ambiente como un factor relevante en la determinación del comportamiento humano.

Skinner (1969) ha afirmado: " sea cual fuere nuestra filosofía de la conducta no es probable que neguemos que el ambiente -

ejerce sobre nosotros una influencia considerable..." (p 139). Skinner ha mantenido una posición de determinismo radical del medio ambiente sobre la conducta; todo lo que lleva a cabo el individuo está en función de las contingencias de reforzamiento, las cuales son administradas tanto por condiciones físicas como sociales; y alteran la probabilidad de ocurrencia de nuevas emisiones de ellas en el futuro. De este modo, diferentes organizaciones sociales tendrán diferencias en cuanto a la administración de premios y castigos, permitiendo cierto tipo de conducta y eliminando otra. Para B. F. Skinner es importante el conocer los determinantes ambientales de la conducta porque de esta manera el hombre podrá controlar su propio destino al saber que hacer y como hacerlo.

La escuela de Ginebra fundada por Jean Piaget (1970) se ha dedicado desde su inicio a la investigación de los procesos cognoscitivos y del funcionamiento intelectual, dentro de los cuales se encuentra la inteligencia; Piaget presenta la inteligencia como una adaptación y para intentar comprender su relación con la vida en general hay que precisar cuales son las relaciones existentes entre el organismo y el medio ambiente. La vida, en este sentido, es una creación continua de formas cada vez -- más complejas y un equilibrio progresivo entre esas formas y el medio ambiente. Reconoce cuatro principales factores que determinan el desarrollo intelectual:

- a) El crecimiento orgánico y en especial la maduración del sistema nervioso y endocrino.
- b) El ejercicio y la experiencia adquirida por medio de la interacción efectuada con los objetos o eventos del medio físico.

c) Las interacciones y transmisiones sociales.

d) Un mecanismo interno autorregulador, es decir, una serie de compensaciones activas del sujeto en respuesta a las perturbaciones exteriores (1970).

La teoría del campo, fundamentalmente representada por Kurt Lewin, (en Wolman 1973) manejaba el concepto de campo psicológico el cual se refiere a la totalidad de los hechos coexistentes que -- son mutuamente interdependientes y el espacio vital que es un -- campo psicológico que comprende la totalidad de los hechos de-- terminantes de la conducta. El espacio vital comprende persona y ambiente, y los factores sociales constituyen una parte sus-- tancial del ambiente y del espacio vital total de una persona. Según esta posición. Todo individuo se halla expuesto a las -- presiones de las fuerzas externas y de las tensiones internas -- resultantes de un desequilibrio entre él mismo y su ambiente. -- Esta relación es de gran importancia para el desarrollo de la -- personalidad. La estructura del espacio vital propio depende -- en gran manera de estas fuerzas sociales y, puesto que culturas diferentes activan tipos de presión diferentes, se concluye que el tipo de personalidad depende en gran medida de la cultura -- (vease Hall y Lindzey 1968, Riegel 1978 para una revisión de es-- te punto). En los últimos años ha venido surgiendo una corrien-- te que no solamente toma en cuenta el medio ambiente sino que -- definitivamente se enfrenta a su estudio, tal es la llamada psi-- cología medioambiental, la cual tiene una perspectiva ecológica en el estudio del medio ambiente y la conducta y dada ésta com-- plejidad se hace necesario tener un punto de vista no solo ecléc-- tico, tanto metodológico como teórico, sino interdisciplinario-- a causa de que se intenta interpretar cualquier hallazgo a la -- luz de las teorías psicológicas conocidas.

Con todo, el tema que subyace es la optimización de la relación hombre-medio ambiente.

"La noción de optimización asume que la gente idealmente se esfuerza por alcanzar medio ambientes óptimos o aquellos que cubran sus necesidades y donde se cumplan sus metas y planes. En la actualidad, la gente está - forzada por las limitaciones situacionales para aceptar condiciones medio ambientales indeseables... alcanzar menos de las mejoras óptimas en su entorno"... (Stokols, 1978, p. 258).

Tal noción implica, por una parte, que la gente orienta su conducta hacia el medio ambiente para alcanzar un mejor equilibrio y por otra que el medio ambiente afecta, las formas en las cuales la gente pretende incidir en él.

De ésta manera se conforman las diferentes formas en las cuales se conceptualiza la interacción y éstas por supuesto son en gran medida las áreas que ataca la Psicología, con una gran diferencia, los estudios son encaminados al medio ambiente desde una perspectiva molar elevada, es decir, como es afectada la conducta (cognición, personalidad, actitudes etc.) social humana -- por variaciones del medio ambiente (hacinamiento, ruido, etc.) - de forma tal que se pueda tener una visión de la interacción medio-individuo en condiciones naturales o casi naturales. (Ver, - Stokols, 1978 para una revisión más amplia).

La psicología medio ambiental procura con esto resolver grandes problemas poblacionales en un primer aspecto y en un segundo,

contribuir al desarrollo de la psicología.

En general la psicología medio ambiental se presenta como una alternativa en la investigación y solución de problemas en sociedades complejas.

Es notorio que en las diferentes posturas mencionadas, brevemente, que la relación medio ambiente-individuo se encuentra como una constante, y aunque se difiere en el énfasis entre uno y otro aspecto de la relación ninguno de los dos es tomado a la ligera. Si esto se mantiene como una hipótesis general deberá valer no sólo para el estudio de la conducta denominada normal, sino también para aquella que de acuerdo a ciertos criterios es llamada anormal. Es un razonamiento de muy sana lógica que el medio ambiente al influir en la conducta de los individuos, lo haga en un mismo sentido para todo aquello que sea caracterizado como comportamiento, sea éste considerado saludable o patológico. En la siguiente sección revisaremos con más detalle este problema.

C A P I T U L O

S E G U N D O

1) La relación inarmónica: origen del mal.

Moos (1976) haciendo una reseña histórica ha comentado que el estudio de la relación del medio ambiente y la salud no es nada nuevo. Hipócrates creía que había una conexión causal directa entre elementos del medio ambiente físico, las enfermedades y la salud del hombre. Pensaba que los cambios en las estaciones, la salida y la disposición de las estrellas y los patrones de cambio del viento y la temperatura tenían impacto importante sobre la enfermedad y la salud. En tiempos de los romanos, se pensaba que las ocupaciones afectaban la salud; en la edad media se consideraba que diversas enfermedades y plagas ocurrían más frecuentemente en las ciudades densamente pobladas, particularmente a través de la contaminación atmosférica y del rápido crecimiento de la población.

En el siglo pasado ya se tomaba en cuenta la geografía física en la historia natural de áreas particulares. Variables como la nutrición, vivienda, costumbres de las gentes y otras, -- eran relacionadas con la frecuencia de enfermedades. Louis Rene Villerne, en esa época, obtuvo evidencia de que las tasas de mortalidad en Francia estaban estrechamente relacionadas a las condiciones de la vivienda de diferentes clases sociales: por ejemplo se relacionaban pobreza y enfermedad, nutrición y vivienda, y se mostró que tenían un impacto sobre el crecimiento y la -- "psique".

En 1847 Vichow concluyó que los factores sociales, económicos y políticos tenían gran influencia en causar un tipo epidémico conjuntamente con factores físicos y biológicos.

Alfred Grotjahn sugirió la forma en la que las condiciones sociales y la enfermedad pueden estar relacionadas: las condi--

ciones sociales pueden crear o favorecer una predisposición para la enfermedad; éstas mismas pueden causar directamente la enfermedad y por último las condiciones sociales pueden influenciar el curso (y tratamiento) de una enfermedad.

Hinkle y Wolff estudiaron enfermos en tres grupos durante un tiempo bastante largo. Algunos de ellos exhibieron mayor susceptibilidad a casi todas las formas de enfermedad en comparación con otros. Estos enfermos percibían su situación de vida, insatisfecha y amenazante. Había relaciones inarmónicas con miembros de la familia, amenazas de seguridad y estatus. Había gran susceptibilidad de la persona a la enfermedad, influenciada por la relación con la sociedad en la cual vive. Los esfuerzos para adaptarse al medio ambiente social están involucrados en la mayoría de todas las situaciones de enfermedad, de ahí que haya razón para creer que todos los procesos de daño pueden ser en algún grado influenciados por la adaptación del individuo a su medio ambiente social (Para una revisión más amplia de estos aspectos vease Moos 1976).

Hasta aquí hemos estado hablando de términos tales como salud y enfermedad de una manera poco clara de tal manera que debemos hacer un alto en éste punto antes de seguir adelante. Según Sargent (1972, en Moos) la salud es un proceso de interacción medio ambiente-individuo dentro de un contexto ecológico específico. Desde ese punto de vista la salud es definida en términos de la capacidad adaptativa del hombre en relación a las circunstancias ambientales. Cuando la adaptación tiene éxito el hombre puede ser considerado como sano, cuando la adaptación falla es considerado enfermo. La salud es así, la habilidad del organismo para funcionar efectivamente dentro de un ambiente dado "...puesto que el medio ambiente contiene los cambios,

la buena salud es un proceso de continua adaptación a la miríada de microbios irritantes, presiones y problemas con los cuales diariamente el hombre interactúa" (en Moos 1976 p. 15).

En relación con la salud mental existe un panorama similar. De los estudios originados de diferentes fuentes, se observa un gran interés en factores ambientales como determinantes de los trastornos psicológicos, por ejemplo, Mayer-Gross (1967) afirma que en gran parte de los problemas de ésta naturaleza se vislumbra la influencia del ambiente familiar, particularmente la interacción con los padres, al parecer tal interacción es más importante de lo que a veces se piensa. Lo anterior ya había sido vislumbrado por Freud quien mantenía que era en el seno familiar donde se originaban la mayoría de los trastornos psicológicos. Desde otros puntos de vista como el de Pavlov (1929), Watson (1930) y Skinner (1969) se mostró que la estimulación ambiental temprana adquiría un significado importante en la conducta posterior del individuo. Watson demostró que muchas de las fobias o miedos podían haberse debido a una asociación entre situaciones aversivas y estimulación que en principio era neutral (el experimento con Albertito es representativo en este caso). -- Skinner afirmaba (1969); "el medio ambiente social es principalmente responsable del hecho de que nuestro sujeto crezca en una atmósfera de amor, odio, ira, o resentimiento y de las diversas pautas emotivas que pueden por tanto caracterizar su conducta" (p. 389).

En algunos estudios (With, Fisher, Whithing & Whithing, citados por Sadalla 1978) se han demostrado resultados que apoyan fuertemente la tesis de que la conducta perturbada es determinada por un medio ambiente hostil; las ciudades se caracterizan por un contacto secundario más que primario, en términos de --

"anonimato" el cual puede llevar al vandalismo, delincuencia y drogadicción; el mismo ambiente citadino crea subculturas, bandas, etc. que atentan a su vez contra otros grupos o subgrupos creandose este llamado ambiente hostil. También se observa que niños en sociedades menos diferenciadas y más simples a la nuestra, muestran conductas diferentes a las mostradas por aquellos que viven en sociedades complejas; los primeros parecen no mostrar dependencia o competencia respecto a la gente que los rodea, mientras que éstas pautas son características de los grandes centros urbanos los cuales pueden ser fuente de problemas de carácter psicológico.

Quiroz, (1958) realizó una investigación en un ambiente específico de tipo institucional y las consecuencias de éste en la estructuración de las primeras normas de comportamiento. Si bien en la casa de cuna se procura un ambiente que cubra necesidades físicas de los pequeños, no hay elementos que satisfagan las necesidades psicológicas. Es deficiente en cuanto a relaciones emocionales y oportunidades de entrenamiento. Estas características negativas del ambiente determinan en los niños retraso afectivo de la conducta en el 90% de los casos. El retraso también se observa en la esfera del lenguaje, en menor grado en la conducta adaptativa y la conducta social llegando incluso a notar deficiencia de carácter motriz. El retraso de la conducta se exagera a medida que el niño avanza en edad. Tales deficiencias guardan relación directa con el tiempo de internamiento.

Moos (1976), hace una revisión más amplia sobre diversos estudios en cuanto a apoyo social, privación materna, grado de responsabilidad, presión del trabajo y otros aspectos que se relacionan estrechamente con la predisposición del individuo a

trastornos psicológicos.

Barker (1968) quien ha trabajado en ambientes seminaturales reporta una serie de deficiencias en cuanto al ajuste óptimo del individuo y el medio ambiente, cuando la situación no está "controlada" (undermanned) es decir no satisface las necesidades de los individuos que cuando sí lo está (manned); participación voluntaria, conducta productiva, intereses, comunicación, participación, entre otros se manifiestan de manera diferencial en una y en otra situación. Cuando el medio ambiente es óptimo hay un aumento de tales conductas, mientras que no es así e incluso hay deterioro en una situación contraria.

Hasta aquí hemos mostrado de una manera breve que los trastornos psicológicos tienen que ver con factores medioambientales de una manera quizá más importante de la que reviste observarlo a partir del sujeto que lo padece, esto es, quienes han tratado con este tipo de problemas no pueden negar que aparte de las conductas que manifiesta una persona con trastornos existe un trasfondo medioambiental, social o físico, quizá más importante, que la propia presentación del daño.

En el siguiente inciso se expone la manera en la cual se le ha intentado dar solución a este tipo de problemática es decir lo que concierne básicamente a la llamada institución de Salud Mental ya que es a este tipo de centros a los cuales se acude, o más bien los que básicamente se encargan de tratar con la conducta llamada desviada.

2) La Institución de Salud Mental.

El aumento de la población, la concentración en las ciudades así como la poca disponibilidad de espacio en ellas y la necesidad de soluciones masivas para todas aquellas personas que

solicitan servicios de salud en número magno, han producido verdaderos problemas sociales los primeros referentes a trastornos psicológicos y los segundos de carácter institucional. Los casos de conducta considerada desviada desde los puntos de vista social y legal, han ido en aumento en forma proporcional al crecimiento urbano y a la par surge como necesidad social la institución de salud mental.

La función de las primeras instituciones de salud mental era la de concentrar y aislar de la comunidad a las personas -- consideradas como peligrosas por peculiar anormalidad, (Velazco, A.J. citado en Buendía y Morales, 1979), de manera que no pudieran afectar a las que se consideraban normales. Sin embargo, actualmente la institución surge como una necesidad de la misma sociedad, como un remedio al aumento exagerado de problemas en todos los niveles. Surge como una medida para frenar o aliviar grandes males manifiestos (Salud Mental p.ej.) a través de los individuos y como respuesta masiva a problemas masivos como lo demuestra el aumento, mencionado arriba, de instituciones de salud mental. Desde la fundación del hospital de San Hipólito en 1566, único en México y primer hospital de América dedicado a la atención de enfermos mentales (Calderón, N.P.G. 1966), hasta la creación en 1977 del Instituto Nacional de Salud Mental, perteneciente al sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF) encontramos ya decenas de instituciones de salud mental tanto oficiales como particulares en todo el país.

Pero la institución no es sólo un remedio a los problemas de la población que demanda sus servicios, debe ser también una fuente de investigación de las posibles causas o factores que originan los trastornos psicológicos para, a través de su conocimiento desarrollar programas de prevención de los mismos.

Cabildo (1967) señala al respecto "si recordamos el desarrollo histórico de la lucha contra estos padecimientos, nos encontramos que los primeros esfuerzos son siempre - dirigidos a resolver las apremiantes situaciones provocadas por el enfermo psicótico que requiere hospitalización y enseguida, la atención se orienta hacia el desarrollo de los servicios externos que complementan al hospital y es entonces cuando aparece el interés en los servicios - de carácter preventivo y en la necesidad de estudiar la epidemiología de los trastornos psíquicos, ya que el conocimiento de la forma como se presentan estos padecimientos en las comunidades y los factores que condicionan -- sus distribución, ofrecen una base firme para realizar -- dos tipos de actividades trascendentes:

- a) La adecuada planeación de los servicios de asistencia psíquica que requiere la comunidad.
- b) Una prevención específica de los elementos causales encontrados" (p. 503).

En cuanto a la asistencia dentro de la institución, organización y funcionamiento y actividades, así como el tipo de profesionistas que trabajan en estos servicios y técnicas que utilizan, Buendía y Morales (1979) realizaron una excelente investigación al respecto. En términos generales concluyen: "...que el sistema de funcionamiento que poseen las instituciones investigadas, no tiene las estructuras apropiadas para prestar servicio óptimo" (p. 127).

De momento no es nuestro interés ahondar en este aspecto, - por lo cual remitimos al lector a la referencia citada para una más amplia información. Nuestro interés primordial se ha de centrar en los servicios de la comunidad, en los programas de prevención de los trastornos psicológicos que ofrecen o puedan - -

ofrecer estas instituciones.

3) Clasificación Diagnóstica.

Como una consecuencia a la afluencia de pacientes a las -- instituciones surge necesario proponer un marco clasificatorio que ayude al tratamiento y mejoría de los pacientes, en este -- sentido una etiqueta identifica y distingue un objeto o una persona. La etiqueta se puede desarrollar en respuesta a un problema social; además implica la forma en que la persona debe ser -- tratada en el futuro y también proporciona información sobre la enfermedad que manifiesta (nunca acerca de la persona). Esta información puede referirse a una descripción de lo que se observó: signos tales como grados de fiebre o síntomas tales como reporte de dolor

Un diagnóstico nos puede decir en que forma un individuo -- difiere de su estado de salud respecto a otros considerados normales. Cuando estas diferencias son también la causa de la en--fermedad, el diagnóstico proporciona información acerca de la -- etiología, también puede implicar a través de investigación previa una predicción implícita del curso de la enfermedad (pronóstico) e información acerca de los procedimientos, (tratamientos) si los hay, que alteran su curso, también puede incluir una su--posición del curso que la enfermedad puede tomar si no se llevan a cabo las medidas necesarias.

Ocasionalmente el diagnóstico engloba información sobre el contexto social donde se desarrolla el desorden. El punto cen--tral es qué diagnóstico reúne muchas clases de información (descriptiva, etiológica y de pronóstico).

Si bién una clasificación diagnóstica tiene ciertas venta--jas para los profesionales que dan asistencia y tratamiento, po

see algunos inconvenientes que en ocasiones pueden ser bastante serios. Ullman y Krasner (1969) señalan que: "una vez que se ha hecho el diagnóstico, la persona será tratada de acuerdo a la etiqueta impuesta, esto es, - una persona que tiene tres de los veinte indicadores - de un diagnóstico, puede ser colocada en la misma categoría. Dos individuos serán tratados idénticamente como miembros de la categoría a la que han sido asignados" (Traducción inédita).

Por otro lado, una persona que es considerada "anormal" y a la cual se le asigna una etiqueta promueve comportamiento de otra gente que la rodea en función de esa etiqueta tanto en la institución como en la sociedad donde vive. Puede no tratarla como las demás, sino que a partir de las características de la clasificación hecha se originen determinantes conductuales por parte de quienes le rodean que en cierto modo ayudan a mantener la "enfermedad". Asimismo el sujeto a quien le han puesto la etiqueta llega a comportarse de acuerdo a ella, moldeando su conducta conforme a las características que le adjudicará la gente que lo rodea. Un ejemplo muy ilustrativo lo tenemos en los trabajos de Rosenhan (1973); en un estudio en el cual introdujo -- ocho pseudopacientes (personas normales), a diferentes hospitales psiquiátricos (12 como muestra en un período de 19 días) éstos pseudopacientes solo cambiaron nombre y profesión, dejando todo el relato de su vida tal como fué. En términos generales - se les adjudicó un membrete y la conducta que exhibieron fué introducida (fuera normal o no) en la categoría que se les asignó; pese a la normalidad de estas personas. Se les dió un trato adecuado a "su enfermedad" y curiosamente nadie del personal del hospital sospechó que no fueran "pacientes".

El mismo Rosenhan, en el mismo artículo (1973), cita otro

estudio, advierte al personal de algunos hospitales que en el transcurso de algunos días van a llegar pseudopacientes a la institución; aunque obviamente, era un ardid del investigador. Se observó una fuerte tendencia por parte del personal de la institución a considerar a muchos pacientes como normales, pensando que muchos de ellos eran en verdad pseudopacientes, los resultados son más que elocuentes.

Aunado a estos problemas, se encuentra el no menos serio de la existencia de diversas clasificaciones diagnósticas, lo cual va en detrimento de manejo adecuado de pacientes de institución a institución. Esto es, en un hospital o centro de salud mental, un paciente es diagnosticado de una manera, en otro puede ser diagnosticado de manera diferente, poniendo en serios problemas la validez y confiabilidad de los instrumentos, lo cual trae como consecuencia una duplicación de esfuerzos cuando de otra manera podrían ser evitados.

4) Terapia.

Se apunta que la clasificación diagnóstica puede ayudar a la terapia que en última instancia está dirigida a la rehabilitación de enfermo, es decir su reubicación en la sociedad.

Las terapias varían en un doble aspecto, son dirigidas a un paciente, en cuyo caso es necesario, ya sea un análisis de los contenidos verbales del paciente o bien, un tratamiento farmacológico. Por otra parte están las terapias en grupo, donde la dirección de las interacciones quedan a cargo de los profesionales, de los miembros del grupo o de los mismos enfermos.

La primera forma de terapia es básicamente llevada a cabo por la psicología clínica y queda resumida en las siguientes líneas.

"Meninger (1958), describe esta relación prototipo como contractual, diádica en la cual un individuo en desgracia, quien - la reconoce como ser psicológico, compra una relación con un - terapeuta, los terapeutas deben ser personas calificadas y ejer - cutar aquellas actividades que creen podrían llevar a un alivio a la angustia de su cliente.

Los clientes pagan por su relación y activamente proveen - material verbal con el cual trabajar, la relación se adquiere - en un mercado libre por los clientes quienes lo identifican co - mo el más deseable tratamiento para aliviar su desgracia. Esta descripción tipifica mucho trabajo clínico, particularmente el llevado a cabo en una práctica independiente... el blanco de la psicología clínica es un individuo con problemas de ajuste en - su vida, descuidando si el problema es definido como daño men - tal, desorden conductual o una crisis existencial. El nivel pri - mario de análisis es individual. Ryan (1971) ha caracterizado - esta aproximación como excepcionalista: Los problemas ocurren - como resultado de un defecto individual o una circunstancia de - safortunada y deben ser remediados por medios particulares y co - mo si fueran fabricados al caso individual.

El contenido de la intervención clínica involucra el asesoramiento del problema individual y el desarrollo e implementa - ción de un plan para mejorarlo.

Aunque hay esfuerzos para involucrar otras entidades signi - ficantes, (como la terapia familiar), la aproximación es típica - mente individualista". (Citados por Goodstein & Sandler, 1978, p 884).

Cabe, después de estas líneas hacer una anotación relevan - te: aunque la mayoría de los psicólogos clínicos, explícita o - implícitamente, están de acuerdo en que la causa original se en

cuentra en el medio que rodea al individuo, suponen que ha sido perturbado su "aparato psíquico" de manera que es necesario regresar a su estado de relajamiento tal aparato (inherente al individuo) para que éste por sí mismo llegue a readaptarse a la sociedad y para tal fin se recurre a las diversas terapias, técnicas de relajamiento, psicoanálisis o bien socorrida terapia - que consiste en el uso de fármacos.

Otra forma de terapia individual es aquella que pone énfasis no en el individuo, sino en el ambiente que lo rodea. Esta terapia se basa en el hecho de que el sujeto no es directamente responsable de su mal, sino lo son las condiciones sociales o físicas que lo rodean. Por ello es necesario cambiar tales condiciones para la salud mental.

Esta terapia está dirigida hacia la conducta manifiesta -- del individuo y no le interesa la existencia de un aparato regulador de las actividades. (v.g. Las Terapias Conductuales).

Por otra parte tenemos las terapias sociales o comunitarias entre las cuales se encuentran las de la llamada psicología comunitaria y la de los grupos de autoayuda.

La primera de ellas surge como una respuesta a las instituciones psiquiátricas, estableciendo la responsabilidad en los miembros de la comunidad y de los profesionales al servicio de ella:

"Históricamente y aún hoy, la solución preferida ha sido separar a la persona mentalmente enferma de la sociedad, poner la fuera de la vista de la gente, hasta que, si tiene suerte, es restaurado a su funcionamiento normal. De acuerdo a vieja forma, al distante hospital mental. De acuerdo a la nueva manera, la comunidad acepta la responsabilidad para ayudar al ciudadano que está

en problemas. En el nuevo patrón propuesto, la persona podría permanecer en su comunidad particular, no dejar su casa, vivir cerca de la familia, amigos y la gente profesional que necesita ayudarlo. La institución ya no podría esperar que los problemas psicológicos se -- agravaran y desarrollaran para ser remitidos a él". -- (Smith & Hobbs 1966, p. 500).

Los mismos autores plantean que los profesionales deben -- ser vistos como unos aliados valiosos en la toma de decisiones que la comunidad haga en lo que salud mental se refiere y no -- aquellos que puedan imponer sus particulares puntos de vista en un contexto que les es ajeno, es decir, la búsqueda de solucio^ones en salud debe ser una labor conjunta y no una imposición -- por parte de las instituciones que son representadas por los pro^ofesionales.

La gente dedicada a este tipo de terapia pretende llegar -- hacia la gente de una manera que sea independiente de la insti^otuciones y su objetivo es tener impacto en grupos grandes ayu^odándose por agrupaciones "naturales", tales como iglesias, escue^olas, clubes, etc. supone una forma de administración propia de la comunidad y desde luego una participación hacia un problema que surge en la comunidad y debe ser resuelto en ella.

Otra manera terapéutica de atacar los problemas son los -- llamados grupos de autoayuda, grupos espontáneos que en muchos de los casos son dirigidos y financiados por los propios enfer^omos quienes a través de reuniones periódicas, intentan resolver sus propios problemas.

Hurwitz (1976) al respecto anota: "Los miembros de la -- sociedad con información psicológica piensan que la en^ofermedad es un daño, pero han aprendido que a diferen^ocia de otros males, algunos daños mentales pueden ser^o curados por gente que no son doctores. Aprenden que --

gente como ellos mismos pueden ayudarse entre sí,...y si la gente con problemas puede ayudar a otros, la tarea se facilita y quien ha tenido experiencia en el problema y ha llegado a superarlo, por qué no ayudar a quién aún sufre.

Algunas de estas personas fueron miembros de consejos de residentes y grupos de terapia, otros han experimentado el valor de descubrir sus secretos en un grupo de gentes como ellos, otros han participado en el juego de roles y psicodrama. Los más, conocen el valor de la apertura, genuinidad y relación incondicional positiva para aquellos que necesitan ayuda, reciben apoyo y consejo de otros y sienten una obligación o deseo de ofrecer apoyo a su vez. Ellos tuvieron la oportunidad de aplicar la filosofía, conceptos, prácticas y técnicas, lo aprendieron en otra parte, en el desarrollo de la amistad". (p. 294).

Hasta este momento se han estado presentando una serie de argumentos críticos hacia algunos aspectos de la salud mental, no quisieramos seguir adelante sin hacer un breve resumen de lo dicho.

Las instituciones son remedio al aumento de problemas (en este caso psicológico) de índole colectiva.

El diagnóstico es una manera de clasificar y manejar al paciente para su futuro tratamiento el cual puede ser individual o colectivo.

A pesar de todo, ninguna forma ha sido totalmente satisfactoria y es probable que sea debido a la concepción y al ulterior tratamiento de la enfermedad; se cuestiona desde la conceptualización del mal mental hasta su manera de tratarla (Szasz 1973) y Laing (1973) entre otros. "El sistema de diagnóstico que se - -

inicia con la suposición de una enfermedad médica y fisiológica, tiene un fundamento sociológico particular y sus categorías y - usos difieren de los encontrados en la medicina física" (Szasz, 1973), cabe aclarar que el mismo autor establece como criterios de enfermedad los de carácter legal, los sociales y los personales los cuales difieren en gran medida de los criterios médicos, luego si no hay daño físico como es posible pretender un tratamiento físico.

De otra manera se enuncia como causa de muchos males llamados mentales la acción del medio ambiente social y físico al -- igual que se administra un tratamiento médico; para ello la psiquiatría tiene una respuesta: Es cierto que la causa es externa, sin embargo repercute internamente y es ahí (en lo interno) donde se aplican las terapias tendientes a restablecer las funciones adaptativas.

Por otra parte tenemos el diagnóstico que de hecho estigmatizan a un sector de la población y que además están basados en juicios fuera de contexto. Sólo es necesario observar las diferentes clasificaciones diagnósticas (la mayoría de ellas basadas en la existencia de entes) para comprobar la gran cantidad de - trastornos que enuncia, tiene mucho sentido una frase que escuchamos hace algún tiempo: cuando uno lee los cuadros patológicos, uno siente que los tiene todos y sin embargo es difícil encontrarlos en otra persona (Florente López, 1979, comunicación -- personal).

De esta manera el individuo es llevado a las instituciones donde los problemas son más graves, desde la cantidad de personas, el trato y la organización hasta la falta de recursos y el tiempo que se dispone para mantener allí a los profesionales.

En todo tipo de instituciones parece presentarse un fenómeno

no que va en detrimento de la atención o asistencia que puede dársele al solicitante. Tal fenómeno consiste en la organización vertical de los miembros de la institución: los integrantes son sujetos a normas de trabajo rígidas y siempre obedientes a los criterios de la persona más alta en la jerarquía, en lugar de haber integración, parece existir un seguimiento de instrucciones, se plantea la siguiente pregunta ¿cómo tratar a las personas en crecimiento (cuando el centro es infantil) de una manera adecuada si los miembros del equipo son tratados como niños irresponsables?

Otro problema es la corta estancia del personal, al respecto Merea (1973) apunta: "el problema es que los servicios son tomados por sus miembros, (en el orden de las motivaciones personales) como lugares de formación exclusivamente, donde pueden aprender y hacerse conocer, aunque sin integrarse a la institución ideológica y socialmente, cada vez que un grupo generacional ha hecho una mediana experiencia, se aleja, dejando su lugar a otro grupo similar.

Por tal motivo estas instituciones no llegan a tener historia o a lo sumo poseen un emblema que generalmente se identifica con la ideología psiquiátrica de su jefe; es muy difícil que eso logre posibilitar en el término de 15, 20 ó 25 años la organización de un lugar de trabajo, formación e investigación capaz de funcionar independientemente de la fluctuación de su personal de menor jerarquía, menos aún, que abra perspectivas para la configuración de una escuela de pensamiento psiquiátrico" (En Nudler 1975 p. 147-148).

Sin embargo la problemática no se restringe a las instituciones, diagnóstico y terapia sino que se amplía aún a la recientemente establecida psicología comunitaria, aunque cabe no - - -

tar que mucho de lo que se le acusa no tiene su origen en ella sino en sus antecedentes, la institución y la psicología clínica p. ejem. El personal que dirige los centros de integración -- sigue comportándose como si estuviera aún en la institución, -- aún a pesar de que se intente que los pacientes no sigan siendo mal vistos, las personas allegadas a ellos siguen manteniendo -- un cierto recelo y continúan estigmatizándolos. En lo que respecta al seguimiento no existe un control tanto para el pronóstico como para separar otro tipo de efectos, los cuales deberían considerarse.

Los grupos de autoayuda son los que han dado una solución a los llamados pacientes indeseables, es decir, aquellos que no han podido ser rehabilitados por las terapias tradicionales (vgr. el alcoholismo) sin embargo la crítica a este tipo de grupos se encamina a la pobreza de sus registros, seguimiento y tratamiento, así como al reporte de los casos resueltos y no de aquellos que no han sido solucionados.

En términos generales y de variadas maneras se han estado intentando buscarle soluciones a los trastornos y sin embargo -- aún no se consigue unificar el criterio para el tratamiento, todas las formas de terapia claman ser las mejores y todas son -- criticadas a diferentes niveles. Podría preguntarse, como se hace para todo tipo de problemas, ¿si es difícil manejar el trastorno cuando se ha presentado, no sería mejor prevenirlo? algunas ventajas y justificaciones podrían resultar: la institución funcionará como coordinadora para diversos lugares de problemática a través de un programa general y con profesionales que -- funcionaran en ella, eliminando de alguna manera el sobrecupo -- característico de ellas, es probable también que los gastos disminuyan pues los recursos humanos son destinados en forma colec

tiva y no individual. El trastorno podría ser detectado mediante ciertos índices de población de manera que se atacaría desde antes el problema y no esperar a que se desarrolle, trayendo --consecuentemente el círculo de tratamiento que tal vez perjudiquen más que ayudar al solicitante de servicio.

Las cuestiones anteriores son de relevante importancia para las consideraciones que haremos en los siguientes capítulos acerca del funcionamiento de las instituciones de salud mental. En el Capítulo III presentaremos el reporte formal de una investigación de campo que explora aspectos tales como: características de la población atendida en los centros de salud mental, --tratamientos más utilizados, programas de rehabilitación y prevención. En el Capítulo IV se exponen algunas perspectivas en la psicología de la comunidad orientadas a los programas de prevención en salud mental.

C A P I T U L O

T E R C E R O

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DEMANDANTE, DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION Y DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCION EN ALGUNAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL DEL DISTRITO FEDERAL.

BAEZ, M.

VARGAS, A.

U N A M

RESUMEN. Se investigaron las características de la población demandante en 25 instituciones dedicadas a la atención de niños y adolescentes con trastornos psicológicos. También se investigó la existencia de programas de rehabilitación con énfasis en el medio ambiente del paciente, como de los programas de prevención de esta área. Se observan una serie de problemas relacionados con la atención de la población demandante. Así mismo, se encontró que la mayor parte de las instituciones de Salud Mental no ofrecen servicios, a la comunidad circundante, de rehabilitación y prevención, y aquellas que los ofrecen presentan serias deficiencias. Se dan algunas sugerencias para mejorar la atención comunitaria de los servicios de Salud Mental.

Como es sabido, la salud en general y la salud mental en particular, dependen en gran medida del medio ambiente físico y social en el cual se desenvuelven las personas. De hecho, las instituciones encargadas de ello surgen de la necesidad de atender las demandas sanitarias de la población y como una forma de

darle solución a problemas que, con el creciente aumento de la población, se presentan en forma cotidiana.

Se ha visto, en el caso de la salud en general, el éxito - (en ocasiones relativo) que tienen ciertas campañas de prevención como las de vacunación, control de la natalidad, alimentación, etc., encaminadas a dar salida a dos tipos de problemas: el primero de ellos intrínseco; mejorar la salud de los habitantes de un país. El segundo institucional; aliviar de alguna forma la continua aglomeración de personas que solicitan servicio respecto al problema que si se hubieran prevenido a tiempo no sería necesario invertir tantas horas de esfuerzo ni excesivos recursos materiales, situación muy peculiar del mundo moderno. Aunado a esto se presenta el problema del número de profesionales necesarios para atender a la población, la cual crece en forma desproporcionada en relación al número de profesionistas que se requieren para dar una atención adecuada.

En lo que respecta al área de la salud mental, si bien su naturaleza es diferente, presenta los mismos problemas enunciados anteriormente. Si se consideran los factores sociales del problema, sería de esperarse que existieran verdaderos programas de psicología comunitaria organizados por las instituciones abocadas a ésta área.

Sin embargo, posiblemente no sea este el caso.

Entre los estudios en nuestro país, los cuales no son muy numerosos, acerca de la organización y las actividades de las instituciones de Salud Mental está el realizado por Rivera Melo (1966-1967). En el se describen: 1) Los objetivos generales y las funciones normativas de la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como las caracterís-

ticas de las instituciones asistenciales y preventivas de la -- misma. 2) Los recursos de salud mental con que contaba el IMSS. 3) Un directorio de instituciones de salud mental en el Distrito Federal. 4) El objetivo general y los específicos en relación a salud mental de los servicios técnicos de los centros de salud. 5) Realiza una comparación entre la dirección de salud -- del Distrito Federal y la Dirección de Salud Mental de la S.S.A. en cuanto a funciones administrativas. 6) Enuncia el tipo de -- profesionistas, sueldos, horarios, categoría, horas de trabajo por especialidad y direcciones. 7) Cómo se distribuyen los ser vicios de salud mental en los diferentes distritos sanitarios -- y en los 48 centros de salud del Distrito Federal. Y 8) Una eva luación de las causas a las que puede deberse las deficiencias de los servicios de salud mental.

Otro estudio fué realizado por Madrazo (1979), donde hacen algunas consideraciones sobre el funcionamiento de los centros de Desarrollo infantil del Distrito Federal. Entre los aspectos estudiados están: 1) Descripción de las políticas de funciona-- miento. 2) Problemática a que se enfrenta el intento de cambio de estas políticas. 3) Un análisis de la administración del -- sistema. Y 4) Proponen algunas soluciones posibles a las defi-- ciencias encontradas.

Un estudio más reciente es el que llevaron a cabo Buendía y Morales (1979), describiendo: 1) Algunos antecedentes de la salud mental en México. 2) El panorama internacional de la --- atención prestada a los problemas de Salud Mental. 3) La orga-- nización y funciones de 28 servicios de Salud Mental del Distri-- to Federal y sus alrededores 4) El tipo de profesionistas que trabajan en estos servicios. 5) Las funciones que desempeñan.

6) Técnicas y procedimientos que utilizan. 7) El tipo de población atendida y la demanda social de estos servicios. y 8) Proporción de un sistema de trabajo para el área de psicología en el Instituto Nacional de Salud Mental.

El presente estudio tiene como objetivos; 1) Investigar -- las características de la población, principalmente infantil, - que demanda servicios en instituciones de Salud Mental. 2) Investigar la existencia y características de programas de rehabilitación y prevención en salud mental. y 3) Describir las funciones que desempeña la institución de Salud Mental en el medio ambiente del paciente.

M E T O D O

M U E S T R A .

La presente es una investigación descriptiva, utilizando - como instrumento de recolección de información una encuesta, -- aplicada a 25 centros que cuentan con servicio de salud mental.

Puesto que el objetivo era encuestar a los centros más reconocidos del Distrito Federal, el muestreo fué por juicio. Los criterios para esta selección fueron los siguientes:

- 1) Que fueran centros reconocidos* en cuanto a la calidad de la atención prestada
- 2) Que se dedicaran principalmente a la atención de niños y adolescentes, tales centros se ubican dentro del D.F. y la zona metropolitana.

Tales criterios se justifican por el interés de obtener datos relevantes a partir de las instituciones mejor organizadas.

Las tareas llevadas a cabo fueron:

- a) Elaboración del instrumento de recolección de datos.
- b) Recolección de la información.
- c) Resultados
- d) Análisis y discusión.

Instrumento.

Fue un cuestionario dirigido al jefe del servicio (ver appéndice 1) constando de 28 preguntas. Constando de las siguien-

*Tal reconocimiento lo hicieron una serie de personas que tradicionalmente han trabajado en centros hospitalarios y que han ocupado cargos ejecutivos en ellos.

tes áreas:

- a) Datos de la institución
- b) Datos de la población atendida
- c) Clasificación diagnóstica
- d) Tratamiento y rehabilitación
- e) Altas
- f) Programas de prevención

PROCEDIMIENTO.

La aplicación fue realizada por cuatro parejas de encuestadores, teniendo un promedio de seis centros por pareja. Se entregó a cada pareja una tarjeta con la lista de los centros, dirección y teléfono con miras a llamar para concertar cita y rectificar localización de cada centro.

Para evitar posibles alteraciones de la información por el hecho de encuestar los centros con una gran diferencia de tiempo, se sugirió concluir la encuesta en un lapso de tres semanas comprendidas en el mes de Octubre de 1979.

Puesto que un factor muy importante que podría afectar --- nuestros resultados era la manera de aplicar el cuestionario, -- tratamos de controlarlo empleando un manual con los criterios -- de aplicación más adecuados (apéndice 2). Esto dió uniformidad al modo de aplicación de la encuesta por todos los participan-- tes. La forma general de proceder consistió en entregar un cues-- tionario al entrevistado con el fin de que pudiera leerlo en si-- lencio mientras el encuestador leía en voz alta las instruccio-- nes y cada una de las preguntas, al término de la cual éste úl-- timo escribía la respuesta dictada por el primero. La idea era concentrar la atención del encuestado en la información que se le pedía, como la de evitar confusiones acerca de la forma de -- responder.

Por último, para tratar de obtener la mayor veracidad se -- les informó a los entrevistados que los datos proporcionados -- permanecerían en el anonimato evitando hacer referencia en los resultados a una institución particular.

R E S U L T A D O S

A continuación presentamos las frecuencias de los centros o servicios que respondieron a cada una de las opciones de las preguntas.

Cuando se consideró necesario se realizó la suma de frecuencias y se obtuvo el promedio de las mismas.

Debido a la característica de la muestra, los resultados son presentados de una manera descriptiva utilizando tablas tanto de porcentajes como de frecuencia.

TABLAS DE RESULTADOS

TABLA 1. NUMERO DE SERVICIOS SEGUN LA DEPENDENCIA A QUE PERTENE--
CEN.

DEPENDENCIA	Nº DE SERVICIOS
A) OFICIAL	22
B) PRIVADA	<u>3</u>
TOTAL	25

TABLA 2. NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN LAS SIGUIENTES FUNCIO--
NES GENERALES.

FUNCION	Nº DE SERVICIOS
A) ASISTENCIA	23
B) DOCENCIA	18
C) INVESTIGACION	17
D) SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE	9
E) OTROS	1

TABLA 3. NUMERO PROMEDIO DE PACIENTES ENTRE LOS 0 Y 18 AÑOS QUE
RECIBEN ANUALMENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

NUMERO PROMEDIO DE PACIENTES	5,189.48
------------------------------	----------

TABLA 4. NUMERO DE SERVICIOS QUE RECIBEN PACIENTES SEGUN LOS -
RANGOS DE EDAD.

EDAD	N° DE SERVICIOS
A) DE 0 A 6 AÑOS	18
B) DE 6 AÑOS UN MES A 12 AÑOS	21
C) DE 12 AÑOS UN MES A 18 AÑOS	19
D) MAYORES DE 18 AÑOS	11

TABLA 5. PORCENTAJE DEL NUMERO DE PACIENTES QUE RECIBEN LOS SER-
VICIOS DE SALUD MENTAL SEGUN LOS SIGUIENTES RANGOS DE
EDAD.

EDAD	PORCENTAJE
A) DE 0 A 6 AÑOS	22.61%
B) DE 6 AÑOS UN MES A 12 AÑOS	50.37
C) DE 12 AÑOS UN MES A 18 AÑOS	16.12
D) MAYORES DE 18 AÑOS	10.90

TABLA 6. NUMERO DE SERVICIOS QUE TIENEN LOS SIGUIENTES CRITERIOS
PARA ADMITIR PACIENTE.

CRITERIOS DE ADMISION	N° DE SERVICIOS
A) SER DE UNA EDAD DETERMINADA	18
B) SER SUSCEPTIBLE DE TRATARSE EN SU MEDIO AMBIENTE NATURAL	8
C) PRESENTAR UNA PATOLOGIA ESPECIFICADA	15
D) QUE LOS FAMILIARES SE COMPROMETAN A COLABORAR EN EL TRATAMIENTO	14
E) OTROS	3

TABLA 7. NUMERO DE SERVICIOS QUE ENVIAN A OTRA INSTITUCION A PACIENTES QUE NO CUMPLEN LOS REQUISITOS DE ADMISION, SEGUN LOS RANGOS SIGUIENTES.

RANGOS DE N° DE PACIENTES EN %	N° DE SERVICIOS
1-10	12
11-20	4
21-30	5
31-40	2
41-50	0
51-60	1

TABLA 8. PORCENTAJE PROMEDIO DEL NIVEL SOCIOECONOMICO DE LOS PACIENTES ENTRE 0 Y 18 AÑOS QUE RECIBEN EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

NIVEL SOCIOECONOMICO	PORCENTAJE
A) ALTO	10 %
B) MEDIO	22.92
C) BAJO	67.08

TABLA 9. PORCENTAJE PROMEDIO DE LA ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ENTRE 0 Y 18 AÑOS RECIBEN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
A) NINGUNA	14.6 %
B) PREESCOLAR	22.32
C) PRIMARIA	49.6
D) SECUNDARIA	7.68
E) NIVEL TECNICO	2.6
F) PREPARATORIA	2.68
G) PROFESIONAL	.52

TABLA 10. NUMERO DE SERVICIOS QUE EMPLEAN LAS SIGUIENTES CLASIFICACIONES DIAGNOSTICAS.

CLASIFICACION DIAGNOSTICA	N° DE SERVICIO
A) ASOCIACION PSIQUIATRICA	1
B) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	11
C) GRUPO PARA AVANCE DE LA PSIQUIATRIA	4
D) CLASIFICACION FRANCESA	0
E) CLASIFICACION CONDUCTUAL	2
F) OTRA	3
G) NINGUNA	5

TABLA 11. PORCENTAJE DEL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA - AMERICANA.

CATEGORIA	PORCENTAJE
A) RETARDO MENTAL	18 %
B) SINDROME CEREBRALES ORGANICOS	80 %
C) PSICOSIS NO ATRIBUIDAS A LOS PADECIMIENTOS ANTERIORES.	
D) NEUROSIS	
E) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	
F) OTROS	2 %

TABLA 12. PORCENTAJES DEL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.

CATEGORIA	CENTROS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
A) PSICOSIS	1	2	10	-	-	10	1	-
B) NEUROSIS	80	4	15	20	-	-	5	10
C) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	-	-	20	9	10	5	3	20
D) DESVIACION SEXUAL	-	1	10	1	-	-	-	10
E) ALCOHOLISMO	-	-	10	5	5	-	-	10
F) ADICCION A DROGAS	-	1	10	5	5	-	1	10
G) TRASTORNOS ORGANICOS DE ORIGEN PSIQUICO PRESUMIBLE	-	10	-	-	-	-	-	-
H) TRASTORNO TRANSITORIO DE INADAPTACION	70	30	10	20	-	5	40	20
L) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN NIÑOS	80	20	-	30	30	45	30	20
J) OTROS	-	10	-	-	40	35	30	-

Total de Centros: 8

TABLA 13. PORCENTAJE DEL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DIAGNOSTICA DEL GRUPO PARA EL AVANCE DE LA PSIQUIATRIA.

CATEGORIA	CENTROS		
	1	2	3
A) REACCIONES SALUDABLES	2	-	-
B) DESORDENES REACTIVOS	19	-	17
C) DESVIACION DEL DESARROLLO	14	-	6
D) DESORDEN PSICONEUROTICO	4	9	-
E) DESORDEN DE LA PERSONALIDAD	1	2	-
F) DESORDEN PSICOTICO	-	-	9
G) DESORDEN PSICOFISIOLOGICO	7	5	12
H) SINDROME CEREBRAL	29	50	38
I) RETARDO MENTAL	12	20	12
J) OTROS	11	65	6

Total de Centros: 3

TABLA 14. PORCENTAJE DEL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DE ACUERDO A TRES DISTINTAS CLASIFICACIONES CONDUCTUALES.

CLASIFICACION 1	%	CLASIFICACION 2	%	CLASIFICACION 3	%
PROBLEMAS VERBALES	25	RETARDO EN EL DESARROLLO	65	NUCLEO FAMILIAR	50
PROBLEMAS SOCIALES	25	PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	20	PROBLEMAS ACADEMICOS	50
PROBLEMAS PSICOMOTORES	25	PROBLEMAS FISIOLÓGICOS	20		
PROBLEMAS ACADEMICOS	25				

Total de Centros: 1

Total de Centros: 1

Total de Centros: 1

TABLA 15. PORCENTAJE DE NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DE ACUERDO A UNA CLASIFICACION NO INCLUIDA DE LAS CATEGORIAS DEL CUESTIONARIO.

CATEGORIA	PORCENTAJE
DISFUNCION CEREBRAL MINIMA	20
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	
PROBLEMAS EMOCIONALES	20
RETARDO MENTAL	10

Total de Centros: 1

TABLA 16. PORCENTAJE ASIGNADO RESPECTO AL ORIGEN DE LOS TRASTORNOS DE LAS DIFERENTES CLASIFICACIONES DIAGNOSTICAS (1)

CLASIFICACION	Nº de Centros	ORGANICO	AMBIENTAL
ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA	1	100	--
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	1	80	151
	2	40	60
	3	--	100
	4	20	80
GRUPO PARA EL AVANCE DE LA PSIQUIATRIA CONDUCTUAL	1	50	50
	2	1	100
	3	15	85
OTRAS	3	--	100
	1	20	80

(1) Cuatro centros que utilizan la clasificación de la OMS y -- dos que utilizan la del GAP no especifican origen.

TABLA 17. NUMERO DE SERVICIOS QUE APLICAN LOS SIGUIENTES TIPOS DE TERAPIA.

TERAPIA	N° DE SERVICIOS
A) INDIVIDUAL	22
B) COLECTIVA	22

TABLA 18. NUMERO DE SERVICIOS QUE APLICAN LOS SIGUIENTES TIPOS DE TERAPIA INDIVIDUAL.

TERAPIA	N° DE SERVICIOS
A) A BASE DE MEDICAMENTOS	17
B) TIPO CONDUCTUAL	11
C) TIPO DINAMICO	12
D) OTRAS	3

TABLA 19. NUMERO DE SERVICIOS QUE APLICAN LOS SIGUIENTES TIPOS DE TERAPIA COLECTIVA.

TERAPIA	N° DE SERVICIOS
A) CON EL GRUPO FAMILIAR	14
B) DINAMICA DE GRUPOS	13
C) GRUPOS ESPONTANEOS	3
D) OTROS	2

TABLA 20. NUMERO DE SERVICIOS QUE UTILIZAN PROGRAMAS DE REHABILITACION.

NUMERO DE SERVICIOS

19

TABLA 21. NUMERO DE SERVICIOS QUE DESARROLLAN LOS SIGUIENTES -- PROGRAMAS DE REHABILITACION. (2)

PROGRAMAS	Nº DE SERVICIOS
A) TERAPIAS DIRIGIDAS HACIA EL TRASTORNO	18
B) TERAPIAS DE APOYO	10
C) TERAPIAS CON PROGRAMAS ESPECIFICOS	3
D) OTROS	0

TABLA 22. NUMERO DE SERVICIOS QUE TOMAN EN CUENTA EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE EN SU MEDIO AMBIENTE NATURAL, BAJO LAS SIGUIENTES FINALIDADES.

FINALIDADES	Nº DE SERVICIOS
A) PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO	18
B) PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO	17
C) EN EL ESTABLECIMIENTO DEL SEGUIMIENTO	15
D) PARA PROGRAMAS DE PREVENCION	9
E) NO ES TOMADO EN CUENTA	2
F) OTRAS	0

TABLA 23. NUMERO DE SERVICIOS QUE TOMA EN CUENTA EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE EN SU MEDIO AMBIENTE NATURAL A TRAVES DE LOS SIGUIENTES MEDIOS DE INFORMACION. (3)

MEDIOS	Nº DE SERVICIOS
A) REPORTE DEL HOGAR	11
B) REPORTE DE LA ESCUELA	9
C) EN BASE A CUESTIONARIOS	7

(2) Para especificación de los programas de rehabilitación, véase el apéndice (3).

(3) Para especificaciones de los medios de obtención de información véase el apéndice (4).

TABLA 24. NUMERO DE SERVICIOS QUE OFRECEN TRATAMIENTO Y REHABILITACION EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE.

NUMERO DE SERVICIOS	15
---------------------	----

TABLA 25. NUMERO DE SERVICIOS QUE APLICAN PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE POR MEDIO DE LOS SIGUIENTES PROFESIONISTAS -- (O FAMILIAR).

PROFESIONISTAS	Nº DE SERVICIOS
A) FAMILIAR	11
B) MAESTRO	10
C) PSICOLOGO	5
D) PSIQUIATRA	5
E) TRABAJADOR SOCIAL	6

TABLA 26. NUMERO DE SERVICIOS QUE ENTRENA PERSONAL PARA APLICAR PROGRAMAS EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE BAJO LAS SIGUIENTES FORMAS DE INSTRUCCION. (4)

INSTRUCCION	Nº DE SERVICIOS
A) PLATICAS DE ESPECIALISTAS	4
B) MATERIAL ESCRITO	5
C) ENTRENAMIENTO DIRECTO POR UN ESPECIALISTA	7
D) NO ESPECIFICOS	4

(4) Para especificación de las formas de instrucción de personal véase el apéndice (5).

TABLA 27. NUMERO DE SERVICIOS QUE DA DE ALTA PACIENTES SEGUN -
LOS SIGUIENTES RANGOS DE %.

RANGOS %	Nº DE SERVICIOS
0-10	6
11-20	0
21-30	4
31-40	1
41-50	3
51-60	0
61-70	0
71-80	6
81-90	1
91-100	1

TABLA 28. NUMERO DE SERVICIOS QUE DESARROLLA PROGRAMAS DE PRE-
VENCION.

NUMERO DE SERVICIOS	11
---------------------	----

TABLA 29. NUMERO DE SERVICIOS CUYOS PROGRAMAS DE PREVENCION SON
LLEVADOS A CABO BAJO LAS SIGUIENTES FORMAS DE ORIENTA
CION.

ORIENTACIONES	Nº DE SERVICIOS
A) ORIENTACIONES A PADRES	2
B) ORIENTACION A MAESTROS	3
C) ORIENTACION A POBLACION DEMANDANTE	3

TABLA 30. NUMERO DE SERVICIOS QUE DA ORIENTACION EN SALUD MENTAL POR LOS SIGUIENTES MEDIOS DE INFORMACION.

MEDIOS	N° DE SERVICIOS
A) CONFERENCIAS	8
B) MATERIAL ESCRITO (FOLLETOS)	1
C) SIN ESPECIFICAR	4

TABLA 31. NUMERO DE SERVICIOS QUE APLICAN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN POR MEDIO DE LOS SIGUIENTES PROFESIONISTAS.

PROFESIONISTAS	N° DE SERVICIOS
A) TRABAJADOR SOCIAL	7
B) ENFERMERA	3
C) EDUCADORA	4
D) PEDAGOGO	7
E) PSICOLOGO	7
F) PSIQUIATRA	8
G) OTROS	6

TABLA 32. NUMERO DE SERVICIOS CUYOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN -- ABARCAN LAS SIGUIENTES AREAS.

AREAS	N° DE SERVICIOS
A) DESARROLLO INFANTIL	6
B) INTEGRACION FAMILIAR	5
C) SIN ESPECIFICAR	6

TABLA 33. NUMERO DE SERVICIOS QUE DA A CONOCER LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN POR LOS SIGUIENTES MEDIOS DE INFORMACION.

MEDIOS	Nº DE SERVICIOS
A) PLATICAS Y/O CONFERENCIAS	5
B) REVISTAS Y/O FOLLETOS	2
C) RADIO Y/O TELEVISION	1
D) SIN ESPECIFICAR	5

TABLA 34. NUMERO DE SERVICIOS QUE EMPEZO A DESARROLLAR PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL LOS SIGUIENTES AÑOS.

AÑO	Nº DE SERVICIOS
1940	1
1968	1
1969	1
1970	1
1975	1
1976	1
1977	1
1978	2

D I S C U S I O N

Observamos que la mayoría de los centros dirigen sus funciones hacia asistencia, docencia e investigación (Tabla 2) -- mientras que muy pocos se dirigen hacia el medio ambiente del sujeto.

De alguna manera esto refleja la actitud receptiva de tales centros, disminuyendo la participación activa de la comunidad, pues quizá se individualiza y se extrae de su contexto un problema que tiene verdaderos orígenes sociales.

Muy pocas instituciones ofrecen todos los servicios enunciados, esto nos indicará una desintegración en cuanto a la forma en la cual se le intenta dar solución al problema; cuanto se pierde por ejemplo, cuando solo se da asistencia y no existe investigación o docencia o cuando aún más, no se extiende hacia el medio ambiente del sujeto. Cada función actúa sobre núcleos diferentes pero no desconectados; la investigación podría ayudar en muchos a la psicología en general, mientras que a través de la docencia podría ayudarse al personal en cuanto a la formación profesional o bien orientar de alguna manera a los solicitantes y posiblemente extendiéndose lo anterior a la comunidad, situar el problema en forma conjunta con la gente, la cual no es de ninguna manera ajena al problema. Sin embargo, este no es el caso en la mayoría de los centros.

Veamos que en proporción a la población infantil existente hay muy poca atención respecto a salud mental (Tabla 3), tomando en consideración que hay cerca del 60% de gente menor de 18 años y la muestra que se investigó constituye cerca de la mitad del total de servicios que existen en la república mexicana. --

(De la fuente, 1977).

El rango de edad (Tabla 4) bastante amplio puede propiciar desorganización en cuanto a la terapia utilizada. Resulta obvio que el trastorno en los pequeños puede ser en muchos aspectos - diferente de manifestado en los adultos.

El que más del 50% de la población infantil que requiere - los servicios de salud mental oscile entre los 6 y los 12 años de edad (Tabla 5), es un dato muy importante. La escuela primaria como proveedora (catalizadora) de problemas de carácter conductual puede servir de enlace para la promoción de programas de prevención. Es altamente probable que los maestros sugieran las visitas a los centros en la medida en que ellos están en -- contacto directo con problemas que son básicamente de aprendizaje, además de conocer las actividades de los alumnos y s^u desempeño.

No existe un criterio general para prestar servicios a los solicitantes. Los criterios más comunes son la edad y la patología (Tabla 6), mientras que poco interesa si los familiares se comprometan a colaborar en el tratamiento, y por otra parte, en menor medida se plantea la posibilidad de ser atendido en su medio ambiente. Así pues, se cuenta con muy poca información o ésta es muy vaga en principio y quizá un paciente sólo sea referido al centro por algún tipo de recomendación o sugerencia (maestro, educador, familiar, etc.).

Los desacuerdos en cuanto a la clasificación diagnóstica - (Tabla 10) complican el tratamiento cuando un paciente es enviado a otras instituciones, ya que la información obtenida a la entrada de un centro puede no ser la pedida en otro. Las clasificaciones para niños son generalmente derivaciones de las uti-

lizadas para mayores. Al existir dificultades en cuanto a éstas últimas es lógica consecuencia superlativizar los problemas al aplicárseles a los infantes. Es bastante notorio que no se refiera a patologías específicas tal y como lo indica la Tabla 12 representativa de la organización mundial de la salud y en la cual se observa que en 7 centros existe una alta frecuencia de trastornos de la conducta con todo y lo que esto quiera decir, así mismo las clasificaciones conductuales prefieren designar a los sujetos que reciben atención haciendo uso de vocablos más objetivos. Por otra parte cabe anotar que se enuncian en algunas clasificaciones problemas que son típicamente de aprendizaje (Tablas 14 y 15) y al respecto en la mayoría de la categoría denominada "otras" de las restantes clasificaciones se enuncian tales problemas, así como aquéllos relacionados con conducta antisocial. Cabe en este sentido preguntarse si es necesario seguir utilizando psiquiatras en lugar de psicólogos, esto es, si los psicólogos están entrenados para tratar con problemas de aprendizaje y conducta desviada, ¿por qué no dejar que actúen?, ¿por qué tratar problemas mínimos como si fueran exagerados?.

Por otra parte la Tabla 16 es muy significativa ya que nos indica el origen que se estima tienen los problemas. Notamos -- que la mayoría se inclina hacia el medio ambiente del sujeto lo que reafirma en mucho, a pesar de la pobreza de datos, que es en el medio ambiente donde hay que incidir si se quiere dar una solución al problema.

Por lo tanto es necesario tener una forma clasificatoria - que ayude a mejorar el tratamiento. Al respecto y debido a que a las clasificaciones presentan una gran cantidad de problemas una alternativa es utilizar escalas de desarrollo las cuales se fundamentan en toda una investigación del comportamiento del in

fante desde el nacimiento hasta la adolescencia, estas escalas las han desarrollado básicamente en la escuela de Ginebra y más recientemente en México Malpica y col. (1979 comunicación personal) en el área de psicología del Instituto Nacional de Salud Mental.

Existen tres posibles fuentes de interpretación acerca de los datos respectivos a nivel socioeconómico de la población de mandante (Tabla 8); a) la clase económica baja es, por su interacción con el medio, continuamente amenazada por trastornos. - b) El mayor número de instituciones es de carácter oficial y a ella acuden este tipo de gentes, a diferencia de otros estratos que prefieren la atención de un especialista particular. c) En proporción, el número de gentes de escasos recursos es mucho - mayor que la gente sin problemas económicos. Bien podría ser - que alguno de estos factores tuviera más peso que los otros o podría tratarse de una combinación de ellos la que produce este tipo de datos. Sin embargo, consideramos que de cualquier modo el medio ambiente social en el que se desenvuelven las -- personas es muy importante y es altamente probable que por las condiciones adversas en las cuales se ven obligados a vivir -- gran parte de la población de un país como el nuestro se observe un creciente número de gentes con problemas de carácter psicológico.

En relación con el nivel de escolaridad (Tabla 9) tenemos un nexo con prevención ya que si nos interesa detectar un problema cuando está en condiciones de ser fácilmente resuelto o prevenido, este dato puede ser de mucha utilidad ya que a través de las instituciones educativas podrían llevarse a cabo sondeos en cuanto a detección y prevención temprana.

En relación a la terapia individual (Tablas 17 y 18) se reafirma la influencia de la tradición médica en cuanto al tratamiento de trastornos psicológicos. Tal tradición insiste en afirmar que se produce un cambio fisiológico (orgánico) en el sujeto y que tal trastorno es susceptible de ser aliviado utilizando fármacos a la manera en la cual un médico podría aliviar una infección mediante el uso de antibióticos.

Al encontrarnos con el mayor número de terapias en los programas de rehabilitación (Tabla 21) son dirigidas hacia el trastorno en sí, confirmamos la idea acerca de la parcialización - con la cual se enfocan los problemas, es decir, parece ser que el trastorno está desligado de otro tipo de problemas. Más aún el trastorno se explica por sí mismo; por ejemplo: Un niño - "dislexico" presenta una serie de conductas que lo hacen caer en esta categoría y todos aquellos niños que las presentan son llamados disléxicos, sin ser extensivo, lo que nos muestra esta forma de categorizar a los sujetos con trastornos, es la forma en que tales son explicados en sí y por sí mismos sin tomar en cuenta otros factores que están fuera del propio membrete.

Se encuentra una afirmación por parte de las instituciones, en el sentido de tomar en cuenta el medio ambiente del sujeto para establecer diagnóstico, llevar a cabo el tratamiento y establecer un seguimiento (Tabla 22). No obstante, esta información deberá tomarse con reserva pues es obtenida a través de cuestionarios y entrevistas que realiza en su mayor parte el trabajador social (Tabla 23) y no se basa en observaciones que el especialista en cuestión podría llevar a cabo. Si llega a haberlas (las observaciones) no se llevan a cabo en el medio ambiente del sujeto, predominando reportes de los padres y maes

tros, ¿cómo saber si las personas que hacen el reporte tienen elementos para emitir un juicio que involucre un desorden del comportamiento? Tal vez sería conveniente combinar los cuestionarios y las entrevistas con verdaderos registros del comportamiento del paciente en su medio ambiente de tal forma que el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento pueden tener una relación más estrecha con las condiciones en las cuales se desarrolla el problema.

De entrada hay un alto número de instituciones que no lleva a cabo programas de rehabilitación en el medio ambiente - - (Tabla 24), surgiendo una cuestión de interés, ¿cómo asegurar el alcance de un programa aplicado en una institución hacia condiciones diferentes?. No parece haber diferencia entre un programa aplicado en la institución y la aplicación de otro en el medio ambiente. Los datos sugieren una extensión de los programas aplicados en las instituciones al hogar de los demandantes.

Sólo 11 centros ofrecen programas de prevención en salud mental, esto indica la poca atención que se da a un aspecto tan importante.

Lo anterior implica atender a una población que solicita servicios de salud mental cuando presentan algún trastorno dejando como actividad secundaria el prevenir los mismos. Y aún cuando existan instituciones que apliquen estos programas difícilmente podrían ser considerados como tales (Tabla 29 y 30). Basándose en folletos, pláticas y conferencias y dirigidos a - muy pocas personas estos programas no involucran a la comunidad en un programa conjunto multidisciplinario.

Por último, estos programas tienen poco tiempo de haberse echado a andar (Tabla 34), siendo muy difícilmente de evaluar

su efectividad hasta estos momentos.

Como resultado de trabajo con niños las instituciones dedican su actividad a áreas como desarrollo infantil, integración familiar (Tabla 32); sin embargo ninguna institución hace explícito la utilización de algún instrumento para detección temprana mucho menos la aplicación de éste y sus derivaciones, de una manera periódica.

A diferencia de la manera en la cual se dan a conocer los programas de prevención en otras áreas de la salud, contando con medios de comunicación de alcance masivo, la salud mental parece verse sola por sí sola; no se hace uso de los medios --- (Tabla 33) de información para promover el desarrollo de este sector, reflejando la aparente, no existente problemática de profundos orígenes sociales, económicos y políticos.

Cabe señalar la ausencia del psicólogo en la organización y planeación de éstos programas (Tabla 31), cuando éste es el especialista más abocado a esos problemas. Parece existir un prejuicio, de origen médico probablemente, para que se nieguen oportunidades a estos especialistas limitando en mucho su trabajo.

C O N C L U S I O N

Reafirmando lo que hemos venido diciendo, al interpretar los datos de la encuesta nos damos cuenta de lo inadecuado que ha resultado trasplantar una estructura médica con toda su tradición hacia problemas que no le son propios.

Por principio de cuentas el problema en cuanto a salud mental se refiere es dudosamente de origen individual, y esto no lo decimos nosotros, son las instituciones las que dan este tipo de juicios, aún a pesar de la posición que a través de sus clasificaciones manejen; esto desde luego genera una incongruencia.

Basta con ver que la terapia tradicional descansa sobre el uso de fármacos, que se atiende al solicitante fuera del lugar de problemática, lejos de él, confiándose en los reportes de padres y maestros u otras personas, dejando de lado una observación minuciosa del comportamiento. Más conflictivo resulta el trasplante cuando las clasificaciones diagnósticas para niños son derivaciones de las utilizadas en los adultos, de ahí que muchos de los problemas sean introducidos a categorías tan amplias y vagas como dislexia, hiperactividad, síndrome cerebral, etc.

Así se individualiza, se extrae del contexto el problema, se aísla y se le trata como una enfermedad en el sentido médico de la palabra. Por otra parte hay que señalar que la población infantil atendida cuenta con pocos recursos económicos surgiendo la idea de desajustes psicológicos producidos por un medio adverso, ¿el medio ambiente es susceptible a ser mejorado con píldoras? puede, en este sentido, ser entendido el hecho de evadir cualquier intento de organización que no sea estatal, es

decir, al encontrarnos con la pobreza en términos de colaboración de la comunidad para con los programas de prevención, se sugiere la idea de neutralizar cualquier formación popular que ayude a dar solución a este tipo de problema, es fácil entender por lo tanto, la burocratización y el paternalismo que tiene el estado en servicios de tal naturaleza.

CAPITULO

CUARTO

PREVENCION.

Considerada la salud mental ya no como cuestión médica es -- decir, ya no su "perdida" una enfermedad sino un problema que -- atañe a una sociedad cada vez más creciente, en este capítulo se considera el problema referente a su evitación, que no es otro -- que el problema de prevención.

Hemos anotado anteriormente que existe una gran deficiencia de instituciones que pueden dar servicio asistencial a aquellas personas que así lo soliciten, aunado a lo anterior el problema que representa la falta de personal y la política rectora en esos centros; definitivamente el primero de ellos produce consecuentemente una aglomeración.

Una solución, quizá la mas obvia, sería la creación contí-- nua de instituciones, aumento en la preparación de personal y el cambio de política reinante; sin embargo, esta solución parece -- ser la menos viable puesto que ataca directamente a otras insti-- tuciones: no se cuenta con el dinero suficiente para estar abrien-- do centros de una manera contínua e igualmente es muy poco proba-- ble que se habrán fuentes de trabajo para los profesionistas en ésta área y desde luego no existe autonomía en las instituciones.

Tomando en cuenta el aspecto puramente económico resultaría más factible actuar con mucho menos personal y dinero en el lu-- gar de problemática que esperar a que llegue los solicitantes -- con un problema particular; en un primer aspecto se limitan los problemas institucionales (sobrecupo, personal etc.) y en un se-- gundo aspecto se da atención, entendida en el sentido de detec--

ción temprana, a un mayor número de personas, recalcando que no se trata de dar servicio tipo hospital, sino de prevenir el problema.

En realidad, como demuestran los datos de nuestra encuesta, en nuestro país, ninguna institución tiene o ha desarrollado programas de prevención: se manejan algunas ideas y técnicas en relación a la población que atienden, pero un verdadero programa - que establezca sus objetivos a corto y a largo plazo, que delimite su población, que establezca sus limitaciones, etc., no lo encontramos.

Nuestro conocimiento en cuanto a la efectividad de la prevención, por no tener este tipo de programas en efecto en nuestro país, es nulo, pero pensamos que es una alternativa que podría dar resultados si es que en verdad se quiere reducir un problema que a todas luces parece crecer y pasar cada vez más, crendo un círculo vicioso cada vez más grande, como lo enuncia David (1972):

"... una amplia evidencia mundial refleja la correlación significativa entre privación económica y salud mental deficiente, cuidado pre y post natal pobre, y mala nutrición y sus resultados probables. Numerosos estudios han demostrado los defectos en la personalidad y los patrones de conducta delictiva entre - la juventud menos favorecida. Esos niños reciben poca estimulación intelectual en casa, están apenas motivados para atender la escuela asignados en salones de clase inadecuados. Tienden a vivir en circunstancias ruinosas, ricas sólo en oportunidades para meterse en problemas y caracterizado por sistemas de -

valores opuestos a aquellos de la cultura dominante. Las tasas de desorden paterno son altas, la muerte y el abandono son grandes. Típicamente tales experiencias infantiles multiplican las pérdidas y a su vez, se multiplican las condiciones de vida desfavorables. Para contribuir a las estadísticas en delincuencia y desorden. Así llegan a ser ellos mismos - padres prematuros e inadecuados, destinados a repetir el ciclo de privación para la siguiente generación" (p. 22).

Bajo este estado de cosas podríamos pensar que la única alternativa estriba en el cambio de sistema social, sabemos que esto debe darse, sin embargo, limitando un poco el problema al área de educación y en especial al de salud mental propondremos a través de una exposición somera de lo que se hace en otros países los programas de prevención que existen en ellos y que podrían utilizarse, aunque no de una manera exacta, en nuestro país en cuanto a prevención se refiere.

Una primera cuestión que resalta al tratar este tópico es el relativo a su definición ¿a que se refieren las gentes cuando hablan de prevención?. En gran medida los textos nunca hacen explícito a qué se están refiriendo. Sin embargo es válido decir que se podría hacer o a quién se refiere cuando se habla de ello, por lo que tomaremos lo que al respecto dice el comité de salud mental norteamericano en su informe al presidente de 1978:

Existen tres niveles de prevención los cuales son:

- a) Primario. Fue definido como cualquier actividad que intenta eliminar las causas del desorden mental o la inhabilidad.
- b) Secundario. Son todas aquellas actividades que involucran la detección temprana y el pronto tratamiento de de sórdenes de tal manera que no lleguen a ser serios.
- c) Terciario. La rehabilitación de individuos durante o -- después de un año, de manera que pueda ser capaz de vi-- vir independientemente y un mínimo de desajuste permanente.

Como es notorio, cualquier cosa por muy pequeña que sea puede ser considerada como prevención, pero repetimos, no deben tomarse fuera del contexto de lo que constituye el establecimiento de un programa con todas las implicaciones que la palabra tiene. Por otra parte hay que considerar la ambigüedad o mejor dicho la relatividad que las palabras "causa", "seriedad del desorden", - "desajuste" etc. Ya que también dependiendo del contexto en el cual se hallen tendrán significados diferentes. Por ejemplo para los soviéticos con una profunda tradición medioambientalista la causa de un desorden en la conducta estaría en las circuns-- tancias que rodean al individuo, mientras que ^{en otros} en otros lugares - se las achacarían a factores "interpsíquicos", por lo tanto, en - lo que realmente se estaría de acuerdo es en evitar el mal antes de que se manifieste tomando en consideración a la comunidad.

El mismo reporte presidencial sugiere las entidades en las cuales resultaría adecuado encaminar medidas preventivas, recal-

cando que se deben aprovechar las organizaciones a las cuales acude la gente (escuelas, clubes, iglesias, etc.)

De esta manera tenemos las siguientes sugerencias:

- a) Reconocer y fortalecer los sistemas naturales a los cuales pertenece la gente y de los cuales depende.
- b) Identificar el soporte social que las instituciones formales puedan proveer dentro de las comunidades.
- c) Establecer eslabones entre sistemas de apoyo comunitario y servicios sociales de salud mental.
- d) Iniciar una investigación para incrementar nuestro conocimiento de sistemas de apoyo formales e informales y -- sistemas generales.

Obviamente todas las disposiciones están encaminadas a tomar en cuenta a la comunidad y dejar a la institución como un último recurso.

Un movimiento que ha estado emergiendo paulatinamente y que va encaminado a aplicar ciertas mejoras terapéuticas dentro del contexto en el cual ocurren es el de la llamada psicología comunitaria.

La posición de esta corriente en cuanto a prevención podemos encontrarla claramente en el siguiente párrafo de Smith (1966).

"La vanguardia de la aproximación comunitaria a la salud mental busca las formas en las cuales los aspectos

. del medio ambiente social de las personas puedan ser cambiadas para proveer salud mental en forma significativa a través del impacto en grupos grandes. Tal como una policía moderna o el departamento de bomberos trata de prevenir problemas y debe solucionarlos, así un buen centro de salud mental podría buscar formas para reducir las tensiones y problemas fuera de los cuales muchos desordenes se originan. El centro puede conducir investigaciones y estudios para localizar los orígenes de estas tensiones; puede conducir programas de entrenamiento para instructores, para maestros, para ministros, para ayudarlos a relacionarse con problemas que salgan a relucir" (p.501).

Esta aproximación como notamos ofrece un intento de coordinación entre instituciones y la comunidad, es decir, las instituciones deben servir para algo más y ser diferentes de los que actualmente son, extenderse más allá de las fronteras materiales y alcanzar a la población en un radio más amplio y eficaz, aun más deberá plantearse un trabajo de intervención temprana como el mismo Smith (1966) lo enuncia:

"No sabemos que la intervención temprana con problemas infantiles pueda reducir desorden mental posterior, pero es una hipótesis razonable, y sabemos que los problemas de los niños están recibiendo escasa atención. Una estrategia sonora podría concentrar nuestros esfuerzos innovadores sobre la juventud, en programas para niños y adolescentes, para padres, para maestros y para gentes que quieran trabajar con niños". (p.505).

Obviamente que al aplicar ^u al núcleo de intervención, esta orientación rompe con la relación unívoca entre paciente y terapeuta y bastenos con concluir que si por una parte se concibe a la institución como una coordinación y a sus integrantes como -- una extensión de ella y por otra, se amplía su radio de acción, -- tendremos como consecuencia ya no un tratamiento existencial sino en verdad una manera de prevenir los problemas; en esencia lo que plantea es el cambio de política dentro de la institución de salud mental y tomar en cuenta a la población.

Una primera forma de poner en marcha programas de preven -- ción en nuestro país es averiguar lo que se ha hecho en otras -- partes del mundo, no se trata de copiar íntegramente y de una ma -- nera total paso a paso lo que responde a situaciones particula -- res de cada nación, sino de aprovechar la experiencia que han te -- nido y tratar de tomar en cuenta algunos aspectos pertinentes.

En la siguiente sección se expondrán de una manera breve al -- gunos aspectos de prevención extranjeros.

En Francia cada sector poblacional está equipado con equi -- pos multidisciplinarios para todos los aspectos en cuanto a sa -- lud mental se refiere. En general son parte de una coordinación general y los especialistas al interactuar en forma directa con los habitantes de esa región reducen el misterio y el rechazo -- que puedan generar si se llegase de i. proviso. En general cada distrito mantiene su independencia administrativa y financiera, -- cuestión muy importante ya que si los esfuerzos se estan evocan -- do a resolver problemas de una manera directa, es conveniente -- que tanto la forma de organización como el dinero estén en fun --

ción de lo que se esté haciendo y no al contrario es decir la política común, establecer programas desde arriba que bien no son aplicables en su totalidad a problemas que varían de una situación a otra, aún cuando conceptualmente sean considerados iguales.

En Dinamarca, Yugoslavia y Polonia se trabaja a través de grupos o bien de clubes, es decir, se intenta reducir o prevenir la delincuencia fomentando la formación de agrupaciones de jóvenes que dedican sus actividades de tareas diferentes a las delictivas; mención especial merecen las agrupaciones Yugoslavas, en los cuales se captan en grupos delinquentes a los líderes quienes son reformados por otras vías (ofreciéndoles becas de estudio, trabajo etc.) y son reincorporados a sus grupos de origen, probabilizando de esta manera un efecto contrario al de la delincuencia que se había manifestado o podría manifestarse.

La Unión Soviética se caracteriza por llevar a cabo un programa bastante extenso pues dura un tiempo considerable y el equipo de trabajo es multidisciplinario.

Desde el quinto mes de embarazo la madre comienza a tener una atención tanto médica como psicológica hasta que el pequeño nace, posteriormente se somete periódicamente al niño a exámenes de todos tipos previniendo una probable perturbación, en este punto existen dos alternativas: si no se encuentra trastorno alguno el niño sigue en interacción con su familia e igualmente sometido a las revisiones periódicas, mientras que si se encuentra algún mal el pequeño no es separado de su familia y a ésta se le da orientación al respecto; la siguiente cita refleja el trabajo conjunto entre especialistas y la comunidad:

"Se espera que los pediatras y las enfermeras eduquen a los niños y padres con quienes entran en contacto, y también popularicen el conocimiento relativo a la salud física y mental ampliamente, particularmente por lecturas, charlas y demostraciones a través de métodos audiovisuales. Cada médico debe dedicar al menos media hora diaria a la enseñanza de la salud. Aquellos quienes hacen visitas case--ras deben llevar consigo, hojas y pizarras y deben usar cada oportunidad para educar a los niños y a sus familias particularmente en higiene familiar" - (Veillard-Cybulska, 1966 p. 295, en David, 1972).

Como es de notarse la posición soviética refleja en mucho la concepción de la salud que ellos tienen: La salud es un recurso - del estado, y por lo tanto es tarea del estado proveerla y conservarla.

Algo que llama la atención es la forma en la cual Taiwan se enfrenta a este problema, a pesar de contar, como todos los paí--ses subdesarrollados con pocos recursos económicos.

En Taiwan se involucra a las instituciones educativas a través de los profesores quienes son entrenados para detección tem--prana, son capacitados para detectar daños conductuales y emocionales mínimos, prestan un servicio de apoyo a las instituciones - dedicadas a este tipo de problemas y generalmente sirven como propaganda en la promoción de salud mental.

El programa parte eligiendo una escuela céntrica y con pres--tigio que funciona como un centro piloto, posteriormente se elige

al líder que debe tener una gran habilidad para influir en los demás integrantes del grupo los cuales son maestros de tiempo -- completo y son entrenados en las habilidades expresadas arriba y a base de seminarios que expondremos posteriormente. Una vez -- que los maestros están entrenados son transferidos a otros centros para a su vez promover este tipo de programas a otras regiones. El programa está diseñado a detectar problemas escolares -- especialmente y al parecer no se involucran otros aspectos de la salud.

El punto central es el seminario impartido el cual trata de alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Adquirir conocimiento básico relacionado a la vida del niño en interacción con la familia, escuela, nucleo social y medio ambiente interno y aplicar este conocimiento a sus actividades educacionales diarias.
- b) Informar a los maestros acerca de los niños con signos de desajuste y con signos primarios e impartir algunas tareas respecto a la identificación y manejo de tales -- problemas.
- c) Capacitar a los maestros para referir casos con problemas serios a lugares apropiados en un estadio temprano y colaborar con ellos para aliviar al pequeño.

El programa está dirigido a través de lecturas con aspectos tales como: signos, factores biológicos, emocionales, inteligencia, factores familiares y sociales, dinámica de grupo, trabajo con niños y padres.

En México según muestran los resultados de la investigación se cuenta con muy poco respecto a programas de prevención, se les llama así a todas aquellas extensiones del servicio sean visitas, propaganda escrita u oral etc., un cierto avance se encuentra en los llamados centros de integración juvenil, lugares donde se capta a jóvenes con problemas de drogadicción y a través de terapias consistentes básicamente en dinámicas de grupo se intenta retirar a estas personas de su problema; sin embargo nosotros pensamos que éstas formas de intervención constituyen junto con otras y de una forma programada los llamados programas de prevención, pero en sí, manejados como técnicas no lo son.

A la fecha no existen programas que obedezcan a situaciones nacionales los que existen se enuncian vagamente como servicios que presta el Psiquiatra como parte de su trabajo pero no hay investigaciones dirigidas al respecto, que contemplen las necesidades de nuestro país, mucho menos proyectos de prevención que las consideren.

Algunos de los programas que someramente se han expuesto pueden ayudarnos a desarrollar programas más completos en nuestro país; por ejemplo la independencia financiera y administrativa en Francia debe ser un requisito para todas las instituciones que coordinen este tipo de programas; el trabajo con las pandillas consideradas a estas como población con alto riesgo debe ser considerada en México; las campañas de propaganda en la Unión Soviética deben ser tomadas de una forma más seria; y sobre todo el trabajo en las escuelas tipo Taiwan; en nuestro país el entrenamiento a profesores y a padres debe ser conside-

rado si es que se desea trabajar sobre un campo cuya área de -
problemática comienza a tener dimensiones extremas.

Por otra parte es conveniente hacer notar que aún en los programas extranjeros la participación del psicólogo, en oca--
siones, es muy pobre cosa que no deja de ser lamentable, pues consideramos que es uno de los profesionistas que cuenta con la preparación más adecuada para intervenir en este tipo de situa--
ciones. Debemos insistir en este punto, pues sin duda puede --
dar beneficios inesperados.

CONCLUSION GENERAL

En esta tesis se revisaron algunos puntos importantes acerca de la relación medio ambiente-individuo. Se discutió sobre las funciones de una institución de salud mental. Se mencionó la posición tradicional de establecer diagnóstico y de llevar a cabo una psicoterapia. Se expuso una investigación exploratoria de campo realizada a través de una encuesta en 25 centros de salud mental. Finalmente se plantearon algunas sugerencias, desarrollar programas de prevención en el área de salud mental en nuestro país.

Del trabajo expuesto podemos concluir lo siguiente:

- a) En las diferentes posturas psicológicas mencionadas, se muestra la relación medio ambiente-individuo, la cual se encuentra como una constante aunque se difiera en el énfasis entre uno u otro aspecto de la relación.
- b) Existe clara evidencia, bajo condiciones diferentes y puntos de vista distintos, que los trastornos psicológicos en su mayoría tienen que ver con factores del medio ambiente de manera muy estrecha.
- c) En términos generales y de diversas formas se ha estado intentando dar solución a las fuertes demandas de la población en los servicios de salud mental.
- d) Existen serios inconvenientes al transplantar una estructura médica con toda su tradición hacia problemas que son propios de la psicología.
- e) Existen serias deficiencias de organización y funciona --

miento en los centros de salud mental, de modo que no ha sido posible erradicar los problemas que han querido solucionar.

- f) Aunque se vislumbra como una buena alternativa, en México existe poca participación de las instituciones - respecto de los programas de prevención en el área de salud mental. Los llamados de ésta manera se enuncian frecuentemente como "servicios que prestan los psiquiatras como parte de su trabajo".
- g) La participación del Psicólogo se encuentra muy limitada dentro del campo de la salud mental y es casi nula en la organización de programas de prevención.
- h) La implantación en algunos países de programas de prevención parece dar buenos resultados y puede ser de gran utilidad para nuestro país tomar en cuenta algunas ideas sobre la organización y funcionamiento de dichos programas, cuidando de adaptar o crear nuestros propios instrumentos de participación.
- i) Creemos que existen algunas ventajas tanto económicas - como administrativas para que valga la pena insistir en la implantación y desarrollo de programas de prevención.

B I B L I O G R A F I A

- Barker, R.G. Ecological Psychology. Stanford; Stanford University Press 1968.
- Benavides, T.J. Enfoque de la Terapia Ambiental en un Hospital Psiquiátrico. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: - UNAM 1975.
- Briscoe, B.V. et al. Behavioral Community Psychology: Training a Community board to problem solve. Journal of Applied Behavior Analysis, 1975, 8 (2) 157-168.
- Buendía, E.A., Morales, N.A. La Salud Mental en el Distrito Federal: Aportaciones a los Servicios de Psicología. Tesis de Licenciatura en Psicología, México: UNAM, 1979.
- Cabildo, A.H. Consideraciones sobre el Problema de la Salud Mental en México. Salud Pública en México, 1967, 9 (4) 503-513.
- Calderón N.A. Hospitales Psiquiátricos de México, desde la Colonia hasta la Actualidad. Gaceta Mexicana de Neurología y Psiquiatría. 1966, 7 (3) 111-126.
- David, P.H. Child Mental Health in International Perspective. New York: Harper & Row, 1972.
- De la Fuente, R. La Salud Mental en México, trabajo presentado en el Simposio "Los diez Grandes Temas de la Medicina Mexicana"., Instituto Syntex. México, D.F., Abril, 1977.

- Goodstein, L.D. Sandler, I. Using Psychology to promote Human Welfare. American Psychologist, 1978, octubre, 882-892.
- Hall, C., Lindzey, G. La teoría del campo y la personalidad; - Lewin. Buenos Aires, Paidós, 1974.
- Hurwitz, The Origins of the Peer Self-help^{lp}, Psychotherapy group movement. Journal of Applied Behavioral Science, 1976, 12 (3) - 283-294
- Informe al Presidente de los Estados Unidos. Comisión Presidencial de la Salud Mental. Manuscrito Inédito. 1978
- Jones, M. Mas allá de la Comunidad Terapéutica. Buenos Aires: Genitor, 1971.
- Kelly, J.G. Antidotes for Arrogance. American Psychologist, 25 (6) 1970, 524-531.
- Kirk, S.A., Therrien, M.E. Community Mental Health. Myths and The Fate of Former Hospitalized Patients. Psichiatry, 1975 38 (3) 200-217.
- Kirmeyer, S.L. Urban Density and Pathology: a Review of Research. Enviroment and Behavior. 1978, 10 (2) 247-269.
- Kolb, L.C. Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica 1976.
- Laing, R.D. Experiencia y Alienación en la Vida Contemporánea. Buenos Aires: Paidós. 1973.

Macías, A.R. Hacia una Psicoterapia Familiar Psiquiatría, 1969
1 (2) 40-48.

Madrazo, M. C. Algunas Consideraciones sobre el Funcionamiento de los Centros de Desarrollo Infantil y la Importancia del Entrenamiento del Personal. Tesis de Licenciatura en Psicología. México UNAM, 1979.

Mayer-Gross, W. et al. Las enfermedades Mentales en el Niño y en el Adolescente. Buenos Aires: Paidós, 1967.

Moss, R. H. The Human Context: Enviromental Determinants of Behavior. New York: Wiley and Sons, 1976.

Nudler, O. Problemas Epistemológicos de la Psicología, México; Siglo XXI, 1975.

Piaget, J. Biología y Conocimiento. México: Siglo XXI, 1970.

Paulov, I. P. Conditioned Reflexes, Londres, Oxford University Press, 1927.

Quiroz, G. A. Conducta-Ambiente: Influencia de un ambiente institucional en la evolución de la conducta durante los primeros tres años de vida. Tesis doctoral en Psicología, México, UNAM, 1958.

Riegel, K. Psychology Mon Amour. U.S.A. Houghton Mifflin Co. 1978.

- Rivera, M. V. Salud Pública en el Distrito Federal. Tesis de -
Licenciatura en Psicología. México: UNAM, 1968.
- Rosenhan, D. L. On Being Sane in insane Places. Science. 1973, -
250-258.
- Sadalla, E. K., Stea, D. Approaches to a Psychology of Urban Li-
fe. Environment and Behavior. 1978, 10 (2) 139-146.
- Sadalla, E.K. Population Size, Structural Differentiation and Hu-
man Behavior. Environment and Behavior, 1979, 10 (2) 271-291.
- Sarason, I. G. The Evolution of Community Psychology. American
Journal of Community Psychology, 1973, 1 (1) 91-97.
- Skinner, B. F. Ciencia y Conducta Humana. Barcelona: Fontanella,
1969.
- Siegel, J. M. Mental Health Volunteers as change agents. Ameri-
can Journal of Community Psychology. 1973, 1 (2) 138-158.
- Smith, M. B. & Hobbs, N. The Community and ^tthe Community mental
Health Center. American Psychologist. 1966, June, 499-509.
- Stokols, D. Environmental Psychology. Annual Review Psychology --
1978, 29, 253-295.
- Szasz, T. S. El mito de la Enfermedad Mental, Buenos Aires: Amo-
rrortu, 1973.

Tracy, G. S., Gusow, Z. Self-help groups: a Grass-roots response to a need of Services. Journal of applied Behavioral Science, 1976, 10 (3), 381-396.

Valbuena, A. B. Investigaciones Familiares en las Psicosis. Revista de Psicología General y Aplicada. 1978, 33 (151) 239-250.

Velasco, A. J. Actividades Sociales y Legales ante el enfermo Mental: Evaluación Histórica. Psiquiatría . 1967, 15-19.

Wolman, B. B. Teorías y Sistemas Contemporáneos en Psicología. Barcelona: Martínez Roca, 1973.

A P E N D I C E S

APENDICE (1)

La presente encuesta, tiene como objetivo el recabar información relevante para una de las investigaciones que se están - llevando a cabo en el área de psicología del Instituto Nacional de Salud Mental.

Agradeceremos profundamente a la colaboración que se sirva prestar al responder a las preguntas que formule el portador de este cuestionario.

Esperamos que por medio de los datos que se obtengan, podamos colaborar con sus servicios proporcionándole los datos obtenidos, si usted así lo solicita. Desde luego, las fuentes de -- donde se obtenga información se mantendrán anónimas y los datos se utilizarán exclusivamente con fines estadísticos.

Responsables: Mtra. en Psic. Rebeca Zímerman de Grapa, - - Psic. Miguel A. Báez y Psic. Alberto Vargas T.

Colaboradores: Lic. Diana Pacheco, Lic. en Psic. Fryda Díaz Barriga A., Lic. en Psic. Ma. de Lourdes Lule G., Psic. Ma. del Carmen Malpica J., Psic. Lilián Núñez Perea y Psic. Ma. Luisa - Medrano P.

INSTRUCCIONES: Con el objeto de que este cuestionario sea respondido de la mejor manera, se le suplica atentamente:

- Leer con cuidado cada pregunta antes de contestar.
- En las líneas escribir palabras con letra de molde y no emplear abreviaturas.
- En las líneas anotar números
- En los paréntesis marcar con una X. Si es necesario, marcar más de una opción.

I.- DATOS DE LA INSTITUCION:

- 1.- NOMBRE: _____
- 2.- ¿CUAL ES LA DEPENDENCIA A QUE PERTENECE ESTA INSTITUCION?

- 3.- ¿CUALES SON LAS FUNCIONES GENERALES DE LA INSTITUCION?
- | | | |
|---|-------|---|
| A) ASISTENCIA | (|) |
| B) DOCENCIA | (|) |
| C) INVESTIGACION | (|) |
| D) SERVICIOS EN EL MEDIO AMBIENTE
DEL PACIENTE | (|) |
| E) OTROS (ESPECIFIQUE) | _____ | |
-

II.- DATOS DE LA POBLACION ATENDIDA:

- 1.- ¿CUAL ES EL NUMERO DE PERSONAS QUE SOLICITAN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ESTA INSTITUCION, ANUALMENTE?

- 2.- DE LOS RANGOS DE EDAD PRESENTADOS A CONTINUACION, ¿CUAL ES EL PORCENTAJE ANUAL DE PACIENTES QUE RECIBEN?
- | | | |
|--------------------------------|-------|---|
| A) DE 0 A 6 AÑOS | _____ | % |
| B) DE 6 AÑOS UN MES A 12 AÑOS | _____ | % |
| C) DE 12 AÑOS UN MES A 18 AÑOS | _____ | % |
| D) MAYORES DE 18 AÑOS | _____ | % |
- 3.- ¿QUE REQUISITOS DEBE CUBRIR EL PACIENTE PARA SER ADMITIDO EN LA INSTITUCION?
- | | | |
|---|-------|---|
| A) SER DE UNA EDAD DETERMINADA | (|) |
| B) SER SUSCEPTIBLE A SER TRATADO EN
SU MEDIO AMBIENTE NATURAL | (|) |
| C) PRESENTAR UNA PATOLOGIA ESPECIFICA | (|) |
| D) QUE LOS FAMILIARES SE COMPROMETAN
A COLABORAR EN EL TRATAMIENTO | (|) |
| E) OTROS (ESPECIFIQUE): | _____ | |
-

- 4.- DEL TOTAL DE LA POBLACION QUE REQUIERE SUS SERVICIOS, QUE PORCENTAJE ES ENVIADO A OTRAS INSTITUCIONES DEBIDO A QUE POR UNA RAZON NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA SER ADMITIDO DENTRO DE ESTA? _____ %
- 5.- DEL TOTAL DE LA POBLACION ATENDIDA ENTRE LOS 0 Y LOS 18 AÑOS, INDIQUE EN PORCENTAJE A QUE NIVELES SOCIOECONOMICOS CORRESPONDE?
- A) NIVEL SOCIOECONOMICO ALTO . _____ %
- B) NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO _____ %
- C) NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO _____ %
- 6.- DEL TOTAL DE LA POBLACION ATENDIDA ENTRE 0 Y 18 AÑOS, - INDIQUE EN PORCENTAJES LA ESCOLARIDAD A QUE CORRESPONDE:
- A) NINGUNA _____ %
- B) PRE - ESCOLAR _____ %
- C) PRIMARIA _____ %
- D) SECUNDARIA _____ %
- E) NIVEL TECNICO _____ %
- F) PREPARATORIA _____ %
- G) PROFESIONAL⁵ _____ %
- 7.- DE QUE COLONIA Y DELEGACION PROVIENE LA MAYOR PARTE DE LA POBLACION ATENDIDA Y QUE PORCENTAJE LE CORRESPONDE A CADA UNO DE ELLOS?
- | COLONIA _____ : | DELEGACION _____ : | _____ % |
|-----------------|--------------------|---------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

III.- CLASIFICACION DIAGNOSTICA:

1.- ESPECIFIQUE EL PORCENTAJE EN QUE SE APLICA LOS SIGUIENTES TIPOS DE TERAPIA, PARA LOS PACIENTES ENTRE LOS 0 Y LOS 18 AÑOS:

- A) INDIVIDUAL _____ %
 B) COLECTIVA (PASE A LA PREGUNTA #3) _____ %

2.- ESPECIFIQUE QUE TIPO DE TERAPIA INDIVIDUAL ES UTILIZADA CON LOS PACIENTES ENTRE LOS 0 Y LOS 18 AÑOS:

- A) A BASE DE MEDICAMENTOS ()
 B) DE TIPO CONDUCTUAL ()
 C) DE TIPO DINAMICO ()
 D) OTRA(S) ESPECIFIQUE: _____

3.- ESPECIFIQUE QUE TIPO DE TERAPIA COLECTIVA ES UTILIZADA CON LOS PACIENTES ENTRE 0 Y 18 AÑOS:

- A) CON EL GRUPO FAMILIAR _____ %
 B) DINAMICA DE GRUPO _____ %
 C) POR GRUPOS ESPONTANEOS _____ %
 D) OTRA(S) ESPECIFIQUE: _____

4.- EXISTEN PROGRAMAS DE REHABILITACION PARA LOS PACIENTES ENTRE LOS 0 Y LOS 18 AÑOS?

- SI ()
 NO ()

5.- CUALES SON LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION QUE SE DESARROLLAN PARA LOS PACIENTES ENTRE LOS 0 Y LOS 18 AÑOS: _____

6.- EN QUE SITUACIONES ES TOMADO EN CUENTA EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE EN SU MEDIO AMBIENTE:

- A) PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO ()

- B) PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO ()
 C) EN EL ESTABLECIMIENTO DEL SEGUIMIENTO ()
 D) EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ()
 E) NO ES TOMADO EN CUENTA ()
 F) OTRA(S) ESPECIFICAR: _____

7.-SEGUN LA OPCION (ES) MARCADA DE QUE MANERA ESPECIFICA ES TOMADO EN CUENTA EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE EN SU MEDIO AMBIENTE: _____

8.- DENTRO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN ESTE CENTRO,- EXISTEN PROGRAMAS DE TRATAMIENTO O REHABILITACION EN EL MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE?

SI ()

NO ()

9.- QUIEN APLICA ESOS PROGRAMAS?

A) FAMILIAR (PASE A LA PREGUNTA #10) ()

B) MAESTRO (PASE A LA PREGUNTA #10) ()

C) PSICOLOGO ()

D) PSIQUIATRA ()

E) TRABAJADOR SOCIAL ()

10.- DE QUE MANERA EL MAESTRO O FAMILIAR ES ENTRENADO PARA APLICAR DICHOS PROGRAMAS? _____

V.-

ALTAS:

1.- CUALES SON LOS CRITERIOS DE LA INSTITUCION PARA DAR DE ALTA A UN PACIENTE? _____

2.- CUAL ES EL PORCENTAJE DE PACIENTES ENTRE LOS 0 Y LOS 18 AÑOS QUE SON DADOS DE ALTA CON TRATAMIENTOS CONCLUIDOS?

_____ %

VI.- PREVENCION:

1.- EXISTEN PROGRAMADAS DE PREVENCION EN LA COMUNIDAD CIRCUNDANTE?

NO () POR QUE? _____

SI () _____

DESCRIBA ESTOS PROGRAMAS: _____

2.- DESDE CUANDO SE APLICAN ESTOS PROGRAMAS? _____

3.- QUIENES APLICAN ESTOS PROGRAMAS?

A) TRABAJADOR SOCIAL ()

B) ENFERMERA ()

C) EDUCADORA ()

D) PEDAGOGO ()

E) PSICOLOGO ()

F) PSIQUIATRA ()

G) OTROS, ESPECIFIQUE _____

4.- QUE AREAS ABARCAN ESTOS PROGRAMAS PREVENTIVOS? _____

5.- EN QUE FORMA DAN A CONOCER TALES PROGRAMAS EN LA COMUNIDAD? _____

A N E X O 1

INDIQUE EN PORCENTAJES, LA POBLACION ENTRE LOS 0 Y LOS 18 AÑOS QUE PRESENTAN LOS SIGUIENTES PROBLEMAS Y ADELANTE DE ESTE DATO ESPECIFIQUE SI USTED CONSIDERA QUE LA CATEGORIA MENCIONADA TIENE PRIMORDIALMENTE UN ORIGEN DE TIPO ORGANICO DEMOSTRABLE, O TIENE UN ORIGEN NO-ORGANICO O INDUCIDO POR FACTORES AMBIENTALES.

P R O B L E M A	%	O R I G E N
A) RETARDO MENTAL	_____	_____
B) SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS	_____	_____
C) PSICOSIS NO ATRIBUIDA A LOS PA DECIMIENTOS ANTERIORMENTE MEN- CIONADOS	_____	_____
D) NEUROSIS	_____	_____
E) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	_____	_____
F) TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS	_____	_____
G) ALTERACIONES DEBIDAS A UNA SI TUACION TRANSITORIA	_____	_____
H) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	_____	_____
I) OTROS, ESPECIFIQUE	_____	_____

A N E X O 2

FUNDAMENTALMENTE, INDIQUE EN PORCENTAJES, LA POBLACION ENTRE LOS 0 Y LOS 18 AÑOS, QUE PRESENTAN LOS SIGUIENTES PROBLEMAS Y ADELANTE DE ESTE DATO, ESPECIFIQUE SI USTED CONSIDERA QUE LA CATEGORIA MENCIONADA TIENE PRIMORDIALMENTE UN ORIGEN DE TIPO ORGANICO DEMOSTRABLE, O TIENE UN ORIGEN NO-ORGANICO O INDUCIDO -- POR FACTORES AMBIENTALES.

PROBLEMA	(%)	ORIGEN
A) PSICOSIS	_____	_____
B) NEUROSIS	_____	_____
C) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	_____	_____
D) DESVIACION SEXUAL	_____	_____
E) ALCOHOLISMO	_____	_____
F) ADICCION A DROGAS	_____	_____
G) TRASTORNOS ORGANICOS DE ORIGEN PSIQUICO PRESUMIBLE	_____	_____
H) TRASTORNO TRANSITORIO DE INADAPTACION	_____	_____
I) TRASTORNOS EN LA CONDUCTA EN NIÑOS.	_____	_____
J) OTROS (ESPECIFIQUE)	_____	_____

A N E X O 3

INDIQUE EN PORCENTAJES, LA POBLACION ENTRE LOS 0 Y LOS 18 AÑOS QUE PRESENTAN LOS SIGUIENTES PROBLEMAS Y ADELANTE DE ESTE DATO ESPECIFIQUE SI USTED CONSIDERA QUE LA CATEGORIA MEN IONADA TIENE PRIMORDIALMENTE UN ORIGEN DE TIPO ORGANICO DEMOSTRABLE, O TIENE UN ORIGEN NO-ORGANICO O INDUCIDO POR FACTORES AMBIENTALES.

P R O B L E M A	(%)	O R I G E N
A) REACCIONES SALUDABLES	_____	_____
B) DESORDENES REACTIVOS	_____	_____
C) DESORDENES PSICONEUROTICO	_____	_____
D) DESORDEN DE LA PERSONALIDAD	_____	_____
E) DESORDEN PSICOTICO	_____	_____
F) DESORDEN PSICOFISIOLOGICO	_____	_____
G) SINDROME CEREBRAL	_____	_____
H) RETARDO MENTAL	_____	_____
I) OTROS (ESPECIFIQUE)	_____	_____

A P E N D I C E 2

GUIA PARA LA ADMINISTRACION DE LA ENCUESTA
DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA*

Objetivo. Estandarizar en lo posible la forma de administración de la encuesta.

Las indicaciones sugeridas en éste manual son flexibles y deberán modificarse en el caso de que el encuestador lo considere necesario.

Se señalarán tanto sugerencias a seguir en la conducta del encuestador, así como algunas respuestas a las preguntas que el encuestado puede formular.

EL ENCUESTADOR:

- 1.- Deberá revisar que su encuesta se encuentre completa y en orden antes de llegar al centro donde la aplicará.
- 2.- Deberá saber en donde se ubica el centro ó Institución que visitará, el nombre de la persona con la que se entrevistará, el horario en que el centro ó institución labora, así como de ser posible el horario de la persona objetivo.
- 3.- Dispondrá de un horario amplio, evitando prisas y nerviosidad por posibles retrasos.
- 4.- Durante la administración de la encuesta se mostrará apacible sin prisas, interesado en las respuestas y no deberá en ningún momento perder la atención por lo que se le reporte.
- 5.- Deberá aplicar la encuesta de corrido, evitando en lo posible

desviaciones del tema y regresando sutilmente a la lectura de la encuesta.

- 6.- Al iniciar la entrevista deberá tener presente que el - - rapport es una fase de gran importancia para la obtención de datos.
- 7.- Antes de iniciar la lectura de la encuesta deberá hacer -- una breve introducción (sin leer) al objetivo de la misma y señalar que los datos resultantes de la investigación le serán aportados en cuanto sean recopilados y analizados.
- 8.- Anticipará que la duración de la administración de la encuesta será de una hora aproximadamente.
- 9.- Deberá hacer lo posible por terminar la aplicación el mismo día, así como de evitar que se le den citas subsecuentes. En el caso de que no sea posible aplicar la encuesta el día que se presente el encuestador por no contar con una hora - por parte del encuestador, deberá pedir una cita subsecuente.
- 10.- El encuestador no deberá hacer visitas cuando cuente con poco tiempo ni cuando se acerque la hora en que el centro o - institución finaliza sus actividades.
- 11.- Deberá contar con lápices, sacapuntas y goma. Deberá llevar duplicados de la encuesta, pero evitará repartir éstos diciendo que aún tiene que hacer otra visita y no cuenta con más formas.
- 12.- El encuestador leerá y anotará las respuestas, el encuestado tendrá una copia de lo que se está leyendo pero no escribirá ni marcará nada en ella.
- 13.- No establecerá compromisos en los que se pueda ver implicado el Instituto u otra Institución o Centro Educativo.
- 14.- Se deberá decir que se pertenece a la UNAM, ya sea como profesores, como pasantes que realizan Servicio Social o como pasantes que realizan su tesis.

- 15.- Contestará al encuestado todas las dudas que tenga acerca del objetivo de la encuesta, del muestreo de centros, de las actividades de los encuestadores (excepto con el lugar de procedencia laboral), del empleo futuro de datos y en general podrá contestar cortesmente cualquier duda que surgiera sin proporcionar información considerada confidencial por los integrantes del Servicio de Psicología y Admisión.
- 16.- Deberá ignorar los comentarios negativos que sobre su persona, profesión o que sobre la encuesta se puedan suscitar
- 17.- En caso que se le envíe con otra persona para contestar a las preguntas deberá ir.
- 18.- En general se recomienda al encuestador guardar una actitud amigable, abierta, espontánea, no secretiva (tomando muy en cuenta las recomendaciones anteriores).
- 19.- Al salir del centro o Institución el encuestador escribirá sus propias observaciones.
- 20.- Se recomienda contar con un mapa y establecer un itinerario de sus visitas.
- 21.- Repase estas normas cuantas veces lo considere necesario.

* Versión modificada al protocolo utilizado por Buendía y Morales (1979).

A P E N D I C E (3)

CLASIFICACION DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION

- A.- Terapia dirigida hacia el trastorno. Incluye; problemas de lenguaje, aprendizaje, alcoholismo, drogadicción y - estimulación perceptual; principalmente.
- B.- Terapias de apoyo. Incluye terapias ocupacionales recreativas y de apoyo académico.
- C.- Terapias con programas específicos. Programas específicos editados por la SEP, programas Frostig, Alicia Des--caudres, Ajuriaguerra.

Fue necesario enmarcas en estas categorías comprensivas la - manera en que se daba la terapia, pues resultaban un poco engo--rroso escribir cada una de las terapias utilizadas en cada uno de los centros además de no encontrarse una uniformidad mani --fiesta.

A P E N D I C E (4)

La mayor parte de las respuestas caen en las categorías enunciadas las cuales se refieren al origen de la información.

- A.- Reportes de hogar. Informaciones de padres respecto al comportamiento de los niños en su hogar.
- B.- Reportes de la escuela. Información referente a bajo nivel académico o a deserciones.
- C.- En base a cuestiones. Cuestionarios específicos respecto a la conducta desplegada.

A P E N D I C E (5)

Como medios de instrucción se especificó la manera en la --
cual eran entrenadas las personas ajenas al especialista.

- A.- Pláticas de especialistas. Incluye pláticas y conferencias.
- B.- Material escrito. Incluye: seguimiento de instruccio--
nes a través de material escrito, folletos y programas
principalmente.
- C.- Entrenamiento directo por una especialista. El especial
ista hace una demostración y el familiar ó el maestro -
tienen que repetirla. En algunas cosas hay supervisión.
- D.- No específica. Son todos aquellos que no caen dentro de
las categorías anteriores.

TESIS



Tesis por computadora

**Medicina 25 Local 2
Tel. 550-87-98**

**Frente a la Facultad de Medicina
Ciudad Universitaria**