



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"INVESTIGACION DE COMUNIDAD EN LA COL. RUIZ CORTINES:
LA PROBLEMATICA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL
MANIFESTADA POR SUS MIEMBROS."

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n

MARIANA TREJO CONTEL
ALFONSO ZAMORA RINCON

Asesor : Ma. ASUNCION VALENZUELA C.

México, D. F.

1984



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.

I N D I C E

	PÁG.
I INTRODUCCION	1
II CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE PSICOLOGIA COMUNITARIA	6
- EL ENFOQUE INDIVUAL	12
- EL ENFOQUE FAMILIAR	16
- EL ENFOQUE SOCIAL	24
III ASPECTOS GENERALES DE LA COLONIA RUIZ CORTINES	29
IV EL CENTRO COMUNITARIO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA, U.N.A.M.	33
V METODO	40
- TIPO DE ESTUDIO	41
- DELIMITACIÓN TEMPORAL	41
- DELIMITACIÓN ESPACIAL	42
- MUESTRA	42
- SUJETOS	42
- ESCENARIO	43
- INSTRUMENTOS	43

	PÁG.
- PROCEDIMIENTO	45
- INDICADORES: DESCRIPCIÓN Y CODIFICACIÓN	52
VI RESULTADOS	63
- ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS PARA LA INVESTIGACIÓN GENERAL	64
- PROBLEMAS INDIVIDUALES	71
- PROBLEMAS FAMILIARES	72
- PROBLEMAS COMUNITARIOS	73
- DISTRIBUCIÓN DE LOS PROBLEMAS POR RANGOS DE EDAD	74
VII DISCUSION	79
VIII ANEXOS	
- GRÁFICAS	91
- CUADROS	103
IX BIBLIOGRAFIA	107

INTRODUCCION

ANTE LOS CAMBIOS QUE SUFRE LA SOCIEDAD, SE VAN PRODUCIENDO UNA SERIE, CASI INDEFINIDA, DE DIFICULTADES - Y/O PROBLEMAS QUE EL SER HUMANO TIENE QUE AFRONTAR Y SOLUCIONAR. TAL ES EL CASO DEL CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO, LA CRISIS SOCIOECONÓMICA POR LA CUAL ACTUALMENTE ATRAVIESA NUESTRO PAÍS, LA INMIGRACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL A LAS GRANDES CIUDADES, ETC. ESTOS Y OTROS MUCHOS FACTORES SON LOS QUE DE UNA FORMA U OTRA HAN COADYUVADO A ACRECENTAR - LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

DIFERENTES CIENCIAS HAN ABORDADO ESTE HECHO, CADA UNA DESDE SU PARTICULAR PUNTO DE VISTA. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA ABOCADA AL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DEL SER HUMANO, ASÍ COMO A LA ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN EL INDIVIDUO, EN SU FAMILIA O EN EL GRUPO SOCIAL EN QUE ESTÁ INMERSO, ASÍ COMO EN LA BÚSCUEDA DE SOLUCIONES ADECUADAS DE LOS MISMOS, SE ENFOCA INTERESADAMENTE TAMBIÉN, POR EL DESARROLLO DE LOS INDIVIDUOS SEA CUAL FUERE SU CONDICIÓN.

A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE ESTA DISCIPLINA, SE HA PASADO POR DIVERSAS ETAPAS, TODAS ELLAS ORIENTADAS EN PRIMER TÉRMINO HACIA EL ESTUDIO Y ATENCIÓN DE LOS PROBLE-

MAS DE SALUD MENTAL. LAS FORMAS DE ENFOCAR LOS PROBLEMAS HAN VARIADO, AUNQUE EL INTERÉS PRIMORDIAL PERMANECE: COMPRENSIÓN Y AYUDA A PERSONAS CON DIFICULTADES EN EL VIVIR.

PRIMERO SURGE LA FORMA INDIVIDUAL DE ABORDAR ESTOS PROBLEMAS, MÁS ADELANTE SE CONTEMPLA QUE EL INDIVIDUO NO ES UN SER AISLADO, SINO UN SER INTEGRADO A LA FAMILIA QUE A LA VEZ ES LA CÉLULA FUNDAMENTAL DE LA SOCIEDAD Y PRIMER CONTACTO SOCIAL DEL INDIVIDUO, SURGIENDO ASÍ EL ENFOQUE FAMILIAR.

TOMANDO EN CUENTA LAS APROXIMACIONES ANTERIORES ASÍ COMO LOS APORTES DE LA MEDICINA DE LA SALUD PÚBLICA Y OTRAS DISCIPLINAS SOCIOLOGICAS, SURGE LA NECESIDAD DE UN ENFOQUE, QUE ENGLOBE Y ATIENDA AL INDIVIDUO EN SU MEDIO FAMILIAR, A LA FAMILIA EN SU MEDIO SOCIAL Y A LA COMUNIDAD DENTRO DE SU CONTEXTO SOCIAL MÁS AMPLIO.

LOS EPIDEMIOLOGOS SE HAN CENTRADO EN EL ESTUDIO DEL ORIGEN Y DESARROLLO DE LAS ENFERMEDADES ORGÁNICAS, LOGRANDO CON ÉSTO, UN CONTROL TAL QUE LES HA PERMITIDO ERRADICAR ALGUNAS DE ELLAS. SIN EMBARGO, HAN DESCUIDADO Y HASTA OLVIDADO EL CAMPO DE LA ENFERMEDAD MENTAL, LO CUAL SE PUEDE DEBER A LA COMPLEJIDAD QUE ENCIERRA SU VALORACIÓN Y COMPROBACIÓN DE LA ETIOPATOGÉNESIS;

ÉSTO SE HA TRADUCIDO EN LA DIFICULTAD PARA CREAR PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ENFOCADOS A MODIFICAR LAS CAUSAS PRIMARIAS Y FUNDAMENTALES, ASÍ COMO PARA LOGRAR UN MEJOR CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES.

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA REPRESENTA UNA CONJUGACIÓN DE LO ANTERIOR, SIENDO NECESARIA LA IMPLEMENTACIÓN DE MÉTODOS PREVENTIVOS SOCIALES MÁS QUE CURATIVOS INDIVIDUALES, SURGIENDO CON ÉSTO LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL; TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LOS TRES NIVELES PREVENTIVOS QUE SON: EL PRIMARIO, QUE PRETENDE REDUCIR LA INCIDENCIA DE LAS PERTURBACIONES MENTALES EN TODOS LOS TIPOS EN LA COMUNIDAD; EL SECUNDARIO, EL CUAL TIENE COMO FIN EL DE REDUCIR LA PREVALENCIA DE LAS PERTURBACIONES QUE YA SE HAN PRESENTADO; Y EL TERCIARIO, DONDE SE BUSCA REDUCIR EL PERJUICIO QUE PUEDA HABER RESULTADO DE ALGUNA PERTURBACIÓN MENTAL MANIFIESTA; EL PSICÓLOGO COMUNITARIO ES QUIEN TIENE LA RESPONSABILIDAD DE PROMOVER Y FOMENTAR EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL, LLEGANDO ASÍ, A UN GRAN NÚMERO DE PERSONAS, CONOCIENDO REALMENTE Y DE CERCA LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DE LAS COMUNIDADES A LAS QUE SIRVE.

DURANTE LOS CASI TRES AÑOS QUE LLEVAMOS COLABORANDO EN EL CENTRO COMUNITARIO DE LA FACULTAD DE PSICO

LOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, EN LA COLONIA RUIZ CORTINES, SE NOS HA HECHO CADA VEZ MÁS EVIDENTE LA IMPORTANCIA DEL ACERCAMIENTO DEL PSICÓLOGO CON LA COMUNIDAD EN FORMA MÁS ESTRECHA, EN DONDE EL PSICÓLOGO NO SOLAMENTE SE COMPROMETE CON LOS INTERESES O PROBLEMÁTICA DE UNA SOLA PERSONA SINO DE TODO EL GRUPO EN QUE SE ENCUENTRA INMERSO, TENIENDO COMO OBJETIVO PRINCIPAL, NO SÓLO EL OFRECER TRATAMIENTO, SINO PROPORCIONAR Y ESTABLECER LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL.

PARTIENDO DE LA PREMISA ANTERIOR, CONSIDERAMOS QUE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA SE INTERESA EN CONOCER LA SITUACIÓN EN QUE SE ENCUENTRA UNA COMUNIDAD, TANTO EN SUS INDIVIDUOS, COMO EN SUS INTERACCIONES FAMILIARES Y SOCIALES. DE AQUÍ NOS SURGE LA INQUIETUD DE CONOCER LAS CONDICIONES DE VIDA EN QUE SE DESENVUELVE FÍSICA Y EMOCIONALMENTE LOS INTEGRANTES DE LA COMUNIDAD PERTENECIENTES A LA COLONIA RUIZ CORTINES.

LO ANTERIORMENTE EXPUESTO NOS HA LLEVADO A PREGUNTARNOS ¿ CUÁLES SON LOS ASPECTOS QUE CONSIDERAN COMO SUS PROBLEMAS TANTO INDIVIDUALES, COMO FAMILIARES Y SOCIALES DENTRO DE SU CONTEXTO COMUNITARIO, LAS PERSONAS QUE HABITAN EN ESTA COLONIA? .

¿ QUÉ ASPECTOS AFECTAN LA VIDA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL? Y CONTEMPLAR SI ¿ ES POSIBLE ESTABLECER UNA JERARQUÍA DE PRIORIDADES ENTRE LOS PROBLEMAS COMUNITARIOS, FAMILIARES E INDIVIDUALES? DE SER ASÍ, ¿ CUÁLES SE PODRÍAN SOLUCIONAR PRIMERO PARA PROVOCAR CAMBIOS EN LA OTRA U OTRAS ESFERAS DE ACCION DEL INDIVIDUO?.

A TRAVÉS DE ESTA INVESTIGACIÓN NOS HEMOS PLANTEADO VARIOS OBJETIVOS: DESTACAR LA GRAN IMPORTANCIA QUE REVISTE EL ENFOQUE COMUNITARIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO UN MEDIO DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN PRINCIPALMENTE DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL EN UN GRUPO DETERMINADO PARA ASÍ, CONOCER LA POSIBILIDAD DE VALORAR DICHO PROCESO CON TÉCNICAS EXISTENTES APLICADAS A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA, PUDIENDO ESTABLECER PAUTAS EN INVESTIGACIÓN DE INTERÉS EN ESTE CAMPO Y A TRAVÉS DE LO ANTERIORMENTE EXPUESTO ESTABLECER INICIALMENTE, QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENEN LOS PROBLEMAS QUE MANIFIESTA LA POBLACIÓN ESTUDIADA Y CUALES SON LOS RECURSOS CON QUE CUENTA PARA QUE CON BASE EN ELLOS LOGRAR UN MAYOR DESARROLLO DE SUS POTENCIALIDADES. LA PRESENTE INVESTIGACIÓN ES LA PRIMERA PARTE DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO MÁS AMPLIO DE LA CUAL, ESPERAMOS SURGIRÁN NUEVOS Y DIVERSOS PLANTEAMIENTOS EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD ESTUDIADA.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE PSICOLOGIA CLINICA COMUNITARIA.

CONSIDERAMOS NECESARIO MOSTRAR EL PANORAMA QUE EN AMÉRICA (EUA) EXISTÍA Y QUE CONVERGE EN LOS AÑOS 60'S PARA CULMINAR EN EL ENFOQUE COMUNITARIO EN PSICOLOGIA.

EL NACIMIENTO Y ACEPTACIÓN EN ESTADOS UNIDOS DEL PSICOANÁLISIS Y LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA A PRINCIPIOS DE ESTE SIGLO PROPICIA EL INTERÉS DE LOS ESPECIALISTAS SOBRE LA SALUD MENTAL. ESTE NUEVO MÉTODO PARECÍA QUE RESOLVERÍA EN FORMA POSITIVA LOS PROBLEMAS DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL EXISTENTES. ESTA FÉ CONTINUÓ HASTA 1952 CUANDO SURGIERON PERSONAS QUE ATACABAN EL SISTEMA COMO EYSENCK EN INGLATERRA, QUE PONÍA EN TELA DE JUICIO LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA, TENIENDO COMO RESULTADO DE DIVERSOS ESTUDIOS REALIZADOS POR ÉL CON PACIENTES HOSPITALIZADOS, QUE LAS DOS TERCERAS PARTES DEL TOTAL DE PACIENTES MEJORAN INDEPENDIENTEMENTE DE LA FORMA DE PSICOTERAPIA A QUE FUERON SOMETIDOS. CONCLUYÓ QUE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO NO PRODUCÍA RESULTADOS MEJORES QUE EL CUIDADO HOSPITALARIO ORDINARIO O LA ATENCIÓN DE PRACTICANTE GENERAL.

DESDE HACE APROXIMADAMENTE 30 AÑOS SE HA INTENTADO EVALUAR LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DENTRO DE NUESTRA SOCIEDAD, RECONOCIENDO QUE LAS CLÍNICAS Y HOSPITALES TRADICIONALES ESTABAN SATURADOS, SOSPECHANDO QUE MUCHOS INDIVIDUOS QUE REQUERÍAN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL NO LOS ESTABAN RECIBIENDO.

LEIGHTON EN 1956 REALIZA UN INFORME CON DATOS ALARMANTES SOBRE LA FRECUENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD EN GENERAL. EN SU INVESTIGACIÓN OBTUVO EL NÚMERO DE PERSONAS QUE ERAN ATENDIDAS EN HOSPITALES Y CLÍNICAS LOCALES ASÍ COMO CUÁNTAS PERSONAS REQUERÍAN DE ESTOS SERVICIOS Y NO LO RECIBÍAN POR FALTA DE CAPACIDAD EN LOS MISMOS. SUS RESULTADOS FUERON DE LLAMAR LA ATENCIÓN EN CUANTO A LA DEMANDA, DEMOSTRANDO QUE LA FRECUENCIA DE LA PERTURBACIÓN MENTAL ES DE APROXIMADAMENTE EL ÓCTUPLO DEL NÚMERO DE INDIVIDUOS QUE ESTÁN SIENDO TRATADOS POR PERTURBACIÓN MENTAL. ESTE ESTUDIO NO ES EL ÚNICO DE ESTA ÍNDOLE, EXISTIENDO OTROS COMO LOS REALIZADOS EN EL CENTRO INVESTIGADOR DE ENCUESTA DE LA UNIVERSIDAD DE MICHIGAN, OTROS HECHOS EN NUEVA YORK, ETC.

OTRA CORRIENTE QUE CONTRIBUYE A LA PSICOLOGÍA DE LA COMUNIDAD ES LA MEDICINA DE LA SALUD PÚBLICA, LA CUAL SE ORIGINA EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX, SUR -

GIENDO DE LA NECESIDAD DE REUNIRSE LAS PERSONAS PARA COMBATIR LAS PLAGAS Y EPIDEMIAS POR LAS QUE ERAN AZOTADOS Y ENFOCAR ASÍ, DE UNA FORMA TAL VEZ BURDA EN PRINCIPIO, MÉTODOS PREVENTIVOS PARA EVITAR LA ANIQUILACIÓN DE COMUNIDADES.

MEYER A PRINCIPIOS DEL SIGLO YA SE PREOCUPABA Y HABLABA SOBRE LA NECESIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE MÉTODOS PREVENTIVOS, SIENDO HASTA LOS AÑOS CUARENTAS CUANDO LINDEMANN ESTABLECE UN PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD EN WELLESLEY, MASSACHUSETTS, E. U. A.

AL FINALIZAR LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL APARECE UN MOVIMIENTO LLAMADO "PSIQUIATRÍA COMUNITARIA" TENIENDO NUEVOS PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN Y SERVICIO; CONTANDO ENTRE OTROS CON LA TRANSFORMACIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS, CREANDO EN ELLOS UN "AMBIENTE TERAPÉUTICO"; INCREMENTO EN EL NÚMERO DE CAMAS EN LOS HOSPITALES GENERALES, CREACIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA Y DE INTERNAMIENTO PARCIAL, ORGANIZACIÓN DE CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA Y DE TALLERES PROTEGIDOS E INTEGRACIÓN ABSOLUTA DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL A LOS DE SALUD PÚBLICA ENTRE LOS MÁS IMPORTANTES.

CAPLAN EN 1964 ESCRIBE UN LIBRO DE TEXTO PROYECTADO PARA AYUDAR A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL A ESTABLECER PROGRAMAS PREVENTIVOS. DISTINGUE TRES TIPOS DE ESFUERZO EN ESTE ASPECTO:

PREVENCIÓN PRIMARIA.- PRETENDE REDUCIR LA INCIDENCIA DE LAS PERTURBACIONES MENTALES DE TODOS LOS TIPOS EN LA COMUNIDAD.

PREVENCIÓN SECUNDARIA.- TIENE COMO FIN EL REDUCIR LA PREVALENCIA DE LAS PERTURBACIONES QUE YA SE HAN PRESENTADO.

PREVENCIÓN TERCIARIA.- DONDE SE BUSCA REDUCIR EL PERJUICIO QUE PUEDE HABER RESULTADO DE ALGUNA PERTURBACIÓN MENTAL MANIFIESTA.

EN UNA ENCUESTA HISTÓRICA PARA LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, HERSCH (1969) FIJÓ LA FECHA DEL NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA COMUNIDAD EN MAYO DE 1965. EN ESTE MES UN GRUPO DE PSICÓLOGOS SE REUNIERON EN BOSTON PARA CONSIDERAR LA INSTRUCCIÓN DE LOS PSICÓLOGOS PARA EL TRABAJO EN SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD. LA CONFERENCIA DE BOSTON - GENERÓ MUCHA REFLEXIÓN A CERCA DE LA PSICOLOGÍA DE LA COMUNIDAD Y ESTIMULÓ AL ESTABLECIMIENTO DE UNA DIVISIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA COMUNIDAD DENTRO DE LA ASOCIACIÓN PSI

LÓGICA NORTEAMERICANA. ESTE GRUPO CARACTERIZÓ A LOS PSICÓLOGOS DE LA COMUNIDAD COMO "AGENTES DE CAMBIO, ANALISTAS DE LOS SISTEMAS SOCIALES, CONSULTORES SOBRE ASUNTOS DE LA COMUNIDAD Y ESTUDIOSOS EN GENERAL DEL HOMBRE ENTERO EN RELACIÓN CON LA TOTALIDAD DE SU AMBIENTE".

SURGE NUEVAMENTE LA NECESIDAD DE QUE LOS PSICÓLOGOS ACTUARAN FUERA DE LAS CLÍNICAS Y HOSPITALES, PARA ASÍ PROMOVER LA CONDUCTA SALUDABLE O EL FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DEL SER HUMANO Y DIRIGIRSE A GRANDES CONJUNTOS DE INDIVIDUOS.

ZAX Y SPECTER NOS DAN SU DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA, " UN ENFOQUE DE LOS PROBLEMAS DE LA CONDUCTA HUMANA QUE DESTACA LAS CONTRIBUCIONES HECHAS A SU DESARROLLO POR LAS FUERZAS AMBIENTALES, ASÍ COMO LAS CONTRIBUCIONES POTENCIALES POR HACER, CON MIRAS A SU ALIVIO MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE ESTAS FUERZAS".

MIKE BENDER LA DEFINE COMO " UN INTENTO DE - HACER LOS CAMPOS DE LA PSICOLOGÍA APLICADA MÁS EFECTIVOS EN LA PRÁCTICA DE SUS SERVICIOS Y MÁS SENSIBLES A LAS NECESIDADES Y DESEOS DE LA COMUNIDAD A LAS QUE SIRVE".

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE EXISTEN ALGUNAS DISCIPLINAS CUYO OBJETO DE ESTUDIO ES SIMILAR; SIN EMBAR-

GO, ES NECESARIO ESTABLECER QUE COMPARTIENDO ASPECTOS COMUNES EN CUANTO AL INTERÉS POR EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL, SE ABOCAN AL MISMO CON DIFERENTES PRESPECTIVAS, COMO ES EL CASO DE: LA PSIQUIATRÍA DE LA COMUNIDAD, QUE CONCEDE MAYOR SIGNIFICACIÓN A LAS FUERZAS SOCIALES QUE ACTÚAN SOBRE EL PACIENTE CENTRANDO SU ATENCIÓN SOBRE ELLAS. BELLAK LA DEFINE COMO " LA DETERMINACIÓN DE VER LOS PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS DEL INDIVIDUO DENTRO DEL MARCO DE REFERENCIA DE LA COMUNIDAD Y VISCEVERSA".

LA PSIQUIATRÍA SOCIAL DEFINIDA POR PEDLICH Y PEPPER ENTRE OTRAS DEFINICIONES " UNA EXPLORACIÓN DE LOS SISTEMAS SOCIALES Y LA CULTURA Y DE SU IMPACTO EN LOS FENÓMENOS PSIQUIÁTRICOS MÁS QUE COMO UN TIPO DE PRÁCTICA".

LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD, LA DEFINE - HOWELL COMO: " LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD ABARCA - TODAS LAS ACTIVIDADES QUE ESTÁN INVOLUCRADAS EN EL DESCUBRIMIENTO, DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN DE CADA INSTALACIÓN DE UNA COMUNIDAD QUE EFECTÚA TODOS LOS INTENTOS - QUE HACE LA COMUNIDAD POR PROMOVER LA SALUD MENTAL Y - PREVENIR Y CONTROLAR LA ENFERMEDAD MENTAL".

TOMANDO EN CUENTA LO ANTERIOR, ES IMPORTANTE EN ESTE PUNTO DEFINIR Y TRATAR DE PRECISAR EL CAMPO DE ACCIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y COMUNITARIA, EL CUAL

ES CADA VEZ MÁS AMPLIO, EXIGE UNA REDEFINICIÓN CONSTANTE Y UNA GRAN RELACIÓN INTRA E INTERDISCIPLINARIA Y SI LA ENTENDEMOS COMO " UN INTENTO DE HACER LOS CAMPOS DE LA PSICOLOGÍA APLICADA MÁS EFECTIVA EN LA PRÁCTICA DE SUS SERVICIOS Y MÁS SENSIBLE A LAS NECESIDADES Y DESEOS DE LA COMUNIDAD A LAS QUE SIRVE", SE DESPRENDE EL INTERÉS POR EL ESTUDIO Y CONOCIMIENTO PROFUNDO DE LA COMUNIDAD, NO SÓLO COMO EL "MEDIO AMBIENTE" QUE RODEA A LOS INDIVIDUOS O EL OBJETO DE ESTUDIO "INTERESANTE Y NOVEDOSO", SI NO COMO LA "UNIDAD SOCIAL CUYOS MIEMBROS PARTICIPAN DE ALGÚN RASGO, INTERÉS, ELEMENTO O FUNCIÓN COMÚN, CON CONCIENCIA DE PERTENENCIA, SITUADAS EN UNA DETERMINADA ÁREA GEOGRÁFICA, EN LA CUAL LA PLURALIDAD DE PERSONAS INTERACIONAN MÁS INTENSAMENTE ENTRE SÍ QUE EN OTRO CONTEXTO" Y QUE PUEDE SER CONSIDERADA POTENCIALMENTE COMO UNIDAD DE ENFERMEDAD O DE DESARROLLO, DE PATOLOGÍA O DE SALUD.

ENFOQUE INDIVIDUAL

HISTÓRICAMENTE, AL HABLAR SOBRE EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD MENTAL, SE HAN ELABORADO CRITERIOS CENTRANDO LA ATENCIÓN PRINCIPALMENTE EN EL INDIVIDUO, DE AHÍ QUE LOS SISTEMAS TERAPÉUTICOS SE HABÍAN ENFOCADO A LA CREACIÓN DE TRATAMIENTOS PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMA INDIVIDUAL SIN TOMAR EN CONSIDERACIÓN SU INFLU

ENCIA RECÍPROCA SOBRE EL GRUPO FAMILIAR Y SOCIAL.

COMO UN EJEMPLO DE ÉSTO, ESTÁ LO QUE OPINA -
 JURGEN RENSCH: " CONSIDERAMOS ACTUALMENTE AL INDIVIDUO CO
 MO UN ORGANISMO VIVIENTE CUYAS RELACIONES SOCIALES SE COM
 BINAN EN UNA ORGANIZACIÓN COMPLEJA, CUYO MUNDO INTERNO DE
 EXPERIENCIA SE RELACIONA ESTRECHAMENTE CON SU FUNCIONA -
 MIENTO SOCIAL Y CUYO FÍSICO HACE MATERIALMENTE POSIBLES
 SUS VARIADAS ACTIVIDADES; ESTE PUNTO DE VISTA REQUIERE UN
 ACERCAMIENTO MÁS UNITARIO AL HOMBRE, QUE NOS PERMITE RE -
 PRESENTAR ACONTECIMIENTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIA -
 LES, DENTRO DE UN SISTEMA DE DENOTACIÓN. SI UNA EMPRESA
 ASÍ RESULTARA EXITOSA PROCURARÍA UNA PERSPECTIVA TOTALMEN
 TE NUEVA SOBRE LAS INTRINCADAS RELACIONES ENTRE ACONTECI -
 MIENTOS MENTALES, CORPORALES Y SOCIOECONÓMICOS Y PROPOR -
 CIONARÍA UN ESQUEMA DE REFERENCIA QUE CONSIDERARÍA SIMUL -
 TÁNEAMENTE AL INDIVIDUO Y A SU AMBIENTE, TANTO EN LA SA -
 LUD COMO EN LA ENFERMEDAD".

TOMAREMOS A FREUD, QUIEN PARA DESARROLLAR SU
 TEORÍA TOMÓ EN CONSIDERACIÓN LA INFLUENCIA DEL GRUPO FAMI
 LIAR Y SOCIAL SOBRE EL INDIVIDUO, PARA LLEGAR A LA COM -
 PRENSIÓN DE LAS CAUSAS QUE INTERVIENEN EN LA ENFERMEDAD
 MENTAL QUE HA SIDO NOMBRADA "NEUROSIS". CON FUNDAMENTO
 EN ÉSTO ELABORA UN SISTEMA EXPLICATIVO Y TERAPÉUTICO.

COMO ES DE TODOS CONOCIDO ÉL ENFOCA SU TEORÍA DANDO GRAN RELEVANCIA A LAS INFLUENCIAS RECIBIDAS POR EL SUJETO EN SUS PRIMEROS SEIS AÑOS DE VIDA, EN LAS CUALES SE ACUÑAN LOS RASGOS DE CARÁCTER Y PERSONALIDAD A TRAVÉS DE LA FIJACIÓN Y/O REGRESIÓN A ETAPAS TEMPRANAS DEL DESARROLLO.

SU TERAPÉUTICA INTENTA AYUDAR A QUE EL INDIVIDUO CONOZCA LAS RAICES DE LOS FACTORES QUE MOTIVAN EL COMPORTAMIENTO, ASÍ COMO EL DESARROLLO MÁXIMO DE SUS POTENCIALIDADES, PERO NO CONTEMPLA LAS REPERCUSSIONES QUE ÉSTOS CAMBIOS OCASIONAN EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y SOCIAL.

SULLIVAN CONCIBE AL INDIVIDUO COMO UN SER SOCIAL, AL QUE LA SOCIEDAD PLANTEA PROBLEMAS A CADA INSTANTE. EL YO ES PARA ÉL LO QUE EL ELECTRÓN ES PARA EL FÍSICO. " CUANDO YO ME DEFINO, NO ME DEFINO NUNCA SINO POR MIS RELACIONES CON OTROS, COMO AMERICANO O COMO MIEMBRO DE LA CULTURA OCCIDENTAL, COMO LIGADO A LA CIVILIZACIÓN INDUSTRIAL, ETC".

EL INDIVIDUO TIENE DOS OBJETIVOS, EL DE OBTENER SATISFACCIONES (NECESIDADES BIOLÓGICAS) Y EL DE OBTENER SEGURIDAD (NECESIDAD CULTURAL). NO OBSTANTE, LAS NEUROSIS PROCEDEN SOBRE TODO DE LOS TRASTORNOS DE LA SEGURIDAD Y COMO LA SEGURIDAD DEPENDE DE LA ACEPTACIÓN O

DEL RECHAZO DEL MEDIO SOCIAL, SE LAS PUEDE DEFINIR COMO TRASTORNOS DE LAS RELACIONES HUMANAS.

EN LAS TRASTORNADAS RELACIONES ENTRE LAS PERSONAS Y SU AMBIENTE, LA PRIMERA CLASE DE DEFENSA ES ENCONTRAR UNA SOLUCIÓN REALISTA PARA EL CONFLICTO. LA SEGUNDA CLASE DE DEFENSA ES CONTENER EL CONFLICTO DENTRO DE LA PERSONA MIENTRAS SE BUSCA UNA SOLUCIÓN EFICAZ; EL TERCERO ES EL "ACTING OUT" IRRACIONAL. LA DEFENSA FINAL ES EL AISLAMIENTO IRRACIONAL PROGRESIVO QUE LLEVA A LA DESINTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

RESUMIENDO, PODEMOS OBSERVAR QUE COMO FREUD, SULLIVAN, ADLER, KAPEN HORNEY ENTRE OTROS, BASAN SU TEORÍA EN EL ALLÁ Y EN EL ENTONCES, ACENTUANDO LA IMPORTANCIA DEL INDIVIDUO POR CONSIDERARLO COMO EL DEPOSITARIO DE UNA EXPERIENCIA DE GRUPO, PERO ÉSTA SE ORGANIZA DE ACUERDO A PATRONES DE DISPOSICIÓN INTERNA.

ESTE ENFOQUE PRINCIPALMENTE INDIVIDUAL, PREDOMINÓ Y MATIZÓ TANTO EL DIAGNÓSTICO COMO LA TERAPÉUTICA PSICOLÓGICA HASTA LA PRIMERA MITAD DE ESTE SIGLO.

EL ENFOQUE FAMILIAR

ALREDEDOR DE LOS AÑOS 50'S SE HACE CADA VEZ MÁS EVIDENTE LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO QUE CONTEMPLE LOS CAMBIOS INDIVIDUALES EN SU CONTEXTO FAMILIAR, ASÍ COMO LAS REPERCUSSIONES QUE EL INDIVIDUO PROVOQUE SOBRE LA FAMILIA; CONSIDERANDO QUE LAS MODIFICACIONES DE LA DINÁMICA DEL AMBIENTE FAMILIAR PERMITIRÁ TANTO LA CURACIÓN COMO LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS, NO SOLAMENTE EN EL "MIEMBRO IDENTIFICADO", SINO EN EL SISTEMA COMPLETO, EN DONDE LOS CAMBIOS DE UN ELEMENTO PROVOCAN AJUSTES EN FORMA INTEGRAL. HACEMOS NOTAR QUE SE DEFINE A LA FAMILIA COMO UN SISTEMA CONSTITUIDO POR UNA PAREJA, PADRE, MADRE O SUBROGADO Y/O MIEMBROS PROCREADOS, ADOPTADOS U OTROS, QUE VIVEN BAJO EL MISMO TECHO Y QUE TIENEN OBJETIVOS COMUNES DE BIENESTAR, CONVIVENCIA Y CRECIMIENTO.

LA TEORÍA DE LA TERAPIA ESTRUCTURAL FAMILIAR SE BASA EN EL HECHO DE QUE EL SER HUMANO NO ES UN SER AISLADO, SINO UN SER ACTIVO Y REACTIVO DE GRUPOS SOCIALES, LO QUE EXPERIMENTA COMO REAL DEPENDE DE ELEMENTOS TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS.

LA FAMILIA CONSTITUYE UN FACTOR SUMAMENTE SIGNIFICATIVO YA QUE ES UN GRUPO SOCIAL NATURAL, QUE DETERMI

NA LA RESPUESTA SOCIAL DE SUS MIEMBROS A TRAVÉS DE ESTÍMULOS DESDE EL INTERIOR Y EL EXTERIOR. SU ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA TAMIZA Y CALIFICA LA EXPERIENCIA DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA. EN MUCHOS CASOS, SE LE PUEDE CONSIDERAR COMO LA PARTE EXTRACEREBRAL DE LA MENTE.

LA TERAPIA ORIENTADA DESDE ESTE PUNTO DE VISTA SE BASA EN TRES AXIOMAS:

- 1º EL CONTEXTO AFECTA LOS PROCESOS INTERNOS.
- 2º LAS MODIFICACIONES DEL CONTEXTO PRODUCE CAMBIOS EN EL INDIVIDUO.
- 3º LA CONDUCTA DEL TERAPEUTA ES SIGNIFICATIVA EN ESTE CAMBIO.

EN ESTA ESTRUCTURA TEÓRICA NO SE IGNORA AL INDIVIDUO. EL PRESENTE DEL INDIVIDUO ES SU PASADO MÁS LAS CIRCUNSTANCIAS ACTUALES. TANTO SU PASADO COMO SUS PROPIEDADES SINGULARES FORMAN PARTE DE SU CONTEXTO SOCIAL, SOBRE EL CUAL ACTÚAN DEL MISMO MODO EN QUE ÉSTE ACTÚA SOBRE ÉL.

LA HERRAMIENTA DE ESTA TERAPIA CONSISTE EN MODIFICAR EL PRESENTE NO EN EXPLORAR E INTERPRETAR EL PASA-

DO, ES UN TRATAMIENTO EL CUAL SE BASA EN EL AQUÍ Y AHORA. EL OBJETIVO DE LAS INTERVENCIONES EN EL PRESENTE ES EL SISTEMA FAMILIAR. AL CAMBIAR LAS POSICIONES DE LOS MIEMBROS DEL SISTEMA CAMBIA SU EXPERIENCIA SUBJETIVA, UNA VEZ QUE SE HA PRODUCIDO EL CAMBIO LA FAMILIA LO PRESERVARÁ - PROVEYENDO UNA MATRIZ DIFERENTE Y MODIFICANDO LA RETROALIMENTACIÓN QUE CONTÍNUAMENTE CALIFICA O VALIDA LAS EXPERIENCIAS DE SUS MIEMBROS. LA FAMILIA SIEMPRE HA SUFRIDO CAMBIOS PARALELOS A LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD. SE HA HECHO CARGO Y HA ABANDONADO LAS FUNCIONES DE PROTEGER Y SOCIALIZAR A SUS MIEMBROS COMO RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LA CULTURA.

VIRGINIA SATIR HABLA SOBRE LA FAMILIA, CONSIDERÁNDOLA COMO UNA UNIDAD EN LA CUAL EXISTE UNA HOMEOSTÁSIS EN LAS RELACIONES FAMILIARES. PARA CONOCER LOS FACTORES QUE AFECTAN ESTA HOMEOSTASIS HACE UNA CLASIFICACIÓN DE FAMILIA NOMBRÁNDOLAS COMO FAMILIAS NUTRIDORAS Y FAMILIAS CONFLICTIVAS. LAS FAMILIAS NUTRIDORAS SON AQUELLAS EN DONDE UNO PUEDE REALMENTE PALPAR Y OBSERVAR SU VITALIDAD. LOS CUERPOS ÁGILES, LAS EXPRESIONES TRANQUILAS, LAS PERSONAS SE VEN A LA CARA, HABLAN CON VOZ CLARA Y SONORA. HAY ARMONÍA Y FLUIDEZ EN SUS RELACIONES. SE SIENTEN LIBRES PARA EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS. DEMUESTRAN CLARAMENTE QUE PLANEAN LAS COSAS, PERO SI SUCEDE ALGO IMPREVISTO

FÁCILMENTE SE ACOMODAN AL CAMBIO.

LAS FAMILIAS CONFLICTIVAS SON AQUELLAS EN LAS CUALES LOS CUERPOS Y ROSTROS SON UNA MUESTRA VIVIENTE DEL CONFLICTO EXISTENTE, LOS CUERPOS ESTÁN TENSOS Y RÍGIDOS, O BIEN DESMAÑANADOS. LOS OJOS BAJOS ESQUIVAN LA MIRADA. LOS OIDOS OBTIAMENTE NO ESCUCHAN Y LAS VOCES SON DURAS, - ESTRIDENTES O APENAS AUDIBLES.

MINUCHIN NOS HABLA DE LAS FAMILIAS FUNCIONALES Y DISFUNCIONALES TENIENDO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: LAS FAMILIAS FUNCIONALES SON AQUELLAS CON AUTOESTIMA ALTA, CAPACES DE DAR Y RECIBIR, RECONOCIENDO ERRORES Y BUSCANDO SOLUCIONES, INDEPENDIENTES, PERMITIENDO EL DESARROLLO DE SU MIEMBROS.

LAS FAMILIAS DISFUNCIONALES SON AQUELLAS CON - AUTOESTIMA BAJA, INCAPACES DE DAR Y RECIBIR, DEPENDIENTES, EGOISTAS, NO PERMITIENDO EL DESARROLLO DE SUS MIEMBROS.

Así, PODEMOS NOTAR QUE ESTOS DOS AUTORES NOS DAN IGUALES CARACTERÍSTICAS CADA UNO CON SU FORMA PARTICULAR DE EXPRESARLAS,

LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA SON LAS DE PROTEGER Y SOCIALIZAR A SUS MIEMBROS Y SIRVEN A DOS OBJETIVOS

DISTINTOS:

- A) INTERNO.- LA PROTECCIÓN PSICOSOCIAL DE SUS MIEMBROS.
- B) EXTERNO.- LA ACOMODACIÓN A UNA CULTURA Y LA TRANSMISIÓN DE ÉSTA.

LAS FUNCIONES FAMILIARES CAMBIAN A MEDIDA QUE SE MODIFICA LA SOCIEDAD.

UN ESQUEMA BASADO EN LA COMPRESIÓN DE LA FAMILIA COMO UN SISTEMA QUE OPERA DENTRO DE LOS CONTEXTOS SOCIALES ESPECÍFICOS, TIENE TRES COMPONENTES :

- 1) LA ESTRUCTURA DE UNA FAMILIA ES LA DE UN SISTEMA SOCIOCULTURAL ABIERTO EN PROCESO DE TRANSFORMACIÓN.
- 2) LA FAMILIA MUESTRA UN DESARROLLO DESPLASÁNDOSE A TRAVÉS DE UN CIERTO NÚMERO DE ETAPAS QUE EXIGEN UNA RESTRUCTURACIÓN.
- 3) LA FAMILIA SE ADAPTA A LAS CIRCUNSTANCIAS CAMBIANTES DE MODO TAL QUE MANTIENE UNA CONTINUIDAD Y FOMENTA EL CRECIMIENTO PSICOSOCIAL DE CADA MIEMBRO.

LA FAMILIA SOCIALMENTE HABLANDO CONSTITUYE UNO DE LOS GRUPOS VINCULADOS MÁS COMPLEJOS, FORMADO POR UNA MEZCLA DE LAZOS HETEROGÉNEOS Y MUTUAMENTE SUPLEMENTARIOS QUE PUEDEN SER LINGÜÍSTICOS, CULTURALES, RELIGIOSOS, MORALES, ECONÓMICOS, SEXUALES, ETC.

LA FAMILIA ES EL GRUPO MÁS SOLIDARIO ENTRE LOS GRUPOS SOCIALES EN LA MEDIDA EN QUE ALGO CONCIERNE A LOS VALORES IDÉNTICOS DE TODAS LAS FAMILIAS DE UNA MISMA FORMACIÓN. LA TOTALIDAD DE LA FORMACIÓN FAMILIAR SE HACE SOLIDARIO EN LA DEFENSA DE DICHS VALORES.

SEGÚN LE PLAY, LAS FAMILIAS PUEDEN SER PATRIARCALES, MATRIARCALES, PARTICULARISTAS O DE FORMACIÓN INESTABLE Y DE ACUERDO CON ELLO SUS MIEMBROS SERÁN PORTADORES EN LA CULTURA Y MODELADORES DE LA MISMA.

LA FAMILIA ES EN CIERTOS ASPECTOS, UN GRUPO CERRADO Y EN OTROS UN GRUPO INTERMEDIO; ES CERRADO EN EL SENTIDO SEGÚN SOROKIN, DE QUE HABIENDO NACIDO DENTRO DE UNA FAMILIA DADA, NO ES FÁCIL REPUDIAR LA RELACIÓN FAMILIAR, PESE A LA POSIBILIDAD DE LA ADOPCIÓN DE UNA FAMILIA DIFERENTE Y ES INTERMEDIA EN CUANTO A LAS LEYES QUE RIGEN SOCIAL Y MORALMENTE, LAS QUE PERMITEN HASTA CIERTO PUNTO

LA CIRCULACIÓN DE INDIVIDUOS DE UNAS FAMILIAS A OTRAS; PERO MUCHAS VECES EL VOLUMEN DE ESTOS DESPLAZAMIENTOS EN LO EMOCIONAL ES RESTRINGIDO.

SEGÚN LINTON, ES DIFÍCIL COMPRENDER LA DISTINCIÓN SUTIL QUE EXISTE ENTRE LA UNIDAD REPRODUCTORA COMPUESTA DE LOS CONYUGES Y SUS VÁSTAGOS Y LA FAMILIA INSTITUCIONAL AUTÉNTICA. UNA ES LA FAMILIA BIOLÓGICA Y OTRA MUY DIFERENTE LA FAMILIA FUNCIONAL. UNA FAMILIA PUEDE CONSTITUIR UNA ESTRUCTURA, ÉSTO LOS PSICÓLOGOS LO HAN DESCRITO EN UNA DIVERSIDAD DE ANIMALES, OTRO PARÁMETRO ES LA FAMILIA EN SÍ COMO ENTIDAD FUNCIONAL, ABSOLUTAMENTE DEFINIDA CON ELEMENTOS INHERENTES A ESA FUNCIONALIDAD QUE IMPLICAN DE CIERTO UNA RESPONSABILIDAD ESPECÍFICA.

EL DESARROLLO EVOLUTIVO DE LA FAMILIA SE ENCuentra ÍNTIMAMENTE INTERACCIONADO CON LA SOCIEDAD; ÉSTA ES UNA UNIDAD DE SENTIDO, DEPENDE DE LA INTENCIONALIDAD HUMANA, NO PUEDE EXISTIR EVOLUCIÓN ADECUADA MIENTRAS LOS AFECTADOS POR EL PROCESO DE CAMBIO (LA FAMILIA) NO REALICEN UNA PLANEACIÓN RACIONAL, TANTO DE SU ESTRUCTURA COMO DE SU FUNCIONALIDAD.

ESTA APROXIMACIÓN SISTÉMICA AL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD MENTAL PARECE ABRIR EL PANORAMA DE INTERVENCIÓN TANTO DE DIAGNÓSTICO COMO DE TRATAMIENTO Y REHABI

LITACIÓN. EXISTEN MUCHAS ESCUELAS COMO: LA TRANSICIONAL CON ACKERMAN EN NUEVA YORK, TENIENDO COMO OBJETIVO LA - RESTRUCTURACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE Y PONE ÉNFASIS EN LA EXPLORACIÓN DEL PASADO, EN EL CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN Y EN INTERPRETACIÓN Y TRANSFERENCIA COMO INSTRUMENTO DE CAMBIO. OTRA CORRIENTE ES LA EXISTENCIAL, CON VIRGINIA SATIR EN EL GRUPO DE PALO ALTO CALIFORNIA. TIENE COMO OBJETIVO EL CRECIMIENTO Y EXPANSIÓN DE LA PERSONA Y EN EL TRATAMIENTO PONE ÉNFASIS EN LA EXPERIENCIA EN EL PRESENTE, ENTRE EL TERAPEUTA Y LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA COMO INSTRUMENTO DE CAMBIO PARA AMBOS. UNA TERCERA CORRIENTE ES LA DE MURRAY BOWEN DE LA GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY (SIENDO UNO DE LOS INOVADORES DE LA TERAPIA FAMILIAR), TIENE COMO OBJETIVO EL CAMBIO DEL SISTEMA FAMILIAR COMO CONTEXTO SOCIAL Y PSICOLÓGICO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, EN LA TERAPIA EL ÉNFASIS ESTÁ EN LA TRANSFORMACIÓN DE LOS PROCESOS INTERPERSONALES EN DISFUNCIÓN.

SIN TOMAR PARTIDO HEMOS PRESENTADO ESTE ENFOQUE DE TERAPIA FAMILIAR QUE A LA FECHA ES UN PILAR MÁS QUE SE HA CONVERTIDO EN UNA PIEDRA ANGULAR EN LOS INTENTOS POR LA BÚSQUEDA DE LA SALUD MENTAL.

EL ENFOQUE SOCIAL

COMO SE HA VENIDO DESCRIBIENDO ANTERIORMENTE EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD MENTAL HA SIDO EXPLICADO EN PRIMERA INSTANCIA DESDE UN PUNTO DE VISTA INDIVIDUAL, POSTERIORMENTE SE ANALIZÓ LA PERSPECTIVA FAMILIAR QUE CONSIDERA A LA FAMILIA COMO LA CÉLULA FUNDAMENTAL DE LA SOCIEDAD, SIENDO ÉSTA A LA VEZ EL PRIMER CONTACTO SOCIAL DEL INDIVIDUO. SIN EMBARGO, TODOS NACEMOS EN UNA SOCIEDAD HUMANA ORGANIZADA, EN UN MEDIO SOCIAL. EN EL PROCESO DE CRECIMIENTO DENTRO DE ESTE AMBIENTE APRENDEMOS A ADOPTAR LOS USOS Y MODOS DE OTROS INDIVIDUOS. EL CONTENIDO DE ESTE PROCESO VARÍA SEGÚN LAS PERSONAS Y LAS CIRCUNSTANCIAS CON QUE ESTABLECEMOS CONTACTO DURANTE LOS AÑOS DE DESARROLLO. LOS OTROS INDIVIDUOS CON QUIENES MANTENEMOS CONTACTO SON PARTE DE UNA SOCIEDAD; SU CULTURA, REPRESENTADA EN LAS PAUTAS DE VIDA QUE APLICAN, CONSISTEN EN LAS PRÁCTICAS Y LAS INSTITUCIONES VIGENTES TRANSMITIDAS DE GENERACIÓN EN GENERACIÓN. EN NUESTRA PROPIA SOCIEDAD, EL LENGUAJE, LA FAMILIA MONÓGAMA, LA PROPIEDAD PRIVADA REPRESENTAN PAUTAS CULTURALES.

AUGUSTO COMTE ESCRIBE EN SU LIBRO " CURSO DE FILOSOFÍA POSITIVA" . . " LA VERDADERA UNIDAD SOCIAL CONSISTE EN LA FAMILIA, POR LO MENOS REDUCIDA A LA PAREJA

ELEMENTAL QUE CONSTITUYE SU BASE ESE ELEMENTO TIENE QUE SER HOMOGÉNEO O PARECIDO AL COMPLEJO, TIENE QUE SER TAMBIÉN SOCIAL; Y NO LO ES EL INDIVIDUO".

ALGUNOS AUTORES NOS AYUDAN A COMPRENDER MÁS CLARAMENTE EL SIGNIFICADO Y LA IMPORTANCIA DE LA SOCIEDAD; ENTRE ESTOS ENCONTRAMOS A FELIPE LÓPEZ POSADO, - QUIEN NOS DICE QUE "LA SOCIEDAD ES LA COMUNIDAD TOTAL DE LOS HOMBRES O COMPLEJO TOTAL DE LAS RELACIONES HUMANAS".

ASÍ MISMO, JOSÉ CARRILLO MARTÍNEZ NOS DICE - QUE LA VIDA HUMANA ES UNA EXISTENCIA SOCIAL. "SOCIEDAD NO ES EL GRUPO PREVIO CRONOLÓGICAMENTE A OTROS GRUPOS - (FAMILIA, TRIBU, ESCUELA O NACIÓN) SINO QUE LOS DETERMINANTES, LOS CONSTITUYENTES DE LO SOCIAL EN LA VIDA HUMANA SON LAS INTERACCIONES ENTRE LOS HOMBRES".

ENTENDIENDO POR INTERACCIÓN " NUESTRA CAPACIDAD MISMA DE EXPERIMENTAR, DECIDIR Y CONTROLAR NUESTRA CONDUCTA MEDIANTE DECISIONES QUE NOS PERTENEZCAN, DEPENDE DE MUCHOS MODOS SUTILES E INVOLUNTARIOS DE LA RELACIÓN E INTERACCIÓN QUE MANTENGAMOS CON NUESTROS SEMEJANTES; - ES DECIR, LA INTERACCIÓN SOCIAL ES UNA RELACIÓN RECÍPROCA ENTRE DOS O MÁS INDIVIDUOS CUYA CONDUCTA ES MUTUAMENTE DEPENDIENTE".

LÓPEZ ROSADO NOS OFRECE UN CONCEPTO MÁS AMPLIO DE SOCIEDAD; SUGIERE LA IDEA DE UNA UNIDAD COMPLEJA FORMADA POR VARIOS ELEMENTOS; UN CONJUNTO DE INDIVIDUOS UNIDOS POR UN LAZO COMÚN; UNA CONVIVENCIA AGRUPADA. ESA UNIÓN LA HACE POSIBLE CIERTA SIMILITUD MÁS O MENOS ESTRECHA: - EL HÁBITAT, LA RAZA, LA EDUCACIÓN, LA OCUPACIÓN, VIDA DOMÉSTICA Y HÁBITOS FAMILIARES, CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS MORALES, RELIGIOSAS, ESTÉTICAS Y TÉCNICAS EL RÉGIMEN JURÍDICO Y POLÍTICO (NO SIENDO NECESARIO PARA LA EXISTENCIA DE UNA SOCIEDAD LA SIMILITUD EN TODOS LOS PUNTOS ANTERIORES);

COMO SE HA PODIDO DILUCIDAR A TRAVÉS DEL DESARROLLO HISTÓRICO DEL ESTUDIO DE LA SALUD MENTAL, LOS TRATAMIENTOS ABOCADOS A ESTE FIN, HAN DADO DIVERSOS GIROS, DANDO MAYOR ATENCIÓN EN SU INICIO A LOS PROBLEMAS EN FORMA INDIVIDUAL. AL BUSCAR NO SOLAMENTE LA ADAPTACIÓN DEL INDIVIDUO SINO CREARLE UN AMBIENTE FACILITADOR PARA MEJORAR Y MANTENER LOS EFECTOS TERAPÉUTICOS SE LLEGÓ A LA TERAPIA FAMILIAR. HASTA AQUÍ LAS TEORÍAS Y TÉCNICAS ESTABAN ENCAMINADAS EXCLUSIVAMENTE HACIA LA CURACIÓN; SIN EMBARGO CADA DÍA SE FUE PRESENTANDO MÁS EVIDENTE LA NECESIDAD DE MEDIDAS CON UN ENFOQUE MÁS PREVENTIVO Y SOCIAL Y - NO SÓLO CURATIVO E INDIVIDUAL.

SURGIERON ASÍ, APROXIMACIONES SOCIALES LAS CUALES PERDÍAN DE VISTA LA CONDICIÓN INDIVIDUAL O FAMILIAR.

FINALMENTE LLEGAMOS A UN MODELO DEL TIPO "INTEGRADOR", DEL QUE LAS DIVERSAS PARTES INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL, ESTÁN EN DEPENDENCIA MUTUA PARA CONSTITUIR UN SOLO SISTEMA DE INTERRELACIONES AL QUE HAY QUE TOMAR SIEMPRE EN SU GLOBALIDAD ORGÁNICA.

NO DEBE OLVIDARSE QUE EN TODO MOMENTO EL INDIVIDUO ES EL DEPOSITARIO DE UNA EXPERIENCIA DE GRUPO. SU IDENTIDAD ES AL MISMO TIEMPO INDIVIDUAL Y SOCIAL. ES UNA IMÁGEN EN ESPEJO DE SU GRUPO FAMILIAR.

LOS CRITERIOS PARA ENFERMEDAD Y SALUD MENTAL - NO PUEDEN RESTRINGIRSE AL INDIVIDUO, DEBEN ABARCAR AL INDIVIDUO DENTRO DEL GRUPO Y TAMBIÉN AL GRUPO. LOS MALES DEL INDIVIDUO, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD FORMAN UN CONTINUO.

DENTRO DE ESTE ENFOQUE COBRA VITAL IMPORTANCIA EL PROBLEMA DE DIAGNÓSTICO YA QUE LOS SISTEMAS PREVALENTES SON MÁS DESCRIPTIVOS QUE DINÁMICOS EVOLUTIVOS Y ETIOLÓGICOS.

LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS SE BASAN EN GRUPOS DE SÍNTOMAS, REFLEJAN POCO LA ORGANIZACIÓN TOTAL DE LA PERSONALIDAD Y DE LAS FORMAS PREFERIDAS DE ADAPTACIÓN SO-

CIAL. SE SABE QUE EL MISMO "SÍNTOMA" PUEDE SER BENIGNO EN UNA PERSONA Y MALIGNO EN OTRAS. EL PROBLEMA NO ES ENTONCES LA FORMA DEL "SÍNTOMA" SINO EL MODO EN QUE LA CAPACIDAD INTEGRADORA DEL INDIVIDUO MANEJE EL CONFLICTO CENTRAL Y LA MANERA EN QUE SUS RELACIONES FAMILIARES AFECTAN ESTE RESULTADO.

LA UNIDAD DE PREDICCIÓN ADECUADA NO PUEDE SER LA PERSONA SOLA SINO QUE DEBE SER LA PERSONA, EL AMBIENTE FAMILIAR Y EL AMBIENTE SOCIAL COMO UNA UNIDAD INTEGRAL. LO QUE A MENUDO LIMITA LOS RESULTADOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL ES EL FRACASO EN EVALUAR EL AMBIENTE O EN LOGRAR CONTROLARLO EFICAZMENTE.

EL ESTUDIO CONCENTRADO EN LA PERSONALIDAD INDIVIDUAL ES IMPORTANTE PERO NO LO SUFICIENTE. UNA CONCEPCIÓN MÁS AMPLIA DE LA SALUD MENTAL DEBE ABARCAR TAMBIÉN LA DINAMICA FAMILIAR Y DE LA COMUNIDAD EN QUE SE DESARROLLA YA QUE EL SER HUMANO ES SIEMPRE UN INDIVIDUO, UN MIEMBRO DE UNA FAMILIA A LA VEZ QUE UN MIEMBRO DE LA SOCIEDAD Y ESTÁ SIEMPRE COMPROMETIDO EN LOS TRES NIVELES DE ORGANIZACIÓN.

ASPECTOS GENERALES DE LA COLONIA RUIZ COPTINES
(PROPORCIONADOS POR LA DELEGACIÓN DE COYOACÁN, DEL D.D.F.,
Y EL CENTRO COMUNITARIO DE LA FAC. DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M.)
ANTECEDENTES HISTORICOS

LA IDEA DE POBLAR ESTA ZONA DEL PEDREGAL SUR-
GIÓ ENTRE LOS COMUNEROS DEL PUEBLO DE LA CANDELARIA EN
LA ÉPOCA DE LOS 40'S.

LA MANCHA URBANA DEL DISTRITO FEDERAL, PARA -
AQUELLA FECHA YA CONURBABA LA PARTE NORPONIENTE DE COYOA
CÁN. EL PRIMER PASO FUE EL INTENTO DE RECONOCIMIENTO DE
LOS TERRENOS DEL ANTIGUO RANCHO DE MONSERRAT COMO PROPIE
DAD COMUNAL.

LAS TRAMITACIONES NO LLEGARON A CONCRETARSE,
LO QUE PRODUJO UN REPLIEGUE DE LOS PRIMEROS POBLADORES,
QUE SEGÚN SE AFIRMA, LLEGABAN EN 1949 A 358 FAMILIAS.
ESTO PRODUJO TAMBIÉN DIFERENCIAS ENTRE LOS COLONOS Y CO
MUNEROS, LLEVANDO A LOS PRIMEROS A DECIDIR QUE LA ÚNICA
POSIBILIDAD DE FUNDAR ALLÍ UNA COLONIA, SERÍA MEDIANTE
UNA INVASIÓN. DIECISEIS FAMILIAS EN 1952 INICIARON LA
INVASIÓN, LAS CONDICIONES DE VIDA ERAN ENTONCES MUY DI-
FÍCILES, NO HABÍA NINGÚN TIPO DE SERVICIO, NI CALLES,
ERA NECESARIO CAMINAR MÁS DE UN KILÓMETRO PARA CONSEGUIR

AGUA. LA MAYORÍA DE LOS POBLADORES VIVÍAN EN CUEVAS ADAP-
TADAS O EN PEQUEÑOS CUARTOS CONSTRUIDOS DE ROCA VOLCÁNICA.
A ESTO SE DEBIÓ QUE EL POBLAMIENTO SE DIERA DURANTE LOS
PRIMEROS AÑOS EN FORMA MUY LENTA. DURANTE 1957 Y 1958 -
SE PRODUJERON OTRAS INVASIONES MASIVAS.

EN 1956 LOS COLONOS COMENZARON A TRABAJAR EN
LA TRAZA URBANA, INTERVINIENDO EN ELLA, EL PERSONAL DE -
LA DIRECCIÓN AGRARIA DEL DISTRITO FEDERAL. EL TRAZADO
DEFINITIVO DIO COMO RESULTADO UNA TRAMA ORTOGONAL, 118 -
MANZANAS, 13 OCUPADAS HOY POR LA PLANTA DE ASFALTO, 65
DE LAS CUALES ERAN DE UN MISMO TAMAÑO Y LAS OTRAS 40 DE
FORMA IRREGULAR. ESTE TRAZADO SE REALIZÓ SIN TENER EN -
CUENTA LA TOPOGRAFÍA, LO QUE IMPLICÓ PARA SU REALIZACIÓN
GRANDES DESPLAZAMIENTOS DE TIERRA PARA LLENAR LAS DEPRE-
SIONES QUE PRESENTABAN LAS ROCAS.

SITUACION ACTUAL

EL POBLAMIENTO SE PRODUCE DEL NORTE HACIA EL
SUR Y EN EL MOMENTO EN QUE SE REALIZÓ EL PROYECTO DE UR-
BANIZACIÓN PARA LA COLONIA, SE UBICÓ EL CENTRO, EN EL -
CENTRO GEOGRÁFICO DE LA ZONA HABITADA. LO QUE HOY HACE
QUE TODA LA PARTE SUR DE LA COLONIA SE ENCUENTRE DESVIN-
CULADA DE ESTE CENTRO, ASÍ MISMO, COMO EN EL CASO DE LA
COLONIA AJUSCO, EL PLANO SE REALIZÓ CON TOTAL PRESCIN-
DENCIA DE LA TOPOGRAFÍA.

LAS COLONIAS AJUSCO Y RUIZ CORTINES FORMAN PARTE DE LA ZONA CONOCIDA COMO PEDREGALES DE MONSERRAT, COLINDAN AL NORTE CON LOS PUEBLOS DE LOS REYES Y LA CANDELARIA, AL ESTE CON SAN PEDRO TEPETLAPA, AL SURESTE CON EL PEDREGAL DE STO. DOMINGO. ENTRE ESTAS COLONIAS Y LAS VECINAS NO EXISTE LÍMITE NATURAL, SÓLO PUEDE NOTARSE ENTRE UNA Y OTRA LA DIFERENCIA DE SU TRAZO URBANO.

A) SERVICIOS.

LAS TRESCUARTAS PARTES DE LAS FAMILIAS DISPONEN DE SERVICIOS SANITARIOS PRIMORDIALES, EL 15% TIENEN SERVICIO DE TELÉFONO, SÓLO EL 20% TIENEN QUE RECURRIR AL AGUA DE HIDRANTE Y A LOS BAÑOS COMUNALES.

EN LA ZONA CENTRO DE RUIZ CORTINES, PRINCIPALMENTE EN EL ÁREA ALEDAÑA DE AJUSCO, EXISTEN PROBLEMAS DE PRESIÓN DE AGUA, DEBIDO A QUE ESTA ZONA ESTÁ ELEVADA POR LO MENOS 10 METROS POR ENCIMA DEL NIVEL MEDIO DE LA COLONIA. NO HAY DRENAJE, EN LA ACTUALIDAD LAS FOSAS SÉPTICAS DESAGÜAN SOBRE GRIETAS, PRODUCIENDO LA CONTAMINACIÓN DE LA COLONIA.

TODA LA COLONIA CUENTA CON ENERGÍA ELÉCTRICA, PERO SIN EMBARGO, EL ALUMBRADO PÚBLICO ES ESCASO Y TIE-

NEN PROBLEMAS DE MANTENIMIENTO, LA CARENCIA DE EQUIPAMIENTO ES GRANDE EN AMBAS COLONIAS, PARTICULARMENTE EN GUARDERÍAS Y EQUIPAMIENTO DE SALUD, LAS ÁREAS VERDES SON ESCASAS Y NO EXISTEN ÁREAS DEPORTIVAS. EXISTE DESDE HACE ALGUNOS AÑOS UN COLEGIO DE PACHILLEROS; SIN EMBARGO, NO HAY ESCUELAS TÉCNICAS QUE SERÍAN MÁS CONCORDANTES CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN. NO EXISTEN CENTROS CULTURALES, DE ESPECTÁCULOS, NI LOCALES PARA LA ORGANIZACIÓN VECINAL.

B) DATOS DEMOGRÁFICOS.

LA COLONIA RUIZ CORTINES CUENTA CON UNA POBLACIÓN APROXIMADA DE 30,000 HABITANTES (5 A 6 MIL FAMILIAS) ASENTADOS EN UNA ÁREA DE 46.2 HECTÁREAS; LO QUE DA UNA DENSIDAD DE 433 HABITANTES/HA. DE LOS 1652 LOTES EXISTENTES ESTÁN REGULARIZADOS EL 50%.

EL 79% DE LA POBLACIÓN DE LA COLONIA HABITA EN VIVIENDAS PROPIAS, EL 15% SON VIVIENDAS ALQUILADAS Y EN MINIMA ESCALA, EL 7% HABITAN EN DEPARTAMENTOS Y ACCESORIAS.

EL CENTRO COMUNITARIO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA, U.N.A.M.

APARECIÓ COMO PROYECTO EN EL AÑO DE 1979, PRODUCTO DE LAS INQUIETUDES DE UN GRUPO DE MAESTROS DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, INTERESADOS EN LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA, EN SUS PERSPECTIVAS Y EN SU SURGIMIENTO, TOMA EN CUENTA LAS NECESIDADES Y DESEOS DE LA COMUNIDAD EN LO QUE AL CAMPO DE LA SALUD MENTAL SE REFIERE. ASÍ COMO TAMBIÉN CONSIDERA EL MARCO QUE CARACTERIZA A LA UNIVERSIDAD Y POR TANTO A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE PROPICIAR LA ENSEÑANZA A TRAVÉS DEL SERVICIO Y DE VINCULAR AL ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA CON SU REALIDAD SOCIAL.

LA JUSTIFICACIÓN PARA IMPLEMENTAR LOS PROGRAMAS QUE CONDUJERON A LA CREACIÓN DEL CENTRO COMUNITARIO EN MAYO DE 1981 SE BASÓ EN :

LA NECESIDAD PRIORITARIA DE PREPARAR A LOS ALUMNOS EN EL TERRENO DE LA SALUD MENTAL DENTRO DE LOS LINEAMIENTOS DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA, QUE LE PERMITAN CONVERTIRSE EN AGENTE Y PROMOTOR DE SALUD MENTAL Y ASÍ VERTIR LOS IDEALES HUMANÍSTICOS DE ATENCIÓN, AYUDA Y DESARROLLO HACIA LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD.

EL PROBLEMA AL QUE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA SE HA VENIDO ENFRENTANDO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, ES EL DE LA CARENCIA DE CENTROS DE SALUD, CLÍNICAS Y HOSPITALES DONDE PUEDA LLEVARSE A CABO EL ENTRENAMIENTO PRÁCTICO DE LOS ALUMNOS.

LA NECESIDAD DE UN PLAN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA, QUE COORDINE ESFUERZOS, UNIFIQUE CRITERIOS, OBJETIVOS, METAS Y ACTIVIDADES, ESPECIALMENTE EN UN PRINCIPIO CON LAS DISTINTAS ÁREAS DE LA PSICOLOGÍA.

LOCALIZACIÓN

SE CONSIDERÓ IMPORTANTE UBICAR AL CENTRO EN UNA ZONA CERCANA A CIUDAD UNIVERSITARIA Y QUE POR SUS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS PUDIERA OBTENER BENEFICIOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO, SELECCIONÁNDOSE LA COLONIA RUIZ CORTINES EN LA ZONA DE LOS PEDREGALES DE COYOACÁN EN EL D.F. PARA TAL EFECTO.

EL RADIO DE ACCIÓN DEL CENTRO ABARCA PRINCIPALMENTE A LOS HABITANTES DE ESTA COLONIA, QUIENES SON SU FOCO DE ATENCIÓN PARA EL PROGRAMA COMUNITARIO, PERO TAMBIÉN A VECINOS DE LAS COLONIAS ALEDAÑAS (AJUSCO, STA. URSULA COAPA, NUEVA DIAZ ORDAZ, ETC.), ASÍ COMO A PERSONAS DE OTRAS ZONAS DEL DISTRITO FEDERAL QUE SOLICITEN ESTE SERVICIO.

EQUIPO DE TRABAJO

ESTÁ INTEGRADO POR 9 MAESTROS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, CON ESPECIALIDADES TALES COMO: PSICOLOGÍA CLÍNICA, TERAPIA FAMILIAR, PSICOTERAPIA DE GRUPO, DIAGNÓSTICO PSICONEUROLÓGICO DE NIÑOS, PSICOTERAPIA INFANTIL. ADEMÁS EXISTEN 9 PROMOTORES EN SALUD MENTAL, PSICÓLOGOS PREVIAMENTE ENTRENADOS PARA EL TRABAJO COMUNITARIO.

EL CENTRO FUNCIONA DE LAS 9:00 A LAS 19:00 HORAS, DE LUNES A VIERNES CON UN TURNO MATUTINO Y OTRO VESPERTINO.

LOS OBJETIVOS QUE COMPRENDE EL CENTRO COMUNITARIO ABARCAN CUATRO GRANDES ASPECTOS:

- I.- PROMOVER Y FOMENTAR EL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL TRABAJO DIRECTO CON LA COMUNIDAD.
- II.- PROPORCIONAR SERVICIO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA.
- III.- PROPICIAR Y COORDINAR ACTIVIDADES DE DOCENCIA.

IV.- REALIZAR INVESTIGACIÓN DENTRO Y FUERA DEL CENTRO QUE PERMITA RETROALIMENTAR LOS PROGRAMAS DE TRABAJO.

PARA EL LOGRO DE DICHS OBJETIVOS SE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

I.- TRABAJO DIRECTO CON LA COMUNIDAD.

SE HA REALIZADO EN TRES NIVELES: 1º CONTACTO - CON LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD. 2º ACTIVIDADES DE - ORIENTACIÓN QUE SURGEN DEL CONTACTO DIRECTO CON LA COMUNI - DAD Y 3º SE OFRECE ASESORÍA A OTROS PROFESIONALES.

LOS CASOS DETECTADOS A TRAVÉS DEL TRABAJO DE CAMPO SON ENVIADOS AL CENTRO PARA SU EVALUACIÓN, TRATA - MIENTO Y/O CANALIZACIÓN ADECUADA.

II.- PARA EL OBJETIVO DE ASISTENCIA PSICOLÓGI - CA FUNCIONA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DESDE ENERO DE 1982. EL FLUJO DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES ES - EL SIGUIENTE:

- RECEPCIÓN DEL PACIENTE
- PRIMERA CONSULTA
- JUNTA DE VALORACIÓN

- PROCESO DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO
- RESCATE Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES.

III.- DOCENCIA.

LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA SE INICIARON EN 1979 MUCHO ANTES DEL ESTABLECIMIENTO DEL CENTRO COMUNITARIO Y EN UN PRINCIPIO CONSISTIERON EN LA CAPACITACIÓN A UN GRUPO DE ESTUDIANTES DE LOS PRIMEROS SEMESTRES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA EN ASPECTOS TALES COMO: PSICOLOGÍA COMUNITARIA, TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN Y DESARROLLO DE LA COMUNIDAD, PSICODIAGNÓSTICO, PSICOTERAPIA, DIAGNÓSTICO PSICONEUROLÓGICO.

ACTUALMENTE LAS ACTIVIDADES DOCENTES COMPREN UNA GAMA MÁS AMPLIA:

- CAPACITACIÓN CONSTANTE DEL PERSONAL ADSCRITO AL CENTRO.
- VINCULACIÓN DEL CENTRO COMUNITARIO CON LA COORDINACIÓN DE MATERIAS TEÓRICO-PRÁCTICAS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
- PROGRAMAS PARA PSICÓLOGOS EN SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO.

- SESIONES DE SUPERVISIÓN DE CASOS, SESIONES CLÍNICAS Y BIBLIOGRÁFICAS.

III.- INVESTIGACIÓN.

SE REALIZÓ UNA INVESTIGACIÓN CON 250 FAMILIAS ELEGIDAS AL AZAR APLICANDO DOS ENCUESTAS: UNA GENERAL - QUE COMPRENDÍA LOS CUATRO INDICADORES DE SALUD COMUNITARIA: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN, CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE Y LA VIVIENDA, ASPECTOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y FACTORES SOCIOECONÓMICOS.

UNA SEGUNDA ENCUESTA SE ELABORÓ PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA Y DE TAL MANERA ESTABLECER PRIORIDADES EN LOS PROGRAMAS ASISTENCIALES.

ACTUALMENTE SE CONCLUYÓ UNA INVESTIGACIÓN SOBRE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD Y EL ENFERMO MENTAL EN LA COMUNIDAD, CUYOS RESULTADOS ESTÁN YA PUBLICADOS EN UN TRABAJO DE TESIS PROFESIONAL.

LA INVESTIGACIÓN PRINCIPAL QUE SE ESTÁ REALIZANDO EN EL CENTRO COMUNITARIO CONTEMPLA UN "INVENTARIO DE SALUD MENTAL, INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL DE LA CO-

MUNIDAD RUIZ CORTINES", LA CUAL SE BASA EN LAS PREGUNTAS QUE SON ESENCIALES EN EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA :

LA PRIMERA ES QUÉ CONSIDERAN LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD COMO SUS NECESIDADES PRIMARIAS.

LA SEGUNDA ES DETECTAR CUÁLES SON LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, NECESIDADES Y DEFICIENCIAS REALES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD. DE ESTE MODO - CUÁLES SON LOS INDICADORES ESPECÍFICOS DE SALUD MENTAL A SER DESARROLLADOS.

DE ESTE INVENTARIO DE SALUD MENTAL SE DERIVA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN COMO LA PRIMERA DE UNA SERIE, LA CUAL AL REUNIR SUS RESULTADOS AYUDARÁ A DAR RESPUESTA A LOS CUESTIONAMIENTOS ARRIBA MENCIONADOS.

METODO

UN SERVICIO DE SALUD MENTAL DENTRO DE LA COMUNIDAD REQUIERE DE UNA RETROALIMENTACIÓN CONSTANTE EN RELACIÓN A SUS PROGRAMAS DE TRABAJO, TANTO PARA ELABORAR ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN, COMO PARA NUEVOS PLANTEAMIENTOS TERAPÉUTICOS Y DE REHABILITACIÓN. DE AQUÍ SE DESPRENDE LA NECESIDAD DE REALIZAR INVESTIGACIÓN DE CAMPO QUE NOS PERMITA CONOCER A LA COMUNIDAD MISMA, SUS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y A SUS INDIVIDUOS.

HABIENDO REALIZADO INVESTIGACIÓN DE CAMPO EN LA COMUNIDAD DE LA COLONIA RUIZ CORTINES SURGEN COMO PUNTOS DE INTERÉS PARA EL PRESENTE ESTUDIO, LAS SIGUIENTES PREGUNTAS A CONOCER:

¿ CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE POBLACIÓN EN LA COMUNIDAD ESTUDIADA? YA QUE -
TRATÁNDOSE DE UNA COLONIA DE RECIENTE FORMACIÓN, POR MUCHO TIEMPO FUE CONSIDERADA MARGINAL, MÁS ADELANTE PASÓ A CONVERTIRSE EN SUBURBANA Y ACTUALMENTE SE CONTEMPLA COMO UNA ZONA EN VÍAS DE URBANIZACIÓN.

¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL QUE MANIFIESTAN LOS MIEMBROS DE LA COLONIA PUIZ CORTINES Y QUE A NIVEL EXPLÍCITO LO PARTICIPAN PARA PODER NO SOLAMENTE INFERIR SINO REFERIR LO QUE ELLOS REPORTAN COMO TALES?

TIPO DE ESTUDIO

LA PRESENTE INVESTIGACIÓN CONTEMPLA UN ESTUDIO DE CAMPO EL CUAL CONSISTE: " GENERALMENTE EN EL ESTUDIO DE UN GRUPO O SOCIEDAD EN SU AMBIENTE NATURAL, CON CUYOS MIEMBROS TIENE CONTACTO DIRECTO EL OBSERVADOR. ESTE CONTACTO PUEDE CONSISTIR EN ENTREVISTAS, APLICACIÓN DE QUESTIONARIOS O CUALQUIER OTRO MÉTODO MEDIANTE EL CUAL SE PUEDA OBTENER INFORMACIÓN DE LOS SUJETOS", ESTA DEFINICIÓN ENGLOBA CABALMENTE LO REALIZADO EN EL PRESENTE TRABAJO.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO SE LLEVÓ A CABO EN EL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE EL MES DE ABRIL Y EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1983.

DELIMITACIÓN ESPACIAL

COMO YA SE HA MENCIONADO ANTERIORMENTE TODA LA INVESTIGACIÓN SE REALIZÓ EN LA COLONIA RUIZ CORTINES, EN MÉXICO, D.F. PERTENECIENTE A LA DELEGACIÓN DE COYOACÁN.

MUESTRA

LA POBLACIÓN ESTUDIADA FUE SELECCIONADA EN FORMA PROBABILÍSTICA Y POR CUOTA, HABIÉNDOSE FIJADO LA CANTIDAD DE 80 FAMILIAS PARA COMPLETAR LA MUESTRA.

SUJETOS

TODOS LOS MIEMBROS INTEGRANTES DE LAS 80 FAMILIAS FUERON TOMADOS EN CUENTA PARA ESTA INVESTIGACIÓN. SE EXPLICARÁ EN EL RENGLÓN DE PROCEDIMIENTO DIVERSOS CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DE LA POBLACIÓN.

ESCENARIO

LOS INSTRUMENTOS SE APLICARON A LOS SUJETOS SE LECCIONADOS EN SUS DOMICILIOS, A EXCEPCIÓN DE LOS AQUELLOS QUE NO CUMPLÍAN LOS REQUISITOS MÍNIMOS QUE ESTIPULAN LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS; ES DECIR, CUANDO NO TUVIERAN LUZ SUFICIENTE, CONDICIONES DE SILENCIO O VENTILACIÓN ADECUADA, ETC. CUANDO NO SE SATISFACIERON LOS REQUISITOS MÍNIMOS ESTIPULADOS, SE LES CITO EN LAS INSTALACIONES DEL CENTRO COMUNITARIO PARA SU REALIZACIÓN, CONTANDO CON CUBÍCULOS INDIVIDUALES PARA TAL EFECTO.

INSTRUMENTOS

SE APLICARON LOS SIGUIENTES:

- A) ENTREVISTA INDIVIDUAL*
- B) ENTREVISTA FAMILIAR*
- C) CUESTIONARIO CARACTEROLÓGICO*
- D) CUESTIONARIO DE INDICADORES SOCIALES*
- E) PRUEBA GUESTALTICA VISOMOTORA DE L. PENDER

* INSTRUMENTOS ELABORADOS POR EL PERSONAL DEL CENTRO COMUNITARIO.

- F) PRUEBA DE DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA
- G) PRUEBA DE INTELIGENCIA (PARA SUJETOS DE 4 A 16 AÑOS STANFORD-BINET REV. DE TERMAN - MERRIL 1972; RETA II-R PARA MAYORES DE 16 HASTA 60 AÑOS INCLUSIVE).
- H) PRUEBA DE AGRESIÓN-FRUSTRACIÓN DE ROSEN - ZWEIG EN SUS DOS VERSIONES (NIÑOS Y ADULTOS).
- I) REGISTRO DE HABILIDADES PARA PREESCOLARES DE EDGAR A. DOLL PARA SUJETOS MENORES DE 4 AÑOS DE EDAD.
- J) EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LOS SIGUIENTES CASOS: 1) NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS, CUANDO A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA SE DETEC - TEN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS. 2) PERSONAS MAYORES DE 4 AÑOS DE QUIENES SE SOSPECHE - ORGANICIDAD DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OB - TENIDOS EN LA PRUEBA DE PENDER. 3) PERSO - NAS QUE PRESENTEN FACIES CARACTERÍSTICAS - DE ORGANICIDAD O SÍNDROMES NEUROLÓGICOS OS - TENSIBLES.

PROCEDIMIENTO

EN EL MES DE ENERO DE 1983 SE INICIÓ EL PROYECTO GENERAL QUE CONTEMPLÓ LA PARTICIPACIÓN DE 16 INVESTIGADORES Y UN GRUPO DE 8 MAESTROS QUE OFRECIERON ASESORÍA EN LAS DIFERENTES ÁREAS.

LOS PRIMEROS REALIZARON TRABAJO DIRECTO DE CAMPO Y LOS SEGUNDOS BÁSICAMENTE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA EN LA ELABORACIÓN Y MANEJO DE INSTRUMENTOS. EL EQUIPO COMPLETO SE ABOCÓ A LA ELABORACIÓN Y/O ESTRUCTURACIÓN DE INSTRUMENTOS (SEÑALADOS EN LA PÁGINA 43). SIMULTÁNEAMENTE SE REALIZARON SEMINARIOS EN DONDE EL OBJETIVO PRINCIPAL FUE DE UNIFICAR CRITERIOS DE APLICACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

EL PRESENTE ESTUDIO SE BASÓ PARA EL MUESTREO EN UNA INVESTIGACIÓN ANTERIOR ("ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL Y HACIA EL ROL DEL PSICÓLOGO", GUTIERREZ-REYES Y POZOS-BRAVO). SE SELECCIONARON EN FORMA PROBABILÍSTICA 16 MANZANAS DE LA COLONIA QUIZ CORTINES, DE LAS CUALES SE SORTEARON 5 FAMILIAS POR CADA MANZANA. AMBOS SORTEOS SE REALIZARON DE LA SIGUIENTE FORMA: PRIMERO SE ANOTARON LOS NÚMEROS DE LAS MANZANAS Y SE CONSIDERARON LAS PRIMERAS 16 SELECCIONADAS. SEGUNDO, EN EL CASO DE LAS FAMILIAS SE TOMARON LOS LOTES DE CADA MANZANA Y SE DISPU -

SIERON DE LOS PRIMEROS 5 NÚMEROS POR CADA MANZANA. SI ALGUNO DE ESTOS LOTES ERA VALDÍO O TENÍA UN COMERCIO, O BIÉN SI ESTABA DESHABITADO, SE PROCEDÍA A TOMAR EL LOTE INMEDIATO CONTIGUO. CUANDO LA FAMILIA SORTEADA NO ACEPTABA COLABORAR CON LA INVESTIGACIÓN EL PROCEDIMIENTO SEGUIDO ERA EL MISMO QUE EL ANTERIOR.

SE FORMARON 8 PAREJAS CON LOS 16 INVESTIGADORES QUE IBAN A APLICAR LOS INSTRUMENTOS SEÑALADOS. ESTAS PAREJAS SE FORMARON CON UN INVESTIGADOR QUE TENÍA CONTACTO PREVIO CON LA COMUNIDAD Y OTRO QUE AÚN NO LO TUVIERA. SE REALIZARON VISITAS DE OBSERVACIÓN DE LA ZONA POR LAS PAREJAS, CON EL OBJETO DE QUE EL OBSERVADOR NO CONOCEDOR DE LA COMUNIDAD, PUDIERA IMPREGNARSE Y PENETRAR AL MEDIO DE TRABAJO; INICIÁNDOSE LA INVESTIGACIÓN EN SÍ, CUANDO SE CONSIDERÓ QUE ESTA "IMPREGNACIÓN" SE HABÍA LOGRADO.

SE REALIZÓ UN NUEVO SORTEO DE LAS MANZANAS DE LAS FAMILIAS SELECCIONADAS PARA ASIGNARSE A CADA PAREJA DE INVESTIGADORES.

LA PRESENTACIÓN ANTE CADA FAMILIA SE HIZO DE LA SIGUIENTE FORMA:

" SOMOS UN GRUPO DE PSICÓLOGOS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA U.N.A.M., Y TENEMOS UN CENTRO COMUNITARIO EN ESTA COLONIA UBICADO EN LA CALLE DE TEOLOLE N.º-27 L-5, DAMOS SERVICIO PSICOLÓGICO (EN ESE MOMENTO SE LES DABA UN TRIPTICO ACLARANDO EL CONTENIDO),

ESTE SERVICIO ES GRATUITO.

PARA EL LOGRO DE LA FINALIDAD DEL CENTRO COMUNITARIO, HEMOS PENSADO PREGUNTAR A USTEDES CUÁLES SON LAS NECESIDADES Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS QUE TENGAN O LES PREOCUPEN. SI NO LO HAY EL SERVICIO QUE DAMOS NO ES SÓLO PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES SINO PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE ÉSTAS. QUE REMOS ENCONTRAR EL GRADO DE SALUD MENTAL QUE EXISTE EN ESTA COLONIA, POR LO CUAL, SOLICITAMOS SU COOPERACIÓN PARA LLEVAR A CABO ESTE TRABAJO. TODOS LOS DATOS QUE USTEDES NOS APORTEN, SERÁN MANEJADOS EN FORMA ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, TENIÉNDOLOS ARCHIVADOS EN EL CENTRO COMUNITARIO Y ASÍ, EN EL MOMENTO QUE REQUIERAN DE LA ATENCIÓN YA CONTAMOS CON INFORMACIÓN ACERCA DE USTED. ENTRE LAS DIVERSAS ACTIVIDADES QUE LE MOSTRAMOS EN EL FOLLETO TAMBIÉN DAMOS PLÁTICAS DE ORIENTACIÓN, PUDIENDO USTED ASISTIR SÓLO O EN COMPAÑÍA DE SU FAMILIA".

LO ANTERIORMENTE EXPUESTO FUE LA IDEA BÁSICA DE LA FORMA DE ABORDAR A LAS PERSONAS YA QUE ÉSTO NO FUE LEIDO TEXTUALMENTE, SINO EXPRESADO EN FORMA VERBAL.

UNA VEZ QUE LA FAMILIA ACEPTÓ COLABORAR SE INICIÓ LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:

- 1º ENTREVISTA INDIVIDUAL: PARA TODOS LOS SUJETOS. EN LOS CASOS DE MENORES DE 14 AÑOS, SE REALIZÓ A TRAVÉS DE LOS PADRES O TUTORES.
- 2º CUESTIONARIO CARACTEROLÓGICO: PARA SUJETOS MAYORES DE 14 AÑOS.
- 3º CUESTIONARIO DE INDICADORES SOCIALES: PARA SUJETOS MAYORES DE 14 AÑOS.
- 4º ENTREVISTA FAMILIAR. SE CONSIDERÓ PARA LA REALIZACIÓN DE ÉSTA LA PRESENCIA MÍNIMA DE LA MITAD MÁS UNO DEL TOTAL DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

- 5º TEST GUESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER, PARA SUJETOS MAYORES DE 4 AÑOS.
- 6º PRUEBA DE INTELIGENCIA: STANFORD-BINET - (REVISIÓN Terman Merrill 1972) PARA SUJETOS DE 4 A 15 AÑOS ONCE MESES. BETA II-R PARA SUJETOS DE 16 A 60 AÑOS INCLUSIVE.
- 7º PRUEBA DE AGRESIÓN-FRUSTRACIÓN DE POSEN - ZWEIG PARA SUJETOS DE 4 AÑOS EN ADELANTE, EN SU VERSIÓN PARA NIÑOS O ADULTOS SEGÚN EL CASO.
- 8º PRUEBA DE DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA, PARA SUJETOS DE 4 AÑOS EN ADELANTE.
- 9º REGISTRO DE HABILIDADES PARA PRE-ESCOLARES DE EDGAR DOLL, PARA SUJETOS MENORES DE 4 - AÑOS.
- 10º EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LOS SIGUIENTES CASOS:
 - A) NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS, CUANDO A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA SE DETECTEN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

- b) PERSONAS MAYORES DE 4 AÑOS DE QUIENES SE SOSPECHE ORGANICIDAD DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA DE RENDER.
- c) PERSONAS QUE PRESENTEN FACIES CARACTERÍSTICAS DE ORGANICIDAD O SÍNDROMES - NEUROLÓGICOS OSTENSIBLES.

LO ANTERIORMENTE EXPUESTO ES LO QUE CORRESPONDE A LA INVESTIGACIÓN GENERAL. PARA EL PRESENTE ESTUDIO SE TOMARÁN EXCLUSIVAMENTE LOS SIGUIENTES DATOS DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL:

I DATOS GENERALES.

- A) EDAD
- B) SEXO
- C) ESTADO CIVIL
- D) LUGAR DE NACIMIENTO
- E) ESCOLARIDAD
- F) OCUPACIÓN ACTUAL
- G) RELIGIÓN
- H) SI COOPERA ECONÓMICAMENTE AL GASTO FAMILIAR
 - INGRESO TOTAL DE LA FAMILIA
 - NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA

II PROBLEMAS FUNDAMENTALES

SE TOMARON EN CUENTA LOS TRES PROBLEMAS FUNDAMENTALES: INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO, MANIFESTADOS POR CADA SUJETO, SIENDO ÉSTOS SOLICITADOS SÓLO A LAS PERSONAS MAYORES DE 15 HASTA 60 AÑOS INCLUSIVE.

DEL CUESTIONARIO DE INDICADORES SOCIALES SE TOMARON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

PREGUNTA No. 14 "CONOCE LOS NOMBRES DE LAS CALLES DE SU COLONIA, CUÁNTO TIEMPO TIENE DE VIVIR AQUI?" ESTA PREGUNTA NOS SIRVIÓ PARA DETERMINAR EL TIEMPO QUE TIENEN DE VIVIR EN LA COLONIA.

PREGUNTA No. 18 "¿DÓNDE VIVÍA ANTES DE VIVIR EN ESTA COLONIA?". ESTA PREGUNTA NOS SIRVIÓ PARA CONOCER EL UGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PERSONAS.

SOBRE LOS DATOS OBTENIDOS SE HIZO EL RECUENTO DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS EN TOTAL Y DE CADA UNO EN PARTICULAR.

INDICADORES: DESCRIPCIÓN Y CODIFICACIÓN

PARA CADA UNA DE LAS VARIABLES SE ELABORÓ UN CONTÍNUO EL CUAL FUE FRAGMENTADO EN RANGOS, SIENDO ÉSTOS ADECUADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DE CADA INDICADOR. SE DECIDIÓ DICHA CODIFICACIÓN PARA FACILITAR EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN EN POSTERIORES INVESTIGACIONES.

A) EDAD

SE REALIZÓ UNA CLASIFICACIÓN POR RANGOS DE EDAD, CON INTERVALOS DE TRES AÑOS CADA UNO. SE FIJÓ ASÍ, YA QUE ÉSTO NOS PERMITE OBSERVAR CLARAMENTE LAS ETAPAS DE DESARROLLO DE LOS SUJETOS DESDE NEONATOS HASTA LA VEJEZ.

B) SEXO

SE TOMARON EN CONSIDERACIÓN AMBOS SEXOS: MASCULINO Y FEMENINO.

C) ESTADO CIVIL

SE ANOTARON LAS CARACTERÍSTICAS MÁS FRECUENTES ENCONTRADAS EN ESTE RENGLÓN, TOMANDO EN ESTA CLASI-

IFICACIÓN LAS SIGUIENTES POSIBILIDADES: SOLTERO, CASADO, - VIUDO, DIVORCIADO, SEPARADO Y UNIÓN LIBRE; SOLAMENTE SE INCLUYERON A LAS PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS. ESTE CRITERIO SE TOMÓ YA QUE LA PROBABILIDAD DE ENCONTRAR SUJETOS MENORES DE 15 AÑOS CON UN ESTADO CIVIL DIFERENTE AL SOLTERO ES MUY BAJA.

D) LUGAR DE NACIMIENTO

EN ESTE APARTADO SE HIZO LA SIGUIENTE DIVISIÓN:

- 1) TODAS LAS PERSONAS QUE NACIERON EN EL DISTRITO FEDERAL.
- 2) LAS PERSONAS QUE NACIERON EN ZONAS ALEDANAS AL D.F. COMO: CIUDAD METZAHUALCOYOTL, ATIZAPÁN, TLALNEPANTLA, ECATEPEC.
- 3) ESTADOS ALEDANOS: PUEBLA, TLAXCALA, MORELOS, EDO. DE MÉXICO.
- 4) PERSONAS QUE NACIERON EN OTROS ESTADOS: - LOS RESTANTES DE LA REPÚBLICA MEXICANA.

E) LUGAR DE PROCEDENCIA

LA CLASIFICACIÓN REALIZADA FUE LA MISMA QUE LA DE LUGAR DE NACIMIENTO.

F) ESCOLARIDAD

SE REALIZARON TODAS LAS POSIBLES CLASIFICACIONES EXISTENTES DENTRO DE ESTE INCISO Y SON :

- 1) ANALFABETA
- 2) ALFABETIZADO (QUE COMPRENDE A LAS PERSONAS QUE SABEN LEER Y ESCRIBIR SIN HABER ASISTIDO A NINGÚN CENTRO EDUCATIVO).
- 3) KINDER
- 4) PRIMARIA EN PROCESO*
- 5) PRIMARIA INCOMPLETA
- 6) PRIMARIA TERMINADA
- 7) EDUCACIÓN MEDIA Y/O TÉCNICA EN PROCESO*
- 8) EDUCACIÓN MEDIA Y/O TÉCNICA INCOMPLETA
- 9) EDUCACIÓN MEDIA Y/O TÉCNICA TERMINADA
- 10) EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR EN PROCESO*
- 11) EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR INCOMPLETA
- 12) EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR TERMINADA

- 13) EDUCACIÓN SUPERIOR EN PROCESO*
- 14) EDUCACIÓN SUPERIOR INCOMPLETA
- 15) EDUCACIÓN SUPERIOR TERMINADA

* SE CONSIDERÓ "EN PROCESO" CUANDO LAS PERSONAS ESTABAN CURSANDO ESE NIVEL DE ESTUDIOS.

G) TIEMPO DE RESIDIR EN LA COLONIA

SE MANEJÓ LA INFORMACIÓN POR MEDIO DE RANGOS COLOCANDO EN PRIMER TÉRMINO DE 0 A 11 MESES Y LOS SEIS INTERVALOS RESTANTES DE 5 AÑOS CADA UNO, LLEGANDO A 26 AÑOS Ó MÁS, TOMÁNDOSE EN CUENTA QUE LA FUNDACIÓN DE LA COLONIA ES DE APROXIMADAMENTE 25 A 30 AÑOS, EXISTIENDO MUY POCAS FAMILIAS CON MAYOR ANTIGÜEDAD.

H) OCUPACIÓN

SE HICIERON DIEZ CLASIFICACIONES SIENDO ÉSTAS DE LA SIGUIENTE FORMA:

- 1) AMAS DE CASA
- 2) DESEMPLEADOS
- 3) OFICIOS O ARTESANÍAS, COMO EJEMPLO: SIRVIENTAS, ZAPATEROS, CHOFERES, ALPAÑILES, ETC.

- 4) OBREROS QUE PUEDEN SER CALIFICADOS TALES COMO: TORNEROS, FRESADORES, ETC. Y NO CALIFICADOS COMO: MAQUILADORES, EMPACADORES, ETC.
- 5) COMERCIANTES, QUE INCLUYEN A LOS ABARROTEROS, VENEDORES, ARRENDATARIOS, ETC.
- 6) EMPLEADOS DE EMPRESA PRIVADA O FEDERAL.
- 7) PROFESIONISTAS.
- 8) JUBILADOS.
- 9) EVENTUALES.
- 10) PERSONAS QUE ESTUDIAN Y TRABAJAN.

I) RELIGIÓN

SE CLASIFICARON EN CUATRO INCISOS Y SON:

- 1) CATÓLICA
- 2) ATEOS
- 3) PROTESTANTES INCLUYENDO ÉSTA A LOS EVANGELISTAS, BAUTISTAS, TESTIGOS DE JEHOVÁ, ETC.
- 4) OTROS COMO: MAHOMETANOS, JUDÍOS, BUDISTAS, ETC.

J) INGRESO FAMILIAR

LOS RANGOS QUE SE TOMARON SON LOS SIGUIENTES:
DE 0 A \$5,000.00; DE \$5,001.00 A \$20,000.00 CON 6 INTERVALOS DE \$2,500.00 CADA UNO; DE \$20,001.00 A \$45,000.00 CON 4 INTERVALOS DE \$5,000.00 CADA UNO Y EL ÚLTIMO RANGO DE \$45,001.00 EN ADELANTE.

K) COOPERACIÓN EN EL INGRESO FAMILIAR

PARA LA OBTENCIÓN DE ESTA INFORMACIÓN SE CONSIDERARON DOS OPCIONES: SÍ COOPERA Y NO COOPERA AL INGRESO FAMILIAR. EN LOS CASOS QUE FUE AFIRMATIVO EL MONTO DE LA COOPERACIÓN QUEDÓ INCLUIDO EN EL INGRESO FAMILIAR GLOBAL (INCISO J).

L) NÚMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA

SE CONTEMPLÓ QUE EL NÚMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA PODÍA IR EN ÓRDEN ASCENDENTE DEL 1 AL 12 O MÁS, CONSIDERÁNDOSE 12 POSIBILIDADES.

M) DISTRIBUCIÓN DE INSTRUMENTOS APLICADOS

DE ACUERDO A LO EXPUESTO EN LA SECCIÓN DE PROCEDIMIENTO, LOS INSTRUMENTOS SE APLICARON CONFORME A

LAS NORMAS PREVIAMENTE ESTABLECIDAS PARA EL DISEÑO DE NUESTRA INVESTIGACIÓN, HACIENDO LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN PARA SU CÓMPUTO :

- 1) ACEPTACIÓN DE LA APLICACIÓN.
- 2) RECHAZO A LA APLICACIÓN POR PARTE DE LOS SUJETOS.
- 3) NO CORRESPONDE (DE ACUERDO A LA EDAD).
- 4) NO SE APLICÓ (AUNQUE ERA INDICADO).

CABE MENCIONAR QUE TODOS LOS INDICADORES ANTERIORMENTE EXPUESTOS INCLUYERON DOS OPCIONES MÁS QUE CORRESPONDEN A: NO REPORTA EL INVESTIGADOR Y NO ACEPTÓ DAR LA INFORMACIÓN EL SUJETO.

EN LO RELATIVO A LA CLASIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS FUNDAMENTALES (INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO) SE PROCEDIÓ DE LA SIGUIENTE MANERA: PRIMERO SE REALIZÓ EL ANÁLISIS DE CONTENIDO, EL CUAL CONSISTIÓ EN LA REVISIÓN DE TODAS Y CADA UNA DE LAS RESPUESTAS MANIFESTADAS POR LOS SUJETOS INVESTIGADOS, EFECTUANDO UNA DIVISIÓN POR CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS. SEGUNDO, SE LLEGÓ A UNA CLASIFICACIÓN QUE ABARCÓ, DE UNA MANERA MÁS PRECISA, LA AGRUPACIÓN DE LOS PROBLEMAS SEGÚN SU CONTENIDO, SEMEJANZAS E INTENSIDAD. LA CLASIFICACIÓN FUE LA SIGUIENTE :

PROBLEMAS INDIVIDUALES:

- 1) REPORTA NO TENER PROBLEMAS.
- 2) SUS PROBLEMAS SON POR ALGUNA PERSONA AJENA A LA FAMILIA.
- 3) POR FACTORES SOCIOECONÓMICOS.
- 4) SUS PROBLEMAS SON PROVOCADOS POR ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA.
- 5) SOBRE PADECIMIENTOS FÍSICOS, POR EJEMPLO: PROBLEMAS CARDÍACOS, ARTRITIS, DIABETES, ETC.
- 6) MIXTOS: DOS O MÁS DEL No. 2 AL 5.
- 7) PROBLEMAS EMOCIONALES LEVES (EL SUJETO - POR SÍ MISMO PUEDE SOLUCIONAR, ALGO QUE ES PASAJERO) POR EJEMPLO: DIFICULTAD EN LA ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN, DESADAPTACIÓN, DEBILIDAD PARA TOMAR DECISIONES, PREOCUPACIÓN POR LOS HIJOS, ETC.
- 8) PROBLEMAS EMOCIONALES MODERADOS (SON REACCIONES AGUDAS O CRISIS, SITUACIONES QUE REQUIEREN DE MAYOR ESFUERZO POR PARTE DEL PACIENTE PUDIENDO SOLUCIONARLOS SOLO O CON LA AYUDA DE UN PROFESIONAL) POR EJEM: AJUSTES DE LA PAREJA, NERVIOSISMO, ANSIEDAD, INSEGURIDAD, SOLEDAD, ETC.

- 9) PROBLEMAS EMOCIONALES SEVEROS (SON AQUELLOS QUE NO PUEDE SOLUCIONAR POR SÍ MISMO EL PACIENTE REQUIRIENDO FORZOSAMENTE DE LA AYUDA DE UN PROFESIONAL) POR EJEMPLO: DEPRESIÓN CRÓNICA, INTENTOS SUICIDAS, ANSIEDAD CRÓNICA, ETC.
- 10) PROBLEMAS MIXTOS: CUALQUIERA DE LOS COMPRENDIDOS DEL 2 AL 5 EN COMBINACIÓN CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES.
- 11) NO ACEPTÓ DAR ESTA INFORMACIÓN EL SUJETO.
- 12) NO REPORTA EL INVESTIGADOR.

PROBLEMAS FAMILIARES

- 1) QUIENES REPORTAN NO TENER PROBLEMAS FAMILIARES.
- 2) REPORTAN TENER PROBLEMAS FAMILIARES POR FACTORES EXTERNOS A LA PROPIA FAMILIA (FAMILIA EXTENSA U OTRAS PERSONAS).
- 3) MANIFIESTAN PROBLEMAS FAMILIARES COMO CONSECUENCIA DE ALGÚN PROBLEMA INDIVIDUAL (DE ELLOS O DE ALGÚN OTRO MIEMBRO) EL CUAL REPERCUTE EN LA FAMILIA (ALCOHOLISMO, FARMACODEPENDENCIA, DELINCUENCIA, NEUROSIS, ETC.

- 4) JERARQUÍA (CUANDO EL EJERCICIO DE LA AUTORIDAD ES INADECUADO).
- 5) ROLES (CUANDO NO DESEMPEÑAN EL PAPEL CORRESPONDIENTE UNO O VARIOS MIEMBROS DE LA FAMILIA).
- 6) LÍMITES DIFUSOS (FALTA DE NORMAS FAMILIARES O SU INCUMPLIMIENTO).
- 7) PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN.
- 8) ALCOHOLISMO (CUANDO UNO O VARIOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PADECEN ESTA ENFERMEDAD).
- 9) MALA INTERACCIÓN FAMILIAR.
- 10) DESINTEGRACIÓN FAMILIAR.
- 11) DOS O MÁS DE LOS ANTERIORES.
- 12) NO REPORTA NINGUNA INFORMACIÓN EL INVESTIGADOR.
- 13) NO ACEPTÓ EL SUJETO RESPONDER.

PROBLEMAS COMUNITARIOS:

- 1) QUIENES NO REPORTAN TENER NINGUN PROBLEMA.
- 2) QUIENES REPORTAN SUS PROBLEMAS POR FALTA DE SERVICIOS PÚBLICOS COMO SON: PAVIMENTO, DRENAJE, AGUA POTABLE, LUZ, RECOLECCIÓN DE BASURA, ETC.

- 3) PROBLEMAS POR FALTA DE SERVICIOS SOCIALES
POR EJEMPLO: ÁREAS VERDES, ZONAS DEPORTI-
VAS, SERVICIOS MÉDICOS, ETC.
- 4) MIXTO: UNO O MÁS DE LOS PROBLEMAS 2 Y 3.
- 5) VAGANCIA (PRESENCIA DE GRUPOS DE MUCHA -
CHOS EN SU MAYORÍA, EN LAS CALLES SIN NIN-
GUNA OCUPACIÓN.
- 6) PROBLEMAS VECINALES.
- 7) PANDILLERISMO (GRUPO DE PERSONAS DEDICA-
COS A ASALTAR EN LAS CALLES O TIENDAS,
ENFRENTAMIENTOS CALLEJEROS DE ESTOS GRU -
POS, ETC.)
- 8) FARMACODEPENDENCIA.
- 9) ALCOHOLISMO
- 10) MIXTO: DOS O MÁS DE LOS INCLUIDOS DEL No.
5 AL 9.
- 11) MIXTO: INCLUYE FALTA DE SERVICIOS (No. 2
Y 3) AUNADO A UNO O VARIOS DE LOS CONTEM-
PLADOS EN LOS INCISOS 5 AL 9.
- 12) NO REPORTA NINGUNA INFORMACIÓN EL INVESTI-
GADOR.
- 13) NO ACEPTÓ PROPORCIONAR INFORMACIÓN EL SUJE-
TO.

RESULTADOS

LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS SE PLANTEARÁ EFECTUANDO BÁSICAMENTE DOS TIPOS DE ANÁLISIS:

1º A PARTIR DE LA INVESTIGACIÓN GENERAL, SE DARÁN LOS RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, ABARCANDO LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- A) EDAD
- B) SEXO
- C) ESTADO CIVIL
- D) LUGAR DE NACIMIENTO
- E) LUGAR DE PROCEDENCIA
- F) TIEMPO DE VIVIR EN LA COLONIA
- G) ESCOLARIDAD
- H) OCUPACIÓN
- I) RELIGIÓN
- J) INGRESO FAMILIAR
- K) COOPERACIÓN EN EL INGRESO FAMILIAR
- L) NÚMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA
- M) DISTRIBUCIÓN DE INSTRUMENTOS APLICADOS

2º ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS OBJETO DEL PRESENTE ESTUDIO Y QUE SON:

- CUÁLES SON LOS PROBLEMAS A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL QUE MANIFIESTAN LOS MIEMBROS DE LA COLONIA RUIZ CORTINES A NIVEL EXPLÍCITO.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS PARA LA INVESTIGACION GENERAL.

UNA VEZ OBTENIDA LA INFORMACIÓN DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS EN FORMA INDIVIDUAL A CADA MIEMBRO DE LAS FAMILIAS INVESTIGADAS, SE PROCEDIÓ A ANALIZAR LOS DATOS REPORTADOS SOBRE LOS PUNTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, CON EL OBJETO DE CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

A CONTINUACIÓN DAREMOS LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS DISTINTOS INDICADORES QUE SE TOMARON EN CUENTA EN BASE A UNA POBLACIÓN TOTAL DE 323 SUJETOS.

EN RELACIÓN A LA EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA ENCONTRAMOS QUE EL 50% SON MENORES DE 21 AÑOS, DONDE LA MAYOR FRECUENCIA DE EDAD ESTÁ COMPRENDIDA ENTRE LOS 3 Y LOS 5 AÑOS ONCE MESES DE EDAD; LO QUE NOS INDICA QUE ES UNA POBLACIÓN CON GENTE JOVEN EN SU MAYORÍA, SIENDO ESTA INFORMACIÓN COINCIDENTE CON LOS DATOS POBLACIONALES DEL PAÍS (GRÁFICA 1).

EN LA DISTRIBUCIÓN POR SEXO, SE PUEDE OBSERVAR QUE EXISTEN MAYOR NÚMERO DE MUJERES, 173 REPRESENTANDO EL 53,56% Y 150 HOMBRES QUE CONFORMAN UN 46,44%, LO CUAL ES CONGRUENTE CON LOS DATOS DEMOGRÁFICOS OBTENIDOS EN LOS CENSOS NACIONALES DE NUESTRO PAÍS.

POR OTRO LADO, EN LO REFERENTE AL ESTADO CIVIL ENCONTRAMOS QUE EL 49,74% SON CASADOS; UN 30,57% SOLTEROS Y EL RESTO QUE REPRESENTA EL 19,69% COMPRENDEN OTROS ESTADOS CIVILES COMO SON: UNIÓN LIBRE, VIUDO, SEPARADO Y DIVORCIADO. ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE ESTOS DATOS SE OBTUVIERON DE LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS DE EDAD EN ADELANTE, YA QUE LA PROBABILIDAD DE CASADOS ENTRE LOS MENORES DE 15 AÑOS ES MÍNIMA AUNQUE HUBO CASOS EN QUE ESTA CIRCUNSTANCIA SE DIÓ (GRÁFICA 2).

EN EL RENGLÓN DE LUGAR DE NACIMIENTO, ENCONTRAMOS QUE EL 73.68% DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA NACIÓ EN EL -
DISTRITO FEDERAL Y EL RESTO 26.32% NACIERON EN OTROS ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA, EXISTIENDO ALGUNOS CASOS DONDE NO SE REPORTÓ ESTA INFORMACIÓN (GRÁFICA 3).

DEL TOTAL DE PERSONAS QUE HABITAN ESTA COLONIA LA MAYORÍA (87.31%) PROCEDEN DEL DISTRITO FEDERAL Y EL RESTO (12.69%) PROCEDEN DE OTROS ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA, PRESENTÁNDOSE ALGUNOS CASOS EN QUE SE NO SE REPORTÓ ESTA INFORMACIÓN (GRÁFICA 4).

DE LAS 80 FAMILIAS INVESTIGADAS SE ENCONTRÓ QUE EL PROMEDIO DE RESIDIR EN ESTA COLONIA ES DE 15 AÑOS UN MES.

DE LOS PORCENTAJES OBTENIDOS EN LOS INDICADORES DE LUGAR DE NACIMIENTO, LUGAR DE PROCEDENCIA Y TIEMPO DE RESIDIR EN LA COLONIA, LA MAYOR PARTE DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA HA NACIDO Y PERMANECIDO EN ESTE LUGAR, APRECIÁNDOSE QUE LA MOVILIDAD DE LOS HABITANTES ES MUY BAJA, YA QUE SE TRATA DE UNA SERIE DE EMIGRANTES URBANOS EN SU MAYORÍA DEL DISTRITO FEDERAL, QUE LOGRÓ HACERSE DE UN TERRENO CONSTRUYENDO EN EL MISMO SU VIVIENDA, EL CUAL ACTUALMENTE ESTÁ LEGALIZADO O EN VÍAS DE LEGALIZACIÓN.

EN EL ASPECTO DE ESCOLARIDAD, PODEMOS OBSERVAR QUE, EXCLUYENDO A LOS SUJETOS MENORES DE 6 AÑOS, YA QUE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR EN NUESTRO PAÍS NO ES OBLIGATORIA, EL 19.70% SON NIÑOS QUE ESTÁN REALIZANDO SUS ESTUDIOS DE PRIMARIA; 10.04% ESTÁN CURSANDO LOS ESTUDIOS DE EDUCACIÓN MEDIA Y/O TÉCNICA; 3.72% SON ADOLESCENTES QUE ESTUDIAN EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR; 2.23% ESTÁN EN EL NIVEL DE EDUCACIÓN SUPERIOR (GRÁFICA 5).

DENTRO DE ESTE MISMO PUNTO ENCONTRAMOS LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DE PERSONAS QUE HAN CONCLUIDO SUS ESTUDIOS: 13.01% PRIMARIA; 9.66% TERMINARON LOS ESTUDIOS DE EDUCACIÓN MEDIA Y/O TÉCNICA; NO EXISTIENDO NINGÚN CASO EN ESTE RENGLÓN SOBRE CONCLUSIÓN DE ESTUDIOS DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y CON EL 1.49% LOS QUE FINALIZARON SU EDUCACIÓN SUPERIOR (GRÁFICA 5).

DE LOS ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS QUE DEJARON SIN CONCLUIR SUS ESTUDIOS, OBTUVIMOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: EL 15.61% PRIMARIA; 5.58% EDUCACIÓN MEDIA Y/O TÉCNICA; 1.86% EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y CON EL 0.74% SE ENCUENTRAN LOS ESTUDIOS INCOMPLETOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR (GRÁFICA 5).

OTRO DATO IMPORTANTE ES EL DE LAS PERSONAS QUE ÚNICAMENTE SABEN LEER Y ESCRIBIR Y QUE REPRESENTAN EL 99.24% ENCONTRÁNDOSE UN 4.33% DE ANALFABETISMO.

EN LO REFERENTE AL RENGLÓN DE OCUPACIÓN, TENEMOS QUE EL 23.42% DE LA POBLACIÓN SE DEDICAN A UN OFICIO O ARTESANÍA; 22.52% SON EMPLEADOS FEDERALES O PARTICULARES; 13.51% SON OBREROS, HACIÉNDOSE NOTAR QUE NO SE ENCONTRARON OBREROS CALIFICADOS; 9.01% SE DEDICAN AL COMERCIO; LOS PROFESIONISTAS Y LAS PERSONAS QUE TIENEN TRABAJOS EVENTUALES ALCANZAN EL 9%; CON EL 3.60% SE ENCUENTRAN LOS SUJETOS JU- BILADOS Y LAS PERSONAS QUE ESTUDIAN Y TRABAJAN Y FINALMEN- TE EL 2.70% SON DESEMPLEADOS (GRÁFICA 6).

EN EL ASPECTO DE RELIGIÓN SE OBSERVA QUE UN 89.78% SON PERSONAS DE CREENCIAS CATÓLICAS; 5.26% SON PRO- TESTANTES DE DIVERSAS SECTAS, TALES COMO TESTIGOS DE JEHO- VÁ, EVANGELISTAS, LECTORES DE LA BIBLIA, ETC.; 2.17% SON ATEOS Y EL 0.62% SON DE OTRAS RELIGIONES COMO MAHOMETANOS, BUDISTAS, JUDÍOS, ETC. (GRÁFICA 7)

EN LO REFERENTE A LA COOPERACIÓN ECONÓMICA EN EL INGRESO FAMILIAR, SE OBTUVO QUE EL 34.36% ES LA POBLA- CIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA, DE LA CUAL LA MAYORÍA (84.68%) COOPERA EN EL GASTO FAMILIAR.

EN LO TOCANTE AL INGRESO FAMILIAR, ENCONTRAMOS QUE EL PROMEDIO DE ÉSTE ES DE \$22,802.00, CONSIDERANDO EL SALARIO MÍNIMO DE \$600.00 HASTA EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1983, LOCALIZÁNDOSE EL MAYOR PORCENTAJE (28%) DENTRO DEL RANGO DE LAS PERSONAS QUE GANAN ENTRE \$17,501.00 Y \$20,000.00. LA DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS EN LOS RANGOS RESTANTES SE PUEDEN OBSERVAR MÁS CLARAMENTE EN LA GRÁFICA No. 8

EL NÚMERO PROMEDIO DE MIEMBROS POR FAMILIA ES DE 4.2 PERSONAS, ASPECTO RELEVANTE YA QUE NO ESTÁ DE ACUERDO CON EL DATO DEMOGRÁFICO DEL ÚLTIMO CENSO NACIONAL CORRESPONDIENTE AL DISTRITO FEDERAL QUE ES DE 5.0 MIEMBROS. ESTO SE ANALIZARÁ MÁS AMPLIAMENTE EN EL CAPÍTULO DE DISCUSIÓN. (GRÁFICA 9).

DEL TOTAL DE SUJETOS QUE FORMAN NUESTRA MUESTRA (323), SOLAMENTE ACEPTARON COOPERAR 289, LOS CUALES SE SOMETIERON A LA EVALUACIÓN TOTAL NECESARIA PARA ESTA INVESTIGACIÓN, TOMANDO EN CUENTA LOS REQUERIMIENTOS DE LA EDAD SEGÚN SE DIERA EL CASO. EL RESTO DE LA POBLACIÓN NO ACEPTÓ COOPERAR PERO SE CONTÓ CON INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CIERTOS DATOS PROPORCIONADOS POR ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA.

PRUEBAS APLICADAS

EN LA FASE DE APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN GENERAL, ENCONTRAMOS QUE DE LAS 323 PERSONAS QUE CONFORMAN LAS 80 FAMILIAS, SE LOGRARON 1567 APLICACIONES DE LOS 11 INSTRUMENTOS UTILIZADOS, SIENDO IMPORTANTE MENCIONAR - QUE EN ALGUNOS CASOS SE DEJARON DE APLICAR ALGUNOS DE LOS INSTRUMENTOS, POR DIVERSOS FACTORES TALES COMO: LA FALTA DE COOPERACIÓN Y RECHAZO DE LAS PERSONAS A CIERTAS APLICACIONES, DIFICULTADES DE HORARIO PARA LOCALIZAR A LAS PERSONAS, PROBLEMAS CLIMATOLÓGICOS (LLUVIAS) QUE NO PERMITÍAN EL ACCESO EN ALGUNAS ZONAS, ETC. CABE HACER NOTAR QUE SE CUBRIÓ CON 78% DE LAS APLICACIONES SIENDO ESTA CIFRA RELEVANTE CONSIDERANDO QUE SE TRATA DE UN ESTUDIO DE CAMPO, CUYO DISEÑO REQUIRIÓ DE CONTAR CON LA DISPONIBILIDAD Y ACEPTACIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO ESPECIALMENTE PARA LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

LA DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS ANTERIORES SE PUEDE OBSERVAR EN FORMA DETALLADA EN EL CUADRO No. 1.

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LA PROBLEMÁTICA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL EXPRESADA POR LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD RUIZ CORTINES.

PROBLEMAS INDIVIDUALES

PARA EFECTUAR UN ANÁLISIS MÁS PRECISO DE LOS DATOS OBTENIDOS SE DESCARTÓ A LOS SUJETOS MENORES DE 15 AÑOS (121), A LOS SUJETOS QUE NO ACEPTARON CONTESTAR (34) Y AQUELLOS DONDE NO SE ENCUENTRA REPORTADO (41).

DE LOS 127 SUJETOS RESTANTES, EL 39.58% MANIFESTARON NO TENER NINGUN PROBLEMA; 16.53% REPORTARON TENER PROBLEMAS EMOCIONALES LEVES TALES COMO: PROBLEMAS DE ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y ADAPTACIÓN, DEBILIDAD PARA TOMAR DECISIONES, ETC. CON EL MISMO PORCENTAJE (16.53%) DIERON TENER PROBLEMAS EMOCIONALES MODERADOS, TENIENDO POR EJEMPLO: NERVIOSISMO, ANSIEDAD, SOLEDAD, ETC. EN 11.02% SUS PROBLEMAS SON DE TIPO SOCIOECONÓMICO; 6.30% SUS PROBLEMAS EMOCIONALES SE ENCUENTRAN CLASIFICADOS DENTRO DE LOS SEVEROS, TALES COMO: DEPRESIÓN CRÓNICA, ODIO A LOS HOMBRES, ETC. EL 11.01% ABARCA LOS PROBLEMAS REPORTADOS COMO: LOS OCASIONADOS POR ALGUNA PERSONA AJENA A LA FAMILIA, PADECIMIENTOS FÍSICOS, PROBLEMAS DE TIPO EMOCIONAL AUNADOS A ALGUN OTRO PROBLEMA DE DIFERENTE ÍNDOLE (GRÁFICA 10).

PROBLEMAS FAMILIARES

COMO SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE, SE DESCARTÓ A LOS SUJETOS MENORES DE 15 AÑOS (121), A LAS PERSONAS QUE NO ACEPTARON RESPONDER ESTA PREGUNTA (27) Y A AQUELLOS DONDE NO SE ENCUENTRA REPORTADO (41).

DE LOS 134 SUJETOS RESTANTES EL 46.27% DIJERON NO TENER PROBLEMAS; 13.43% SUS PROBLEMAS SON POR MALA INTERACCIÓN FAMILIAR; 8.96% REPORTARON TENER PROBLEMAS FAMILIARES POR FACTORES EXTERNOS A LA PROPIA FAMILIA, PUDIENDO SER REFERIDOS A LA FAMILIA EXTENSA, PROBLEMAS CON LOS VECINOS, ETC. Y EN IGUAL PORCENTAJE (8.96%) SUS PROBLEMAS FAMILIARES SON COMO CONSECUENCIA DE ALGÚN PROBLEMA INDIVIDUAL YA SEA DE ELLOS O DE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA REPERCUTIENDO EN EL SUJETO O EN TODO EL SISTEMA FAMILIAR. EL 8.21% PLANTEARON SUS PROBLEMAS FAMILIARES EN FUNCIÓN DE UNA INADECUADA COMUNICACIÓN FAMILIAR; EL 11.95% RESTANTE ENCONTRAMOS QUE LOS PROBLEMAS FAMILIARES MANIFESTADOS SON POR DIVERSAS CAUSAS YA SEAN ÉSTAS INTERNAS O EXTERNAS A LA FAMILIA, LA PRESENCIA DE UN MIEMBRO ALCÓHOLICO, DEFICIENCIA O AUSENCIA DE LÍMITES EN LAS RELACIONES FAMILIARES, DE SINTTEGRACIÓN FAMILIAR, PAPELES INADECUADOS O BIEN, POR PROBLEMAS DE JERARQUÍA DENTRO DE LA SITUACIÓN FAMILIAR (GRÁFICA 11).

PROBLEMAS COMUNITARIOS

DE IGUAL FORMA QUE EN LOS PROBLEMAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES, SE DESCARTARON LOS SUJETOS MENORES DE 15 AÑOS (121) A LAS PERSONAS QUE NO ACEPTARON RESPONDER (26) Y A AQUELLOS DONDE NO SE ENCUENTRA REPORTADO (41).

DE LOS 135 RESTANTES SE ENCONTRÓ QUE EL 42.96% REPORTARON NO TENER PROBLEMAS; 25.19% MANIFIESTA QUE LOS PROBLEMAS COMUNITARIOS QUE ELLOS VIVEN SON POR FALTA DE SERVICIOS PÚBLICOS; CONFORMANDO EL 15.55% RESTANTE SE ENCUENTRA UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES FACTORES: FALTA DE SERVICIOS PÚBLICOS Y/O SOCIALES, ALCOHOLISMO, PANDILLERISMO, VAGANCIA, FARMACODEPENDENCIA Y PROBLEMAS VECINALES (GRÁFICA 12).

REALIZANDO UN AGRUPAMIENTO POR RANGOS DE EDAD, ENCONTRAMOS LAS MAYORES FRECUENCIAS DE PROBLEMAS DISTRIBUIDOS DE LA SIGUIENTE FORMA: (VER CUADRO No. 2)

RANGO DE EDAD DE 15 A 20 AÑOS ONCE MESES.

PROBLEMAS INDIVIDUALES.- SE ENCONTRÓ QUE EL 38.71% SON PERSONAS QUE MANIFIESTAN NO TENER PROBLEMAS; 25.80% REPORTAN TENER PROBLEMAS EMOCIONALES LEVES; 19.35%

SUS PROBLEMAS SON EMOCIONALES MODERADOS Y EL RESTANTE - 12.91% SON POR FACTORES SOCIOECONÓMICOS O DE ALGÚN OTRO TIPO NO EMOCIONAL. EL 3.23% REPORTAN PROBLEMAS EMOCIONALES SEVEROS.

PROBLEMAS FAMILIARES.- EL 46.88% MANIFIESTAN NO TENER PROBLEMAS, 18.75% SUS PROBLEMAS SON POR INADECUADA INTERACCIÓN FAMILIAR; 18.76% SON POR CONSECUENCIA DE ALGUN PROBLEMA INDIVIDUAL DE ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA O POR CAUSAS EXTERNAS A LA PROPIA FAMILIA.

PROBLEMAS COMUNITARIOS.- EL 52.94% MANIFIESTAN NO TENER PROBLEMAS; 29.59% SUS PROBLEMAS SON CON LOS VECINOS; CONFORMANDO EL 11.76% SON LA FALTA DE SERVICIOS PÚBLICOS Y EL 14.70% SE ENCUENTRAN ENGLOBADOS LOS PROBLEMAS YA SEA POR FALTA DE SERVICIOS PÚBLICOS AUNADO A ÉSTO LOS PROBLEMAS DE FARMACODEPENDENCIA Y/O ALCOHOLISMO, PANDILLERISMO, ETC.

RANGO DE EDAD DE 21 A 29 AÑOS ONCE MESES.

PROBLEMAS INDIVIDUALES.- LAS PERSONAS QUE REPORTAN NO TENER PROBLEMAS REPRESENTAN EL 51.61%; 16.13% TIENEN PROBLEMAS EMOCIONALES LEVES; 12.90% SUS PROBLEMAS

EMOCIONALES SON MODERADOS; Y EL RESTO (19,36%) SON POR ALGUNA PERSONA AJENA A LA FAMILIA O BIEN, POR FACTORES SOCIOECONÓMICOS.

PROBLEMAS FAMILIARES.- CON UN 39,39% NO TIENEN PROBLEMAS; 18,18% SON QUIENES TIENEN PROBLEMAS POR FACTORES EXTERNOS A LA FAMILIA, 15,15% SUS PROBLEMAS SON COMO CONSECUENCIA DE ALGUN PROBLEMA INDIVIDUAL DE ELLOS O DE ALGUN OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA; 27,27% RESTANTE SON POR PROBLEMAS DE PAPELES, COMUNICACIÓN Y MALA INTEGRACIÓN FAMILIAR.

PROBLEMAS COMUNITARIOS.- CONFORMANDO EL 40,63% MANIFIESTAN NO TENER PROBLEMAS; 21,88% SUS PROBLEMAS SON POR FALTA DE SERVICIOS PÚBLICOS Y EL 12,51% RESTANTE SON POR FALTA DE SERVICIOS AUNADOS A PROBLEMAS VECINALES Y PANDILLERISMO.

RANGO DE EDAD DE 30 A 41 AÑOS ONCE MESES.

PROBLEMAS INDIVIDUALES.- EL MAYOR PORCENTAJE ENCONTRADO ES DE QUIENES REPORTAN QUE SUS PROBLEMAS EMOCIONALES SON MODERADOS (26,92%); EL 19,23% SOBRE PADECIMIENTOS FÍSICOS AUNADOS CON PROBLEMAS DE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA O POR PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS; 7,59% PLANTEAN

TENER PROBLEMAS EMOCIONALES SEVEROS Y FINALMENTE CON EL 19.24% SUS PROBLEMAS SON OCASIONADOS POR PERSONAS AJENAS A LA FAMILIA, POR PADECIMIENTOS FÍSICOS, O POR LA UNIÓN DE PROBLEMAS EMOCIONALES CON OTROS DE DIVERSA ÍNDOLE.

PROBLEMAS FAMILIARES.- EL 36% REPORTAN NO TENER PROBLEMAS; 20% SUS PROBLEMAS SON POR MALA COMUNICACIÓN FAMILIAR; 16% POR MALA INTEGRACIÓN FAMILIAR; EN EL 28% RESTANTE ESTÁN LOS PROBLEMAS FAMILIARES COMO CONSECUENCIA DE ALGUN PROBLEMA INDIVIDUAL O POR FALTA DE LÍMITES FAMILIARES ASÍ COMO TAMBIÉN POR PROBLEMAS DE DESINTEGRACIÓN FAMILIAR.

PROBLEMAS COMUNITARIOS.- 33.33% REPORTA NO TENER PROBLEMAS; EL 36.33% SUS PROBLEMAS SON POR FALTA DE SERVICIOS PÚBLICOS; 16.66% SON POR DIFICULTADES CON LOS VECINOS Y EL RESTANTE 13.32% SON POR VAGANCIA, FARMACODEPENDENCIA COMBINADOS A LA FALTA DE SERVICIOS.

RANGO DE EDAD DE 42 A 59 AÑOS ONCE MESES.

PROBLEMAS INDIVIDUALES.- MANIFIESTAN NO TENER PROBLEMAS EL 34.78%; 18.90% SON POR FACTORES SOCIOECONÓMICOS; 17.39% SUS PROBLEMAS EMOCIONALES SON SEVEROS; 13.04% SON POR PROBLEMAS EMOCIONALES MODERADOS Y EL RES-

TANTE 17.39% SON POR PADECIMIENTOS FÍSICOS O POR COMBINACIONES DE CUALQUIERA DE LOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS.

PROBLEMAS FAMILIARES.- EL 59.09% SON LAS PERSONAS QUE NO TIENEN PROBLEMAS FAMILIARES; 18.17% SUS PROBLEMAS SON POR LA MALA INTERACCIÓN FAMILIAR; 13.64% SON POR FACTORES EXTERNOS A LA PROPIA FAMILIA Y EL 9.10% RESTANTE SON POR PROBLEMAS DE LÍMITES FAMILIARES Y ALCOHOLISMO.

PROBLEMAS COMUNITARIOS.- REPRESENTAN EL 52.17% LOS SUJETOS QUE DICEN NO TENER PROBLEMAS; 26.09% SUS PROBLEMAS SON POR FALTA DE SERVICIOS Y EL RESTANTE 17.39% SON POR PROBLEMAS VECINALES, PANDILLERISMO Y FARMACODEPENDENCIA.

RANGO DE EDAD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS

PROBLEMAS INDIVIDUALES.- LAS TRES CUARTAS PARTES DE LOS SUJETOS DICEN NO TENER PROBLEMAS, Y LA DIFERENCIA (25%) MANIFIESTAN SUS PROBLEMAS COMO LEVES, MODERADOS Y SEVEROS.

PROBLEMAS FAMILIARES.- CON UN 75% REPORTÁN NO TENER PROBLEMAS Y EL RESTO (25%) SUS PROBLEMAS SON POR AL-

COHOLISMO, MALA INTERACCIÓN FAMILIAR Y COMO CONSECUENCIA DE ALGUN PROBLEMA INDIVIDUAL DE ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

PROBLEMAS COMUNITARIOS.- CONFORMAN EL 41.66% LAS PERSONAS QUE REPORTAN NO TENER PROBLEMAS; 33.32% SUS PROBLEMAS SON POR FALTA DE SERVICIOS; 16.62% SON PROBLEMAS VECINALES Y EL 8.32% SON PROBLEMAS COMBINADOS DE DIVERSOS TIPOS.

DISCUSION

COMO SE PUDO OBSERVAR A TRAVÉS DE LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS, UNA CARACTERÍSTICA SOBRESALIENTE ES QUE LA POBLACIÓN QUE CONFORMA LA MUESTRA DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN ESTÁ CONSTITUIDA EN SU MAYORÍA POR GENTE JOVEN QUE OSCILA ENTRE LOS 6 Y 12 AÑOS DE EDAD. SIENDO ÉSTO UNA CARACTERÍSTICA DETERMINANTE QUE MATIZA ALGUNOS DE LOS INDICADORES DEMOGRÁFICOS, Y QUE PERMITE ENTENDER CON MAYOR CLARIDAD PORQUÉ UNA GRAN PARTE DE ESTA POBLACIÓN SE ENCUENTRA REALIZANDO LOS ESTUDIOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA, ASÍ COMO QUE LA GRAN MAYORÍA SE ENCUENTRA ALFABETIZADA. EL NIVEL GENERAL DE ESTUDIOS ALCANZADOS ES DE EDUCACIÓN BÁSICA (EL CUAL ES OBLIGATORIO EN NUESTRO PAÍS), SIENDO ESTE DATO COINCIDENTE CON LOS OBTENIDOS EN EL CENSO NACIONAL DE 1980 PARA EL DISTRITO FEDERAL. NO ASÍ, LOS DATOS OBTENIDOS EN EDUCACIÓN POST-PRIMARIA, YA QUE EN NUESTRA POBLACIÓN EL PORCENTAJE ES MÁS BAJO (11.6%) CON RESPECTO A DICHO CENSO. ÉSTO PUEDE DEBERSE A QUE EN SUS INICIOS, ESTA COLONIA ERA UNA ZONA MARGINADA, LA CUAL NO CONTABA CON NINGUN CENTRO DE INSTRUCCIÓN Y LAS VÍAS DE ACCESO A OTRAS COLONIAS CERCANAS ERAN MUY REDUCIDAS. AL -

LLEGAR A SER UNA ZONA SUBURBANA SE FACILITÓ LA CREACIÓN DE PLANTELES DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA, ASÍ COMO TAMBIÉN EL CREAR NUEVAS VÍAS DE COMUNICACIÓN A LAS COLONIAS COLINDANTES PERMITIÓ QUE LAS PERSONAS PUDIERAN DESPLAZARSE CON MAYOR FACILIDAD A PLANTELES DE EDUCACIÓN MEDIA EXISTENTES - EN DICHAS ZONAS.

SEGÚN LA INFORMACIÓN OBTENIDA REFERENTE AL LUGAR DE NACIMIENTO, LUGAR DE PROCEDENCIA Y TIEMPO DE VIVIR EN LA COLONIA, (TOMANDO EN CUENTA QUE TIENE ALREDEDOR DE 30 AÑOS DE HABER SIDO FUNDADA), LA MAYORÍA DE SUS HABITANTES HAN NACIDO AHÍ Y, EL PROMEDIO DE RESIDENCIA EN LA MISMA ES DE 15 AÑOS. ESTO NOS HACE SUPONER QUE LA MOVILIDAD DEMOGRÁFICA EN ESTA ZONA ES MUY BAJA, PUDIÉNDOSE DEBER ÉSTO, A QUE HAN ALCANZADO LA SATISFACCIÓN DE UNA SERIE DE NECESIDADES TALES COMO LA ADQUISICIÓN DE UN PREDIO Y LA OBTENCIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS ENTRE OTROS, LO CUAL LOS HA LLEVADO A TENER MEJORES CONDICIONES DE VIDA.

SE PUEDE OBSERVAR QUE LA OCUPACIÓN DE LA MAYORÍA DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS ES PRINCIPALMENTE DE: EMPLEADOS, OBREROS, COMERCIANTES U OFICIOS, SIENDO ÉSTO CONGRUENTE CON LAS EXIGENCIAS ESCOLARES PARA DESEMPEÑAR ESTE TRABAJO, LAS QUE GENERALMENTE SÓLO REQUIEREN EL NIVEL BÁ-

SICO DE INSTRUCCIÓN. TAMBIÉN SE PUEDE APRECIAR QUE EXISTE CORRESPONDENCIA EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTOS DOS ASPECTOS. SE HACE NOTAR QUE DEL PORCENTAJE DE PERSONAS A NIVEL DE ESTUDIOS SUPERIORES (1.49%) SOLAMENTE LA MITAD DE ELLOS EJERCEN PROFESIONALMENTE.

EN LO REFERENTE A LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA, SE ENCONTRÓ UNA DISCREPANCIA DE UN 10% MÁS BAJA EN RELACIÓN AL CENSO NACIONAL PARA EL DISTRITO FEDERAL. ÉSTO PUEDE EXPLICARSE DEBIDO A QUE NUESTRA POBLACIÓN ESTUDIADA, SE CONFORMA EN SU MAYORÍA, POR AMAS DE CASA Y ESTUDIANTES LOS CUALES NO PERCIBEN SALARIO.

UN DETALLE DE IMPORTANCIA QUE NOS LLAMA LA ATENCIÓN ES LA DISCREPANCIA EXISTENTE ENTRE EL PROMEDIO DE INGRESOS ECONÓMICOS POR FAMILIA (QUE SE ENCONTRÓ SÓLO UN POCO POR ARRIBA DEL SALARIO MÍNIMO) Y LO OBSERVADO EN CUANTO A CONDICIONES DE VIDA REALES (TALES COMO: TAMAÑO Y TIPO DE CONSTRUCCIÓN DE ALGUNAS CASAS, ASÍ COMO DE LA CANTIDAD, CALIDAD Y DIVERSIDAD DE APARATOS DOMÉSTICOS, PRINCIPALMENTE ELÉCTRICOS). ÉSTA DIFERENCIA HACE SUPONER QUE POR TRATARSE DE UN TÓPICO QUE DESPIERTA SUSPICACIAS MANIFIESTAN DATOS IRREALES DISMINUYENDO O AUMENTANDO DICHA INFORMACIÓN, SUPONIENDO QUE ÉSTA PUDIERA SER UTILIZADA CON ALGÚN OTRO FIN QUE LES LLEGARA A PERJUDICAR.

CON RESPECTO AL CENSO NACIONAL DE 1980, EL NÚMERO PROMEDIO DE MIEMBROS POR FAMILIA EN EL DISTRITO FEDERAL ES DE 5.0 A DIFERENCIA DE LO ENCONTRADO EN EL PRESENTE ESTUDIO QUE ES DE 4.2 . PODRÍAMOS CONSIDERAR ALGUNOS FACTORES EN RELACIÓN A ÉSTO: LA CANTIDAD DE INSTRUMENTOS REQUERIDOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN GENERAL, HACÍA INDISPENSABLE LA PARTICIPACIÓN EN FORMA INDIVIDUAL Y FAMILIAR POR PERÍODOS PROLONGADOS DE TIEMPO, ÉSTO PROPICIÓ QUE ALGUNAS FAMILIAS NO ACEPTARAN COOPERAR, SOBRE TODO CUANDO ERAN NUMEROSAS, PRESENTÁNDOSE ADEMÁS, LA DIFICULTAD PARA LOGRAR LA COINCIDENCIA DE HORARIOS POR LAS DIVERSAS ACTIVIDADES QUE ELLOS DESEMPEÑABAN; ÉSTE ASPECTO LIMITABA LA REUNIÓN Y/O PARTICIPACIÓN DEL NÚMERO DE MIEMBROS ESTIPULADOS. CUANDO NO SE CUMPLÍA ENTONCES ESTE REQUISITO SE OPTÓ, DEPENDIENDO DEL CASO POR CAMBIAR DE FAMILIA SEGÚN LOS CRITERIOS EXPUESTOS EN EL MÉTODO. ÉSTO NOS HIZO NOTAR QUE LAS FAMILIAS PEQUEÑAS ACEPTABAN COOPERAR CON MAYOR FACILIDAD, PROPICIANDO LA DISMINUCIÓN DEL ÍNDICE DE MIEMBROS POR FAMILIA.

DURANTE EL CONTACTO DIRECTO CON LAS FAMILIAS PUDIMOS PERCATARNOS DE QUE, AUNQUE NOS MANIFESTARAN LAS PERSONAS ESTAR CASADAS, EN VARIOS CASOS EL ESPOSO PRINCIPALMENTE, ESTABA AUSENTE POR PERÍODOS INDEFINIDOS DE TIEM

PO; PUDIÉNDO SER LA CAUSA EN ALGUNAS OCASIONES QUE POR MOTIVOS DE TRABAJO RADICARA EN OTRO ESTADO DE LA REPÚBLICA, SIN EXISTIR CONTACTO CON LA FAMILIA O SIENDO ÉSTE MUY ESCASO. EN OTRAS OCASIONES POR NO HABER UNA SEPARACIÓN LEGAL, REPORTABAN ESTAR CASADOS AUNQUE ALGUNO DE LOS CÓNYUGES YA NO VIVIERA BAJO EL MISMO TECHO. TOMANDO EN CUENTA LO ANTERIOR, SUGERIMOS QUE PARA FUTURAS INVESTIGACIONES - SE EXPLORE CON MAYOR PRECISIÓN ESTE PUNTO.

POR OTRO LADO, COMO ERA DE ESPERARSE, EL PORCENTAJE MAYOR ENCONTRADO EN LO REFERENTE A RELIGIÓN FUE EN LA CATÓLICA, AUNQUE ALGUNOS SUJETOS MANIFESTARON NO - PRACTICARLA.

TOMANDO EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENIDOS, EN CUANTO A LOS PROBLEMAS INDIVIDUALES, FAMILIARES Y COMUNITARIOS MANIFESTADOS POR LOS SUJETOS ESTUDIADOS, NOS PARECE IMPORTANTE DESTACAR QUE LA MAYOR PARTE DE LOS QUE REPORTARON NO TENER PROBLEMAS EN LAS TRES ÁREAS, SE CONCENTRÓ ENTRE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS DE LOS 15 A LOS 30 - AÑOS DE EDAD. ESTO NOS LLEVA A CONSIDERAR LAS SIGUIENTES POSIBILIDADES: A) NO TIENEN CONCIENCIA DE SU PROBLEMÁTICA PORQUE ÉSTA ES ALGO COMÚN DENTRO DE LA FAMILIA O EL GRUPO SOCIAL, CONVIRTIÉNDOSE EN UN DEFECTO SOCIALMENTE MODELADO, Ó B) PUEDE NEGARSE DICHA PROBLEMÁTICA POR DIFI-

CULTAD O INCAPACIDAD PARA RESOLVERLA.

LAS ELEVACIONES SIGNIFICATIVAS DENTRO DE LOS PROBLEMAS INDIVIDUALES EN RELACIÓN A LA ACEPTACIÓN DE SU PROBLEMÁTICA SON DE TIPO EMOCIONAL LEVE Y MODERADO, SIENDO ESTO REPORTADO MAYORMENTE EN EL RANGO DE 15 A 21 AÑOS DE EDAD; CONSIDERANDO QUE LA ADOLESCENCIA ES UNA ETAPA DE CRISIS EN EL DESARROLLO DEL SER HUMANO, PODEMOS INFERIR QUE LOS ADOLESCENTES OPTAN POR ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS SIGUIENTES: NEGAR LA EXISTENCIA DE PROBLEMAS O BIEN, ENFATIZAR SU PROBLEMÁTICA; COINCIDIENDO ÉSTO CON LOS DATOS OBTENIDOS POR ALGUNOS TEÓRICOS QUE ESTUDIAN ESTE ASPECTO.

ERA DE ESPERARSE QUE EL PROBLEMA SOCIOECONÓMICO IBA A SER SIGNIFICATIVO POR LA CONDICIÓN DE CRISIS QUE ATRAVIESA NUESTRO PAÍS. SIN EMBARGO, NOS PARECIÓ CURIOSO QUE LA FRECUENCIA DE ESTA RESPUESTA FUE LA MISMA EN LOS RANGOS DE EDAD ESTABLECIDOS. ESTO NOS LLEVÓ A PENSAR - ¿QUÉ TANTO VIVEN DICHA SITUACIÓN COMO PROBLEMA? Ó ¿ FORMA PARTE IMPLÍCITA DE SU ESTILO DE VIDA?. PARA PODER ESCLARECER ESTAS INTERROGANTES, SUGERIMOS SE REALICE UN ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS EN EL CUESTIONARIO DE INDICADORES SOCIALES.

DENTRO DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES, EL REPORTA DO CON MAYOR FRECUENCIA ES EL QUE SE REFIERE A LA INADECUA DA INTERACCION ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, SIENDO IM PORTANTE HACER NOTAR QUE QUIENES TIENEN MÁS CONCIENCIA DE ÉSTO SON LOS ADOLESCENTES POR UN LADO Y LOS ADULTOS MADU - ROS POR OTRO; QUEDANDO ESTOS DOS GRUPOS INVOLUCRADOS EN ES TE PROBLEMA, PUESTO QUE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE ELLOS ES DE PADRES E HIJOS. EL TIPO DE RESPUESTA QUE ÉSTOS EX - PRESARON CONTENIA UNA QUEJA RECÍPROCA. DE ACUERDO CON EL ENFOQUE SISTEMICO DE LA FAMILIA, PODEMOS AFIRMAR QUE EL DE SAJU STE EN UN SUBSISTEMA AFECTA EL SISTEMA FAMILIAR.

CONSIDERAMOS QUE LOS PROBLEMAS FAMILIARES RE - PORTADOS POR FACTORES ATRIBUIBLES A LA PROPIA FAMILIA (PRO BLEMAS INDIVIDUALES DE ALGUNO DE SUS MIEMBROS) AL IGUAL - QUE LOS PROBLEMAS CREADOS COMO CONSECUENCIA DE ALGUNA PER - SONA AJENA A LA FAMILIA (FAMILIA EXTENSA) Y COINCIDIENDO CON QUE LA MAYOR FRECUENCIA RECAE SOBRE EL RANGO DE EDAD - DE 21 A 30 AÑOS, SUPONEMOS QUE ESTO PUEDE DEBERSE PRINCI - PALMENTE, A QUE SON FAMILIAS RECIEN FORMADAS Y QUE GENERAL MENTE EN ESTE MEDIO NO VIVEN EN FORMA INDEPENDIENTE, MAN - TENIENDO UNA DEPENDENCIA FÍSICA O EMOCIONAL CON LA FAMILIA DE ORIGEN; LLEVANDO ÉSTO A QUE INTERVENGAN EN SU DINÁMICA FAMILIAR (TOMA DE DECISIONES, MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA, ETC.).

AL ANALIZAR LOS PROBLEMAS FAMILIARES ANTES EXPUESTOS, LLEGAMOS A PREGUNTARNOS CUÁL SERÍA EL FACTOR PRECIPITANTE PARA QUE ÉSTOS SE MANIFIESTEN; LLEVÁNDONOS A LA CONCLUSIÓN, QUE LA COMUNICACIÓN ES EL FACTOR SUBYACENTE - SIGNIFICATIVO COMO COMÚN DENOMINADOR DE LOS MISMOS YA QUE DEPENDIENDO DEL TIPO DE COMUNICACIÓN UTILIZADA SE SOLUCIONAN O COMPLICAN LOS PROBLEMAS.

DESTACA COMO PRINCIPAL PROBLEMA COMUNITARIO - LA FALTA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PRIMERA NECESIDAD; ADEMÁS DADA LA DEFICIENCIA DE ÉSTOS Y LA CARENCIA DE SERVICIOS SOCIALES TALES COMO : FALTA DE ZONAS DEPORTIVAS, CENTROS RECREATIVOS, VIGILANCIA, ETC., AUNADOS A LA CASI NULA COHESIÓN Y PARTICIPACIÓN EN GRUPOS ORGANIZADOS, PROVOCA ÉSTO UN AISLAMIENTO ENTRE LAS FAMILIAS LO CUAL TRAE COMO CONSECUENCIA LA MALA RELACIÓN VECINAL PROPICIANDO ENVÍDIAS ANTE LOS LOGROS FAMILIARES, ESTABLECIENDO ENTRE ELLOS MARCADAS DIFERENCIAS DE CLASE, BASADAS EN ASPECTOS ECONÓMICOS Y CULTURALES.

COMO SE HA MENCIONADO CON ANTERIORIDAD, SIENDO QUE LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN ES GENTE JOVEN, ERA DE ESPERARSE QUE LA POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS FUERA MUY BAJA - (SOLAMENTE 12 SUJETOS), DE LOS CUALES 9 DE ELLOS MANIFESTARON NO TENER PROBLEMAS A NIVEL INDIVIDUAL Y FAMILIAR.

LO QUE NOS LLEVA A SUPONER QUE A ESTA EDAD SI EXISTE AL -
GUN PROBLEMA O NO LE DAN IMPORTANCIA, O BIEN, YA FORMA -
PARTE DE SU ESTILO DE VIDA.

DE LAS FAMILIAS QUE COOPERARON EN LA PRESENTE
INVESTIGACIÓN, HUBO ALGUNOS SUJETOS QUE NO PERMITIERON SER
EVALUADOS (EN SU MAYORÍA HOMBRES). DE ENTRE ÉSTOS LAS NE-
GACIONES MÁS FRECUENTES MANIFESTADAS FUERON: DIFICULTAD -
POR SUS HORARIOS DE TRABAJO (YA QUE SUS OCUPACIONES ERAN
DE VELADORES O ALBAÑILES QUE TRABAJABAN SABADOS Y DOMINGOS
PARA TENER "ENTRADAS EXTRAS"); UNA NEGACIÓN ABIERTA A NO -
COOPERAR (COMO: NO TENGO GANAS, NO ME INTERESA, ETC.) Y EN
OTRAS OCASIONES ÉSTA FUE ENCUBIERTA (POR EJEMPLO: SITÁNDO-
NOS EN DIVERSAS OCASIONES NO ENCONTRÁNDOSE LA PERSONA O -
"DECÍA NO ESTAR"). NOS LLAMO LA ATENCION EL PORQUÉ FUERON
HOMBRES LOS QUE SE NEGARON A COOPERAR, DÁNDOSE EL CASO DE
QUE EN MUCHAS OCASIONES NO LLEGAMOS A CONOCERLOS, PRESEN -
TÁNDOSE LA DUDA DE SU EXISTENCIA. EN GENERAL ERA LA ESPO-
SA QUIEN NOS DABA LA RAZÓN POR LA CUAL NO PODÍA PARTICIPAR
EL SEÑOR. ÉSTO NOS HACE PREGUNTAR ¿CUÁL ES EL PAPEL -
QUE JUEGA LA MUJER EN LA RELACIÓN FAMILIAR? Y CREEMOS QUE
¿ES ELLA QUIEN MANEJA LA SITUACIÓN DE ACUERDO A SU CONVE -
NIENCIA? SIN LLEGAR A CAER EN UNA GENERALIZACIÓN; O BIEN,
¿EL HOMBRE "SE ESCUDA" TRAS LA MUJER PARA EVITAR EL CONTACTO

EN ESTE CASO CON EL PSICÓLOGO?

UNA OPCIÓN MÁS PARA ENCONTRAR RESPUESTA AL PLANTEAMIENTO ANTERIOR SERÍA, SI RECORDAMOS QUE LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL MÉTODO PARA QUE UNA FAMILIA PUDIERA SER CONSIDERADA EN EL PRESENTE ESTUDIO, REQUERÍA DE LA PARTICIPACIÓN DE LA MITAD MÁS UNO DEL TOTAL DE LOS MIEMBROS Y COMO GENERALMENTE ERA LA MUJER Y LOS HIJOS LOS QUE ESTABAN EN CASA, AL MISMO TIEMPO QUE SE PRESENTABA LA DIFICULTAD PARA COINCIDIR CON EL ESPOSO, SE LLEVABA A CABO LA EVALUACIÓN, NO PERMITIENDO ASÍ, VALORAR LA INFLUENCIA QUE ÉSTE EJERCE SOBRE LA FAMILIA. SUGERIMOS QUE PARA FUTURAS INVESTIGACIONES SE MODIFIQUE EL CRITERIO CITADO Y CONSIDERAR COMO REQUISITO INDISPENSABLE LA PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA.

OTRO DATO QUE FUE MUY NOTORIO, ES LA FALTA DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN GRAN PARTE DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS SOBRE CIERTOS DATOS QUE CONSIDERAMOS IMPORTANTES PARA CUALQUIER PERSONAS COMO SON: EL DESCONOCIMIENTO DE LOS NOMBRES DE LAS CALLES DE SU COLONIA, EN OCASIONES NI SIQUIERA EL NOMBRE DE LA CALLE EN QUE VIVEN (INDEPENDIEN- TEMENTE DEL TIEMPO DE VIVIR EN LA COLONIA); EL DESCONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS CON QUE CUENTAN. ASIMISMO SE -

PRESENTARON DIVERSOS CASOS DE SUJETOS QUE DESCONOCIAN LA FECHA DE SU NACIMIENTO O NO RECOPIABAN CON EXACTITUD LA DE SUS HIJOS.

A LO LARGO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN NOS HAN SURGIDO ALGUNAS IDEAS QUE PUEDEN AYUDAR A OBTENER MAYOR PROVECHO DE LOS DATOS RECOPIADOS, LOS CUALES ENUMERAMOS A CONTINUACION:

1º EN RELACIÓN A LOS DATOS DEMOGRÁFICOS SE SUGIERE QUE PARA AMPLIAR LA INFORMACIÓN EXISTENTE SE LLEVEN A CABO DIVERSAS CORRELACIONES. ENTRE OTRAS PODREMOS MENCIONAR: CORRELACIONAR ESCOLARIDAD CON OCUPACIÓN; LA CORRELACIÓN DE PROBLEMAS (INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL) CON LOS SIGUIENTES INDICADORES: SEXO, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD, OCUPACION, NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA Y CON EL INGRESO FAMILIAR.

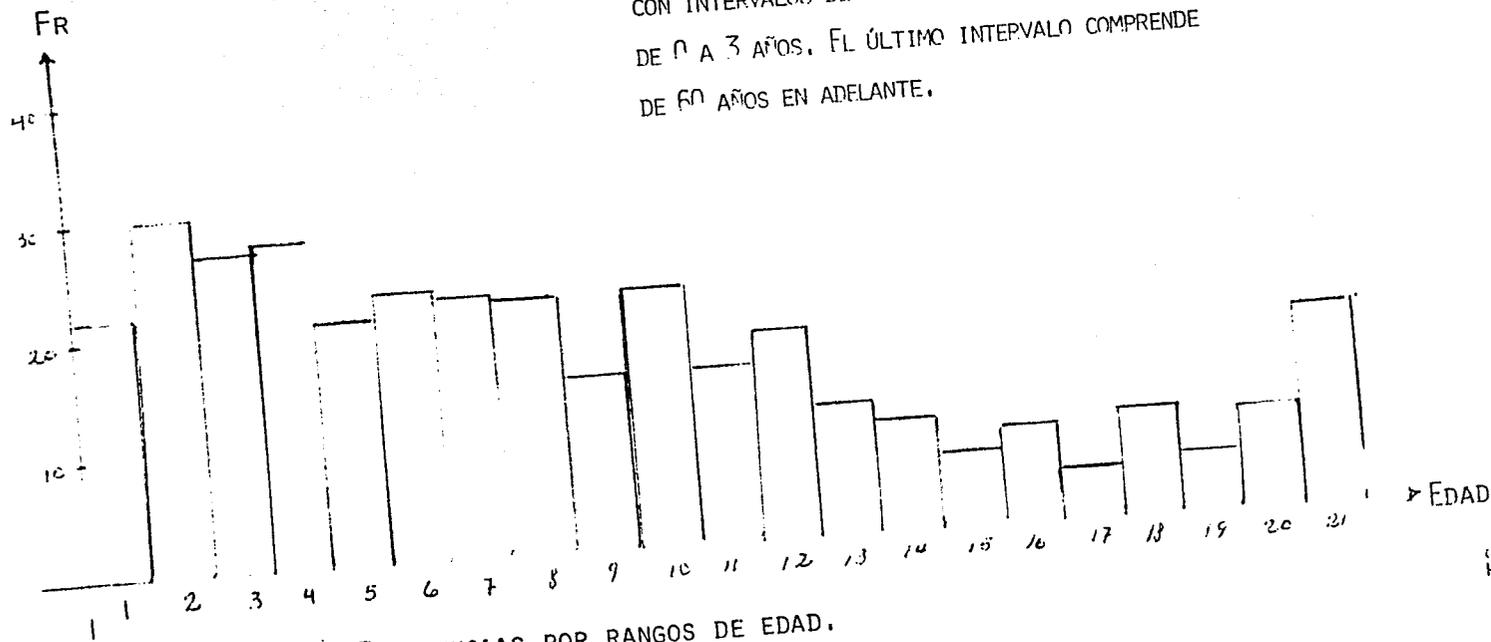
2º CON LOS PROBLEMAS MANIFESTADOS EN FORMA EXPLÍCITA SERIA IMPORTANTE ESTABLECER UNA COMPARACION DE ÉSTOS CON LA INFORMACION CONTENIDA EN LAS ENTREVISTAS INDIVIDUAL Y FAMILIAR ASI COMO TAMBIEN CON EL CUESTIONARIO DE INDICADORES SOCIALES, CON EL OBJETO DE ENCONTRAR LAS COINCIDENCIAS Y DISCREPANCIAS, LA CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS.

3º SUGERIMOS QUE PARA UNA INVESTIGACIÓN FUTURA, EL LUGAR QUE OCUPEN LAS TRES PREGUNTAS, MOTIVO DE ESTA TESIS, SEA AL FINAL DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL YA QUE ÉSTO PERMITIRÁ UNA MEJOR COMPRESIÓN DE LA AMPLITUD Y ALCANCE DEL CUESTIONAMIENTO, PUESTO QUE AL ABORDAR LOS DIVERSOS TÓPICOS DE LA ENTREVISTA PROPICIA EL ESTABLECIMIENTO DE UN BUEN "RAPORT" A LA VEZ QUE SE VA LOGRANDO LA CONFIANZA DE LA GENTE, ASÍ COMO TAMBIÉN SE PUEDE LLEGAR A CREAR MAYOR CONCIENCIA DE LA EXISTENCIA O NO DE PROBLEMAS EN CUALQUIERA DE LAS TRES ÁREAS Y CREEMOS QUE, SI SE ESTABLECIERA UNA COMPARACIÓN ENTRE EL PRESENTE ESTUDIO Y EL SUGERIDO SE PODRÍA VALORAR LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD, POR SIMPLE QUE ÉSTA SEA, PARA PROPICIAR UNA MEJOR ACEPTACIÓN DE SU PROBLEMÁTICA.

4º OTRO PUNTO RELEVANTE SERÍA REALIZAR UNA EXPLORACIÓN MAS EXHAUSTIVA DE ESTOS PROBLEMAS TRATANDO DE OBTENER MAYOR INFORMACIÓN DE CADA UNO DE LOS SUJETOS EN FORMA DIRECTA.

5º SUPONEMOS QUE DARÍA MAYOR TRASCENDENCIA A FUTUROS ESTUDIOS EL CONSIDERAR A LOS SUJETOS MENORES DE 15 AÑOS Y EN EDAD ESCOLAR, PARA PLANTEARLES DICHAS PREGUNTAS CON EL OBJETO DE CONOCER LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN DE ELLOS MISMOS Y DE SU MEDIO AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL.

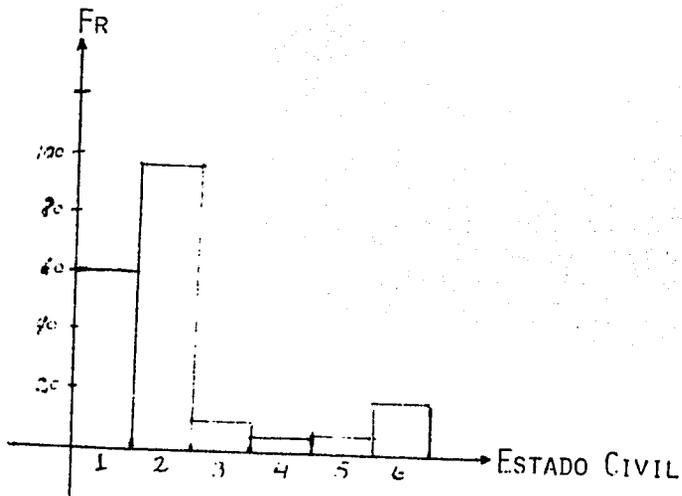
A N E X O S



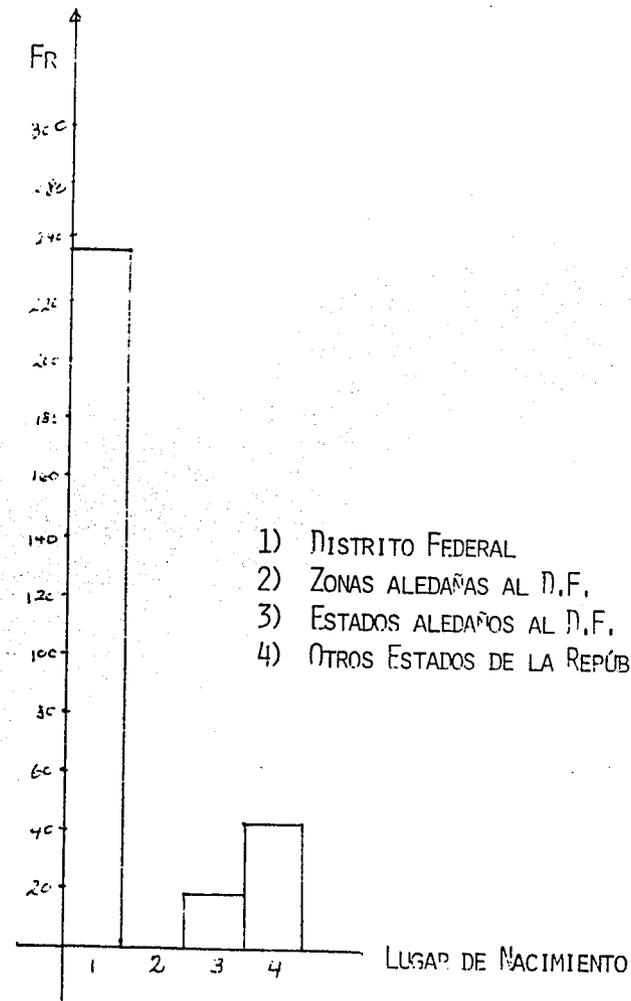
LA CLASIFICACIÓN POR RANGOS DE EDAD SE EFECTUÓ CON INTERVALOS DE TRES AÑOS CADA UNO INICIANDO DE 0 A 3 AÑOS. EL ÚLTIMO INTERVALO COMPRENDE DE 60 AÑOS EN ADELANTE.

GRAFICA 1. FRECUENCIAS POR RANGOS DE EDAD.

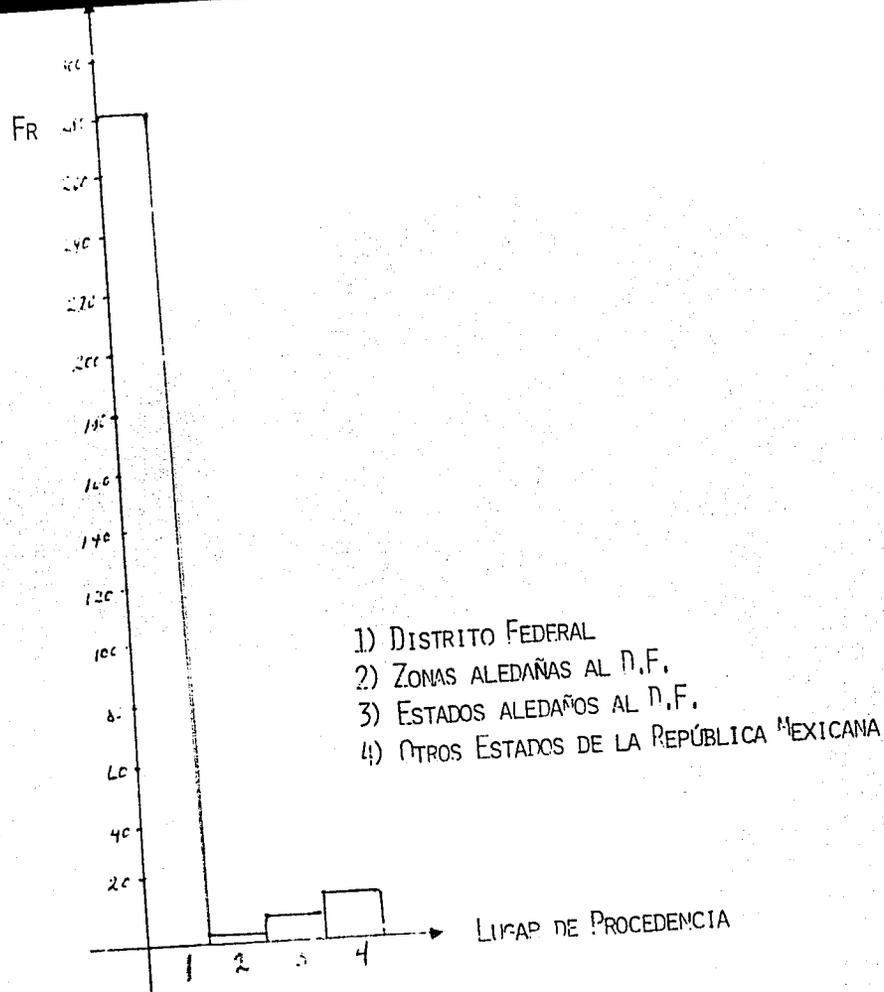
- 1) SOLTERO
- 2) CASADO
- 3) VIUDO
- 4) DIVORCIADO
- 5) SEPARADO
- 6) UNIÓN LIBRE



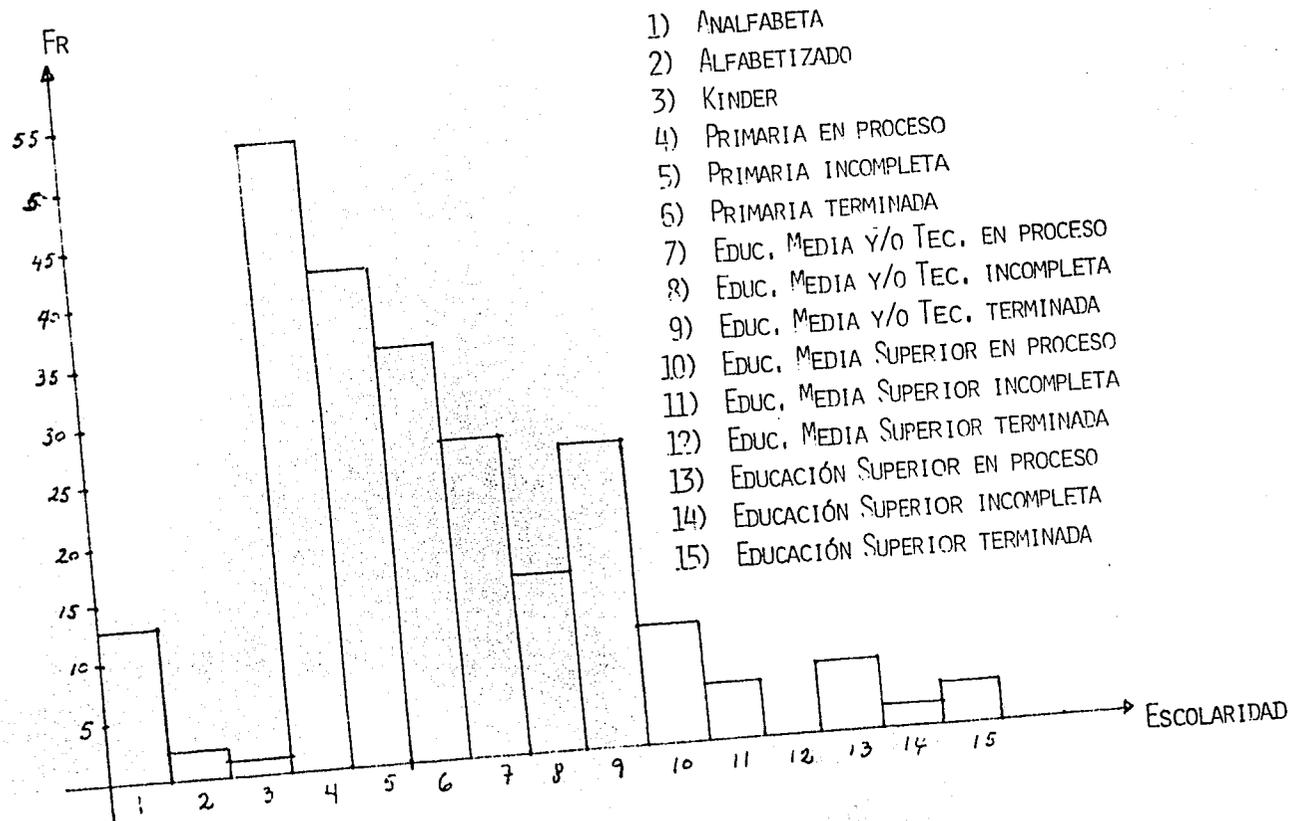
GRAFICA 2. ESTADO CIVIL



GRAFICA 3 LUGAR DE NACIMIENTO

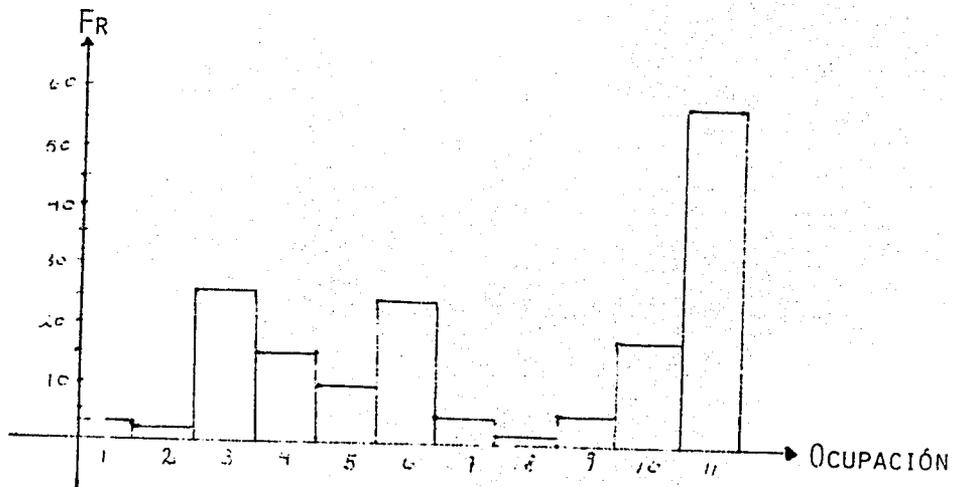


GRAFICA 11 LUGAR DE PROCEDENCIA

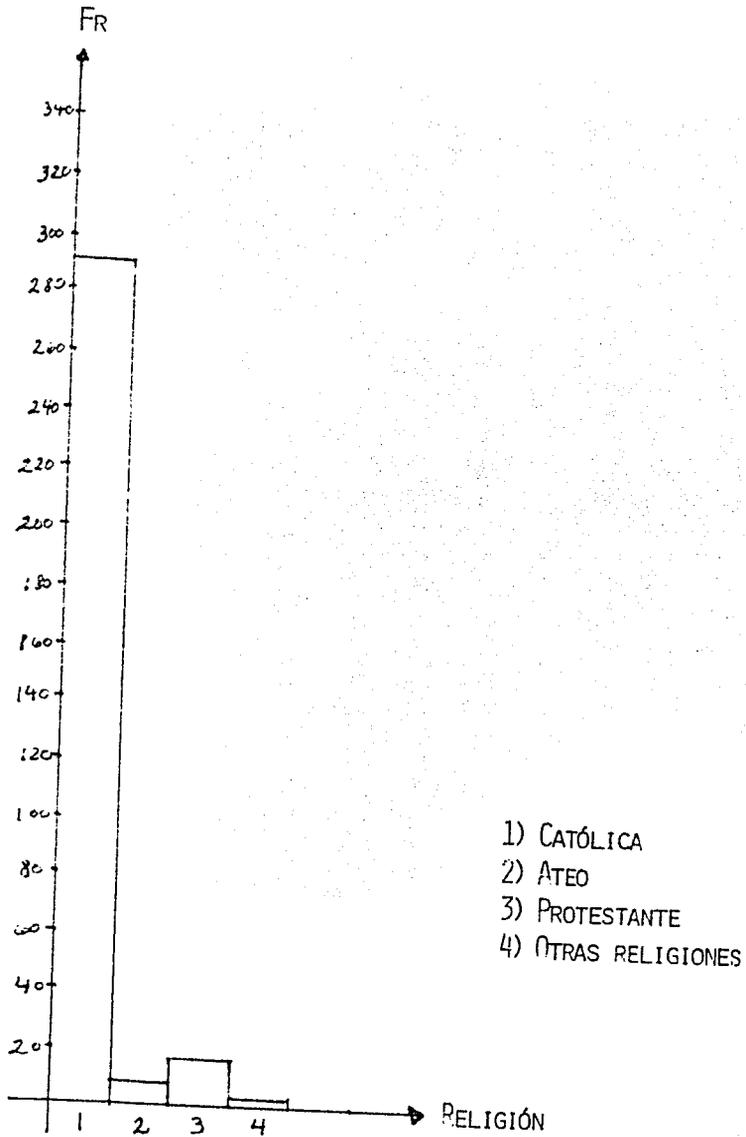


GRAFICA 5 ESCOLARIDAD

- 1) DESEMPLEADO
- 2) ESTUDIA Y TRABAJA
- 3) OFICIO O ARTESANÍA
- 4) OBRERO
- 5) COMERCIANTE
- 6) EMPLEADO
- 7) PROFESIONISTA
- 8) JUVILADO
- 9) EVENTUAL
- 10) ESTUDIANTE
- 11) AMAS DE CASA

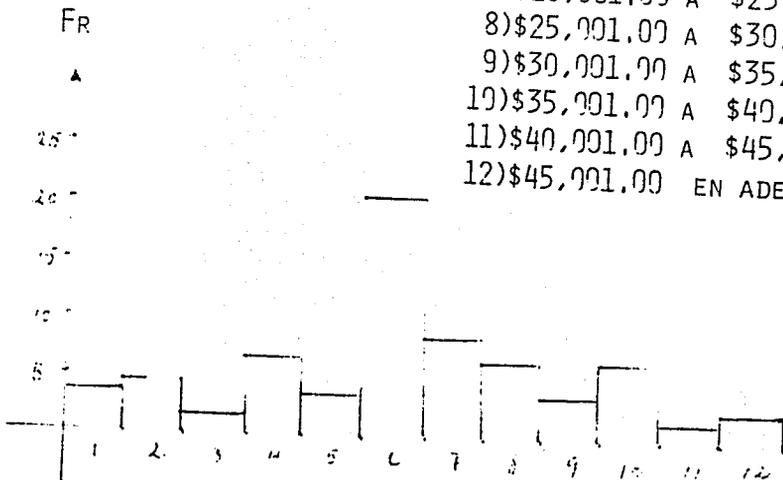


GRAFICA 5. OCUPACIÓN.



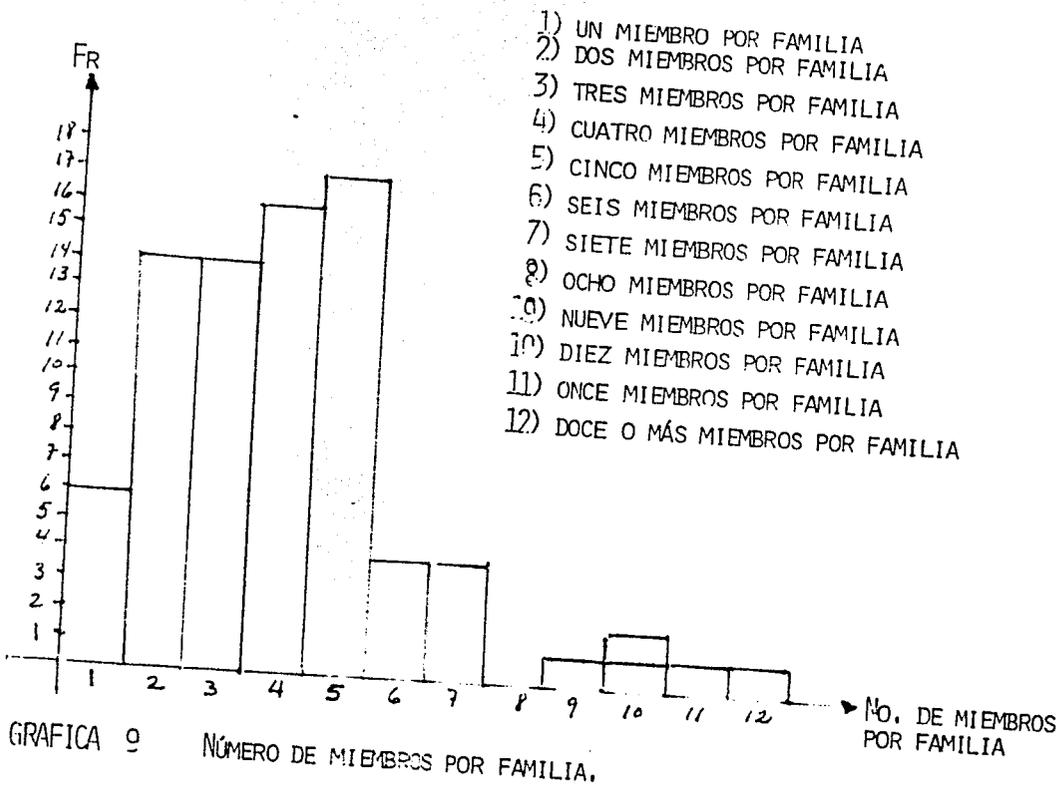
GRAFICA 7 RELIGIÓN

1)	\$ 5,000.00	A	\$ 7,500.00
2)	\$ 7,501.00	A	\$ 10,000.00
3)	\$ 10,001.00	A	\$ 12,500.00
4)	\$ 12,501.00	A	\$ 15,000.00
5)	\$ 15,001.00	A	\$ 17,500.00
6)	\$ 17,501.00	A	\$ 20,000.00
7)	\$ 20,001.00	A	\$ 25,000.00
8)	\$ 25,001.00	A	\$ 30,000.00
9)	\$ 30,001.00	A	\$ 35,000.00
10)	\$ 35,001.00	A	\$ 40,000.00
11)	\$ 40,001.00	A	\$ 45,000.00
12)	\$ 45,001.00		EN ADELANTE

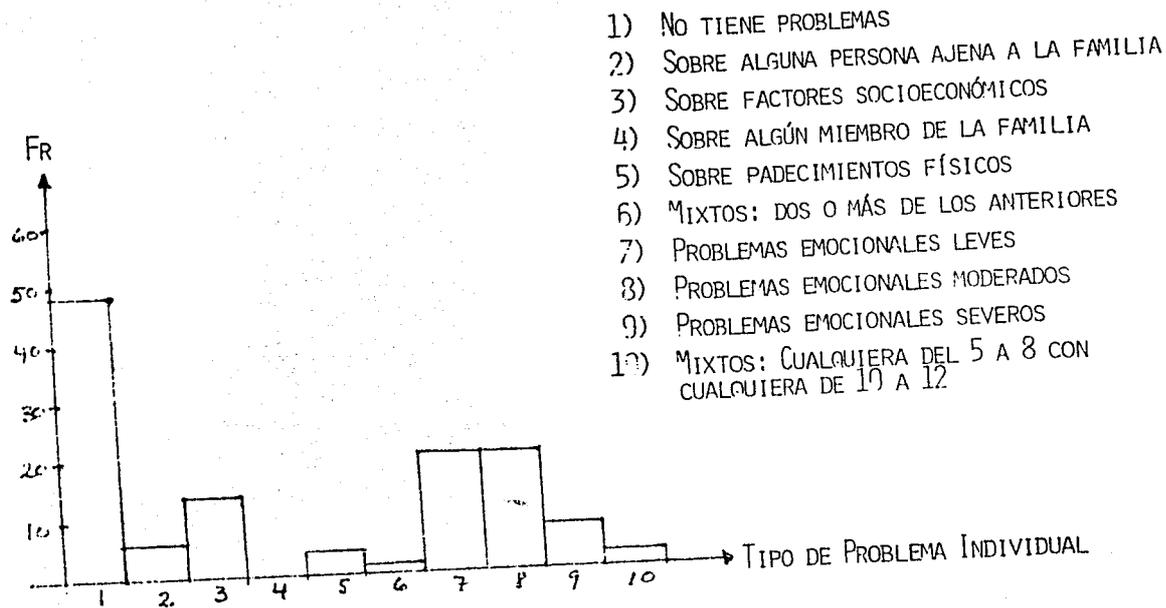


INGRESO FAMILIAR

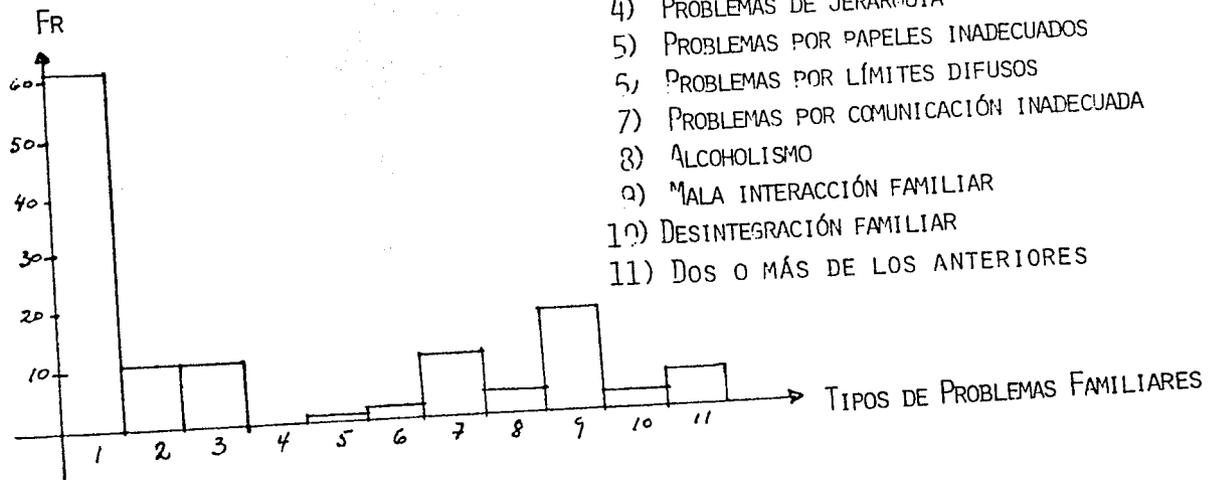
GRAFICA 8 INGRESO FAMILIAR



GRAFICA 9 NÚMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA.

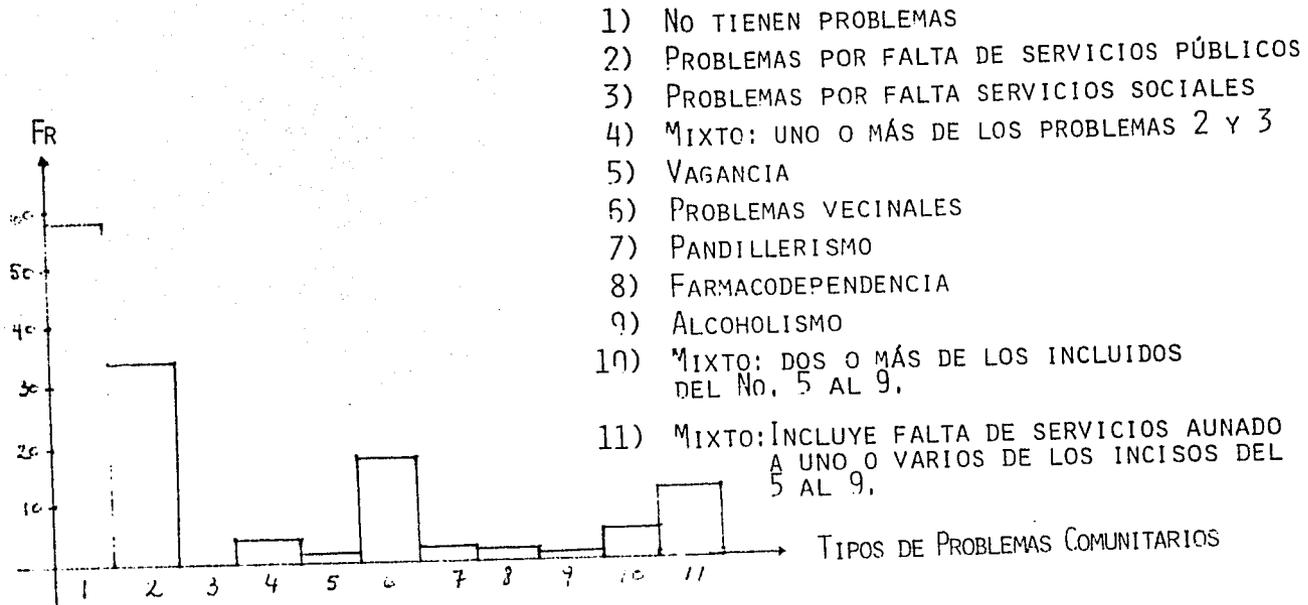


GRAFICA 10 PROBLEMAS INDIVIDUALES



GRAFICA 11 PROBLEMAS FAMILIARES

- 1) NO TIENE PROBLEMAS
- 2) REPORTAN TENER PROBLEMAS POR FACTORES EXTERNOS A LA PROPIA FAMILIA
- 3) REPORTAN PROBLEMAS FAMILIARES COMO CONSECUENCIA DE ALGÚN PROBLEMA INDIVIDUAL
- 4) PROBLEMAS DE JERARQUÍA
- 5) PROBLEMAS POR PAPELES INADECUADOS
- 6) PROBLEMAS POR LÍMITES DIFUSOS
- 7) PROBLEMAS POR COMUNICACIÓN INADECUADA
- 8) ALCOHOLISMO
- 9) MALA INTERACCIÓN FAMILIAR
- 10) DESINTEGRACIÓN FAMILIAR
- 11) DOS O MÁS DE LOS ANTERIORES



GRAFICA 12 PROBLEMAS COMUNITARIOS

INSTRUMENTOS APLICADOS PARA LA INVESTIGACION GENERAL

CUADRO I

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	TOTAL
APLICADOS	70	260	155	156	239	167	91	147	228	36	18	1567
NO APLICADOS *	4	29	11	10	6	82	4	4	12	1	1	164
RECHAZADOS *	1	34	32	32	32	32	0	32	37	26	25	283
NO CORRESPONDEN *	5	0	125	125	46	42	228	140	46	260	279	1296
TOTAL	80	323	323	323	323	323	323	323	323	323	323	3310

- I - ENTREVISTA FAMILIAR
- II - ENTREVISTA INDIVIDUAL
- III - CUESTIONARIO CARACTEROLÓGICO
- IV - CUESTIONARIO INDICADORES SOCIALES
- V - TEST GUESTÁLTICO VESIMOTOR DE L. BENDER
- VI - TES DE LA FIGURA HUMANA
- VII - STANFORD BIVET REV. TERMAN MERRIL
- VIII- BETA -- II - R
- IX - TEST AGRESIÓN - FRUSTRACIÓN DE ROSENWEIG
- X - REGISTRO DE HABILIDADES PARA PREESCOLARES DE E. DOLL
- XI - EXPLORACION NEUROPSICOLÓGICA

* VER CRITERIOS EN LA PAG. 58

DISTRIBUCION DE PROBLEMAS POR RANGO DE EDAD

PROBLEMAS INDIVIDUALES

15 A 10-11/12			21 A 29-11/12			30 A 41-11/12			42 A 50-11/12			MAS DE 60 AÑOS		
CLAVE	FREC.	%	CLAVE	FREC.	%									
4	12	38.71	4	16	51.61	4	3	11.54	4	8	34.70	4	9	75.00
5	0	0	5	3	9.68	5	3	11.54	5	0	0	5	0	0
6	3	9.68	6	3	9.68	6	4	15.38	6	4	18.90	6	0	0
7	0	0	7	0	0	7	0	0	7	0	0	7	0	0
8	0	0	8	0	0	8	1	3.85	8	3	13.04	8	0	0
9	1	3.23	9	0	0	9	5	19.23	9	0	0	9	0	0
10	8	25.00	10	5	16.13	10	0	0	10	0	0	10	1	8.33
11	6	19.35	11	4	12.90	11	7	26.92	11	3	13.04	11	1	8.33
12	1	3.23	12	0	0	12	2	7.69	12	4	17.39	12	1	8.33
13	0	0	13	0	0	13	1	3.85	13	1	4.35	13	0	0
	<u>31</u>	<u>100 %</u>		<u>31</u>	<u>100 %</u>		<u>26</u>	<u>100 %</u>		<u>23</u>	<u>100 %</u>		<u>12</u>	<u>100 %</u>

PROBLEMAS FAMILIARES

4	15	46.88	4	13	39.39	4	9	36.00	4	13	59.09	4	9	75.00
5	3	9.38	5	6	18.18	5	0	0	5	3	13.64	5	0	0
6	3	9.38	6	5	15.15	6	3	12.00	6	0	0	6	1	8.33
7	1	3.12	7	0	0	7	0	0	7	0	0	7	0	0
8	0	0	8	2	6.06	8	0	0	8	0	0	8	0	0
9	0	0	9	0	0	9	2	8.00	9	1	4.55	9	0	0
10	2	6.25	10	4	12.12	10	5	20.00	10	0	0	10	0	0
11	1	3.12	11	1	3.03	11	0	0	11	1	4.55	11	1	8.33
12	6	18.75	12	2	6.06	12	4	16.00	12	4	18.17	12	1	8.33
13	1	3.12	13	0	0	13	2	8.00	13	0	0	13	0	0
	<u>32</u>	<u>100 %</u>		<u>33</u>	<u>100 %</u>		<u>25</u>	<u>100 %</u>		<u>22</u>	<u>100 %</u>		<u>12</u>	<u>100 %</u>

PROBLEMAS COMUNITARIOS

4	18	52.94	4	13	40.63	4	10	33.33	4	12	52.17	4	5	41.66
5	4	11.76	5	7	21.88	5	11	36.66	5	6	26.09	5	4	33.32
6	0	0	6	0	0	6	0	0	6	0	0	6	0	0
7	2	5.88	7	2	6.25	7	0	0	7	0	0	7	0	0
8	0	0	8	0	0	8	1	3.33	8	0	0	8	0	0
9	7	20.59	9	1	3.13	9	5	16.66	9	1	4.35	9	2	16.62
10	0	0	10	1	3.13	10	0	0	10	2	8.69	10	0	0
11	0	0	11	0	0	11	1	3.33	11	1	4.35	11	0	0
12	1	2.94	12	0	0	12	0	0	12	0	0	12	0	0
13	0	0	13	3		13	1	3.33	13	0	0	13	0	0
14	2	5.88	14	0		14	1	3.33	14	0	0	14	1	8.32
	<u>34</u>	<u>100 %</u>					<u>30</u>	<u>100 %</u>		<u>23</u>	<u>100 %</u>		<u>12</u>	<u>100 %</u>

SIGNIFICADO DE LA CLAVE EN LOS PROBLEMAS INDIVIDUALES.

- 4) NO TIENE PROBLEMAS
- 5) SOBRE ALGUNA PERSONA AJENA A LA FAMILIA
- 6) SOBRE FACTORES SOCIOECONÓMICOS
- 7) SOBRE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA
- 8) SOBRE PADECIMIENTOS FÍSICOS
- 9) MIXTOS: DOS O MÁS DE LOS ANTERIORES
- 10) PROBLEMAS EMOCIONALES LEVES
- 11) PROBLEMAS EMOCIONALES MODERADOS
- 12) PROBLEMAS EMOCIONALES SEVEROS
- 13) MIXTOS: CUALQUIERA DEL 5 A 8 CON CUALQUIERA DE 10 A 12

SIGNIFICADO DE LA CLAVE EN LOS PROBLEMAS FAMILIARES.

- 4) NO TIENE PROBLEMAS
- 5) REPORTAN TENER PROBLEMAS POR FACTORES EXTERNOS A LA PROPIA FAMILIA
- 6) REPORTAN PROBLEMAS FAMILIARES COMO CONSECUENCIA DE ALGÚN PROBLEMA INDIVIDUAL
- 7) PROBLEMAS DE JERARQUÍA
- 8) PROBLEMAS POR PAPELES INADECUADOS
- 9) PROBLEMAS POR LÍMITES DIFUSOS
- 10) PROBLEMAS POR COMUNICACIÓN INADECUADA
- 11) ALCOHOLISMO
- 12) MALA INTERACCIÓN FAMILIAR
- 13) DESINTEGRACIÓN FAMILIAR

SIGNIFICADO DE LA CLAVE EN LOS PROBLEMAS COMUNITARIOS

- 4) NO TIENE PROBLEMA
- 5) FALTA DE SERVICIOS PÚBLICOS
- 6) FALTA DE SERVICIOS SOCIALES
- 7) MIXTOS DE 5 Y 6
- 8) VAGANCIA
- 9) PROBLEMAS VECINALES
- 10) PANDILLERISMO
- 11) FARMACODEPENDENCIA
- 12) ALCOHOLISMO
- 13) MIXTOS: DOS O MÁS DE 8 A 12
- 14) MIXTOS: 5 Ó 6 CON CUALQUIERA DE 8 A 12.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ACKERMAN W. NATHAN. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES. HORME. BUENOS AIRES. 1978.
- 2) ARIAS GALICIA FERNANDO. INTRODUCCIÓN A LA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA. TRILLAS. MÉXICO. 1971.
- 3) ARONSON ELLITO. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA SOCIAL. ALIANZA. MADRID. 1975.
- 4) BAENA PAZ GUILLERMINA. INSTROUMENTOS DE INVESTIGACIÓN. (MANUAL PARA ELABORAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS PROFESIONAL) U.N.A.M. MÉXICO.
- 5) BAVARESCO DE PRIETO AURA. LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN. SOUTH-WESTERN. PALO ALTO, CAL. 1979.
- 6) BENDER P. MIKE. PSICOLOGÍA DE LA COMUNIDAD. BIBLIOTECA DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA. CEAC. ESPAÑA 1981.
- 7) BASTIDE ROGER. SOCIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. SIGLO XXI. MÉXICO 1975.

- 8) CALDERON NARVAEZ G. SALUD MENTAL COMUNITARIA. (UN NUEVO ENFOQUE DE LA PSIQUIATRIA). TRILLAS. MÉXICO.
- 9) CAPLAN GERALD. PRINCIPIOS DE PSIQUIATRÍA PREVENTIVA. PAIDÓS. ARGENTINA.
- 10) CARRILLO MARTÍNEZ JOSE. LA SOCIOLOGÍA. JOCAMAR. MÉXICO. 1982.
- 11) CENTRO COMUNITARIO. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. FACULTAD DE PSICOLOGÍA. U.N.A.M. 1980.
- 12) DULANTO GUTIÉRREZ ENRIQUE. LA FAMILIA MEDIO PROPICIADOR O INHIBIDOR DEL DESARROLLO HUMANO. BREVARIOS DE PEDIATRÍA, HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO.
- 13) EGG ANDER. COMUNIDAD
- 14) GRISEZ J. MÉTODO DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL. MORATA. 1977.
- 15) GUTIERREZ REYES E., POZOS BRAVO P. ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL Y HACIA EL ROL DEL PSICOLOGO. TESIS PROFESIONAL, FAC. DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M. 1983

- 16) HOCHMAN JACQUES. HACIA UNA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA. AMORROUTU. BUENOS AIRES. 1971.
- 17) HOLLANDER P. EDWING. PRINCIPIOS Y MÉTODOS DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL. AMORROUTU. BUENOS AIRES.
- 18) JACKSON D. DON, LEDERER, J. WILLIAM. THE MIRAGES OF MARIAGE. W.W. NORTHON AND Co. NUEVA YORK 1968.
- 19) KORCHIN J. SHELDON. MODERN CLINICAL PSYCHOLOGY. RELAY, E.U.A. 1976.
- 20) KLEIMUTS BENJAMIN. PSICOLOGÍA ANORMAL. SEXAN. MÉXICO. 1980.
- 21) LOPEZ ROSADO FELIPE. INTRODUCCIÓN A LA SOCIOLOGÍA. PORRUA, S.A. MÉXICO 1965.
- 22) MARIN GERARDO. MANUAL DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA SOCIAL. TRILLAS. MÉXICO.
- 23) MCGUIGAN. PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL. TRILLAS.
- 24) MINUCHIN SALVADOR. FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR. GEDISA. BARCELONA, ESPAÑA. 1979.

- 25) SATIR VIRGINIA. RELACIONES HUMANAS EN EL NUCLEO FAMILIAR. PAX-MÉXICO. 1981.
- 26) SIMONS C. RICHARD, HERBERT PARDES. UNDERSTANDING HUMAN BEHAVIOR IN HEALTH AND ILLNESS. WILLIAMS AND WILLIAMS. U.S.A.
- 27) SELTZ, C. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN LAS RELACIONES SOCIALES. REIALP. MADRID.
- 28) SEATL, A. WILLIAM, MICHEL WERTHEIMER. INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGIA. MANUAL MODERNO, S.A. MÉXICO.
- 29) VARIOS AUTORES. TEORÍA Y TÉCNICA PSICOLÓGICA DE COMUNIDADES MARGINALES. NUEVA VISIÓN. ARGENTINA.
- 30) ZAX MELVIN Y GERALD SPECTER. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA COMUNIDAD. EL MANUAL MODERNO. MÉXICO. 1978.

ARTICULOS

- 1) BLUM MARCELA. "UN PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN SANTA URSULA COAPA, D.F." SALUD MENTAL 1978.

- 2) DE LA FUENTE RAMÓN. "EL AMBIENTE Y LA SALUD MENTAL" SALUD MENTAL. VOL. 2 AÑO 2, No. 1 MARZO 1979 PÁG. 6
- 3) DE LA FUENTE RAMÓN. "LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LOS DESÓRDENES MENTALES DE LOS NIÑOS EN LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL". SALUD MENTAL VOL. 3 AÑO 3, No. 3 OTOÑO 1980, PÁG. 2, MÉXICO.
- 4) MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO J. " ENFERMEDAD, ENFERMEDAD MENTAL Y ENFERMEDAD SOCIAL". TRABAJO PRESENTADO EN EL X CONGRESO MUNDIAL DE SOCIOLOGÍA. MÉXICO. 1982.
- 5) ROUSSEL LOUIS. "LA CRISIS DE LA FAMILIA". SALUD MENTAL. VOL. 4 No. 2 VERANO 1981. PÁG. 21. MÉXICO.
- 6) VALENZUELA COTA MA. ASUNCIÓN. "EL CENTRO COMUNITARIO SU ENFOQUE Y FUNCIONAMIENTO". PRESENTADO EN EL CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA, ORGANIZADO POR LA SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA. JULIO 1982. MÉXICO.
- 7) VALENZUELA COTA MA. ASUNCIÓN. "PRESENTACIÓN DEL PSICÓLOGO COMUNITARIO, NUEVO ENFOQUE DE ENSEÑANZA Y SERVICIO", PRESENTADO EN EL CONGRESO MUNDIAL ORGANIZADO POR LA WORLD FEDERATION OF MENTAL HEALTH, WASHINGTON, D.C. 1983.