



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ENEP-IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

**“Un Programa de Prevención a Nivel de Detección
en una Comunidad Aledaña a la cusi, a través
de la Práctica de Psicología Clínica”.**

001
31921
V. J.
1983-3

TRABAJO PROFESIONAL

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

PATRICIA VALLADARES DE LA CRUZ

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A la memoria de
mi Padre, que me enseñó
el amor por los libros
y el estudio

A mi Madre
por su apoyo y
confianza

Para Sam y Jessica.

I.-	Introducción.	1
II.-	El Trabajo del Psicólogo Clínico:	
	A).- Tradicional, Conductual, Trabajo -	
	actual.	5
	B).- Trabajo Comunitario.	14
III.-	Importancia del Trabajo Preventivo. . .	19
IV.-	Formación de cuadros de investigadores-	
	relacionados con la problemática de	
	nuestras comunidades.	27
V.-	Características del Trabajo del Psicólogo	
	clínico dentro de la CUSI	31
	a) Administrativas, b) Personal, c) Es-	
	pacio físico, d) Servicios, e) Críticas.	31
→ VI.-	Programa de prevención a nivel de de-	
	tección.	38
	Resultados.	53
VII.-	Análisis y Conclusiones Finales	65
	Referencias.	85
VIII.-	Apéndices.	91

1. INTRODUCCION.

El presente trabajo se generó a partir de la experiencia docente obtenida en la práctica clínica, en donde uno de los problemas que enfrentamos es que, los estudiantes al terminar la práctica de Psicología Clínica, en su mayoría, conciben el trabajo profesional del psicólogo clínico tan sólo a nivel de consulta particular, quizás esto se deba a la concepción tradicional y generalizada que se tiene del psicólogo clínico, heredada de la medicina y la psiquiatría, como son la forma de trabajo a través de modelos diagnósticos, la incidencia en problemas elegidos a priori, que algunas veces, por la baja frecuencia en que se presentan, no responden a nuestras necesidades de salud, ejemplos de esto es el trabajo con obsesiones y la obesidad; la preferencia por el trabajo correctivo en lugar del preventivo, la falta de estudios a nivel epidemiológico, que nos permitan conocer de antemano a que problemática nos enfrentamos y cuáles son las características de la población a las que va dirigido nuestro servicio.

Si partimos de que la función de la actividad docente universitaria es la formación de profesionales acordes a nuestras necesidades de salud y, que dentro de los objetivos curriculares de la carrera de Psicología y de la CUSI

se encuentra contemplado este objetivo, además de otros, - se establece la necesidad de un programa de detección que nos provea de información de la problemática a la que nos enfrentaremos eventualmente como psicólogos clínicos al -- trabajar en comunidades y cuales son las características - de la población, lo que nos permitirá a mediano plazo deli- mitar cuales son las habilidades que deberá tener el psicó- logo clínico para enfrentarla y a largo plazo nos permiti- rá generar investigación acorde a nuestros recursos que -- nos lleve a conocer la génesis y el mantenimiento de los - problemas.

En la primera parte se hace una revisión acerca de -- cual ha sido el trabajo del psicólogo clínico tradicional- y conductual, y algunos avances actuales. Posteriormente, y como contraparte de la función del psicólogo clínico, se hace una somera revisión acerca del trabajo comunitario y preventivo, considerando a éstos como una alternativa via- ble al desarrollo de psicólogo clínico como profesional -- (Caplan, 1965; Polanco y Seligson, 1960; Ribes, 1960, Roth, 1962).

Ya que el presente surge como un reporte de trabajo - académico, se incluye una revisión acerca de la importan- cia de la formación de investigadores relacionados con la

problemática de nuestras comunidades (Ribes, 1980). Y se presentan también las características actuales del trabajo del psicólogo clínico dentro de la CUSI.

Para la elaboración de un programa de prevención a nivel de detección en una comunidad se partió de los siguientes supuestos:

- 1.- Si conocemos con exactitud cuales son las características generales en que se presentan algunos problemas clínicos (frecuencia, duración, en qué situaciones, etc) y -- cuales son las características demográficas de la población a la que es dirigido nuestro servicio tendremos mayor probabilidad de planear procedimientos terapéuticos apropiados para resolver estos problemas.
- 2.- Si en comunidades con características de 'marginación' existe un alto índice de problemas de interacción en áreas como relaciones maritales, relaciones padres-hijos, alcoholismo y drogadicción, éstos obstaculizan el desarrollo familiar particular y el desarrollo de la comunidad en general. y,
- 3.- Que a partir de la detección oportuna de las características generales en que se presentan algunos problemas clínicos y de las características de la población, es más probable diseñar programas de prevención adecuados para --

anticiparnos a las necesidades de atención.

Por lo que, el objetivo general del programa fue identificar características generales en que se presentan problemáticas de interacción en las áreas de relaciones maritales, relaciones padres-hijos, alcoholismo y drogadicción en una comunidad aledaña a la CUSI, lo que nos facilitará conocer con mayor exactitud cual es la problemática que enfrentamos al trabajar como clínicos en una comunidad.

Este trabajo se implementó a partir de la práctica de psicología clínica (Laboratorio Aplicado VIII) con un equipo de 4 estudiantes que estaban cursando ésta, en el semestre 82-2, y se llevó a cabo en la comunidad de San Miguel-Chalma, en el municipio de Tlalnepantla, aledaña a la CUSI, en donde se encontraban trabajando otras áreas de la carrera de Psicología como son el área de Psicología Aplicada y el área de Educación Especial y Rehabilitación.

II. EL TRABAJO DEL PSICOLOGO CLINICO. TRADICIONAL, CONDUCTUAL, TRABAJO ACTUAL.

A).- Tradicionalmente se ha considerado el trabajo del psicólogo clínico en varios aspectos que Watson, desde 1951, describió con mucha claridad; 1) como aplicador de test mentales (evaluación de inteligencia), 2) evaluador educacional (atraso de rendimiento escolar), 3) evaluador de la personalidad (mediante el uso de pruebas proyectivas), 4) aplicador de pruebas de diagnóstico (evaluación diferencial entre esquizofrénicos e histéricos, por ejemplo) 5) evaluador de déficits o deterioro intelectual y de lesiones cerebrales, 6) evaluador de métodos de tratamiento y 7) como guía y selección vocacional, psicoterapia e investigación, (Yates, 1970).

A partir de la concepción del psicólogo clínico como diagnosticador, su trabajo se utilizó como ayuda auxiliar para el médico psiquiatra con la finalidad de establecer una categoría diagnóstica en la cual encajonar a los pacientes. El psiquiatra era pues, el profesional que tenía la última palabra en la decisión de los tratamientos a utilizar.

Debido a la falta de definición clara y objetiva de lo que era entonces el trabajo del clínico, éstos fueron -

Incorporando, elementos del trabajo médico-psiquiátrico como son el uso de entrevistas estructuradas, la evaluación por medio de test, incluso la utilización de la misma terminología para definir problemas como es el caso de la neurosis, esquizofrenia, etc. Pero tal vez, lo más importante es el manejo del concepto de enfermedad para la explicación de los trastornos psicológicos partiendo de una explicación unidimensional que comprende los dos extremos de un continuo como son: enfermedad-salud, normalidad-anormalidad, además de partir del supuesto que de alguna manera cualquier trastorno psicológico era debido a algún deterioro a nivel fisiológico o genético. Esta problemática trajo consigo que se considera al trabajo del psicólogo clínico como auxiliar, en el mejor de los casos, o como de pseudopsiquiatra en el otro extremo.

Por otro lado, con el desarrollo de la teoría del aprendizaje y con el surgimiento del análisis experimental y el análisis conductual aplicado, se dió lugar a otro tipo de psicología clínica, que de alguna manera daba mayor validez a su trabajo, inicialmente dando al clínico la responsabilidad de su propio trabajo. Yates (1970) lo cita de esta manera.. "el rol más importante que puede y debe cumplir el clínico es el de investigador y no solamente en el largo y detallado entrenamiento y experiencia en los aspectos empíricos y teóricos del comportamiento humano sino, -

lo que más importante en los problemas de diseño para conducir investigaciones en estas áreas..." p.23

A diferencia de sus predecesores, la contribución principal del modelo conductual de aprendizaje radica en el énfasis que da a la metodología. Con este modelo se pretende especificar las relaciones funcionales generales entre variables independientes y clases de respuesta, y descubrir en cada caso los parámetros particulares que afectan estas relaciones; así, dicho modelo se puede aplicar a una amplia gama de problemas de comportamiento, muchos de los cuales no solo se presentan en individuos, sino también en grupos sociales, y su aplicación se ha extendido más allá del alcance de los modelos clásicos anteriores (Kanfer y Philipps, 1970).

Sin embargo, los primeros intentos dentro del análisis conductual fueron trabajos con deficientes mentales en condiciones de control dentro del laboratorio en donde se analizan los Es antecedentes a la conducta problemática, las consecuencias a dicha emisión, los reforzadores, problemas en la discriminación de Es, generalización de Es y la evaluación se llevaba a cabo a través del reporte verbal del Ss. Encontrándose que dicho análisis conductual abarcaba diferentes problemas por medio de diferentes enfoques. Los cuales pueden dividirse en tres enfoques según Yates (1974):

a).- Analítico-Conductual de Goldfried.

....(Goldfried y D.Zevilla, 1969; Goldfried y Kent (1972); Goldfried y Pomeran 2, 1968). Diseñaron lo que llamaron un modelo analítico conductual para evaluar la "competencia" que representaba una forma alternativa para evaluar la personalidad; en el cual se evaluaba la competencia conductual analizando situaciones específicas y las relaciones interpersonales, consistía en 5 etapas: (1)análisis situacional (reunir un conjunto de situaciones en el área de estudio donde existan problemas), (2)enumeración de respuestas (reunir las variedades de Rs posibles en esas situaciones); (3)evaluación de la respuesta (especificación del grado de adecuación de cada una de las respuestas posibles); (4)crear instrumentos de medición y (5)demostrar la validez y confiabilidad de los mismos.

b).- El modelo de diagnóstico conductual de Kanfer.

...Kanfer y Saslow (1969) definieron al análisis conductual como un intento por identificar en la conducta humana clases de variables dependientes que permitan realizar deducciones respecto a determinados factores de control contemporáneos. Es sociales, fisiológicos y reforzantes de los que son función. Según ellos 3 aspectos componen el análisis conductual, (1)la especificación de los patrones con-

ductuales que requieren cambio; (2) la especificación de las condiciones en las que se adquirió la conducta y de los factores que la están manteniendo y, (3) la especificación de los procedimientos prácticos para cambiar los mencionados patrones de conducta. Para lo cual se sujeta la situación problema a un análisis inicial, en términos de déficits y excesos conductuales, después la clarificación de la situación problemática, el análisis motivacional, análisis de desarrollo, análisis de autocontrol, análisis de relaciones sociales y análisis del ambiente social cultural-físico.

c).- Análisis multimodal de Lazarus.

...Para Lazarus el análisis conductual significa prestar sistemática tanto antes, como durante el tratamiento, a los siguientes factores: conducta, afecto, sensación, imágenes, cognición y relaciones interpersonales argumentando que la ventaja principal de una orientación multimodal es que proporciona un marco sistemático donde conceptualizar dentro de un concepto explicativo, de los males que existen..."

De esta manera Yates (1974) continúa con la revisión crítica de estos enfoques "... el meditar la importancia de estos 3 enfoques para el análisis conductual (Goldfried,

Kanfer, Lazarus) deja en relieve 2 puntos sobresalientes: -
cuan distintos son del método defendido por Shapiro, es de
cir de la Investigación Experimental de caso único y, cuan
to se parecen, en la multitud de procedimientos y evalua--
ciones que se recomiendan como de aplicación rutinaria a -
todos los pacientes, a la aplicación de baterías de pruebas
que estuvo de moda en la psicología de los cuarentas y cig
cuentas". p.61

Sin embargo se han logrado interesantes adelantos en
la manera de analizar los problemas a través del sondeo de
las diferentes áreas que pueden estar implicadas en el de-
sarrollo y mantenimiento de la conducta problema, en térmi
nos de déficits y excesos conductuales; utilizando una me-
todología que trabaja con definiciones conductuales claras
acerca de los objetivos o metas de tratamiento, con críte-
rios de cambio claramente identificables. Pero la evalua-
ción conductual, tal vez haya sido el punto de mayor avan-
ce en relación a la terapias tradicionales, Seligson (1982)
señala que ... "la evaluación conductual se caracteriza gene-
ralmente por evaluar varias modalidades como sería el auto
reporte, la conducta no cubierta, las reacciones fisiológi-
cas... Se considera que la evaluación de la conducta nos
provee de una muestra de la misma, en lugar de darnos un -
razgo de personalidad, o sea nos permite una muestra direc-
ta de lo que el sujeto y el terapeuta desean cambiar o mo-
dificar!.., pág.8.

Pero la forma de trabajo sigue siendo estrictamente tradicional ya que no hemos podido erradicar la cuestionable herencia del trabajo médico y seguimos partiendo del modelo diádico, psicólogo clínico-paciente, considerando al primero, como la parte activa y conocedora del problema dejando al paciente la función de simple receptor de información.

Esta forma de trabajo conlleva algunos problemas que quizás utilizando una forma diferente de trabajo se presentarían con menor magnitud. Ejemplo de esto es el inadecuado aprovechamiento tanto a nivel económico de tiempo y esfuerzo por parte del clínico al trabajar con un paciente a la vez, la incidencia en problemas sujetos a condiciones de oferta y demanda de pacientes que generalmente pertenecen a las clases medias, en donde se concibe el trabajo del psicólogo clínico como un servicio que está más en función de la moda que de su necesidad real y, por último a que la proporción de pacientes que utiliza el servicio del psicólogo clínico es reducida en relación a los miembros de la comunidad que potencialmente podrían necesitar el servicio.

Smith y Hobbs (1966) (Citados en Allion y Wright, 1971) ya habían retomado el problema en estos términos... "Desde hace mucho tiempo se ha venido reconociendo la incapacidad

de los actuales programas de salud mental para satisfacer las necesidades de la gente. Los pobres, los desposeídos, los que carecen de educación, los que no ofrecen buenas perspectivas al tratamiento, obtienen menos servicios... -- que lo que justificaría su representación en la comunidad.. El servicio de salud mental más avanzado a propendido a -- ser un lujo de la clase media... la custodia en los hospitales para casos crónicos es un horror para las clases inferiores... la mayor parte del talento terapéutico se ha dedicado no ha resolver nuestro problema medular de salud mental sino a tratar el neurótico educado, relativamente acomodado". p.199

Polanco y Seligson(1978) dan sus puntos de vista de - esta manera"... La relación terapeuta-paciente representa una forma inadecuada para luchar contra los problemas de salud mental, por lo cual es necesario cambiar la conceptualización que se tiene del psicólogo clínico, lo cual se lo se podrá determinar con la especificación del papel que ha de desempeñar el clínico en el contexto en que se desenvuelve como profesional y de la descripción de la población a la que irá dirigido el servicio profesional y el tipo de problemas que eventualmente enfrentará" p.285

Por lo que se hace necesario crear un tipo de Psicología Clínica más comunitaria que individual que nos permita

incidir en capas más amplias de población, aunando a que dentro de los objetivos curriculares se espera que el trabajo del psicólogo este dirigido a aquellas poblaciones -- que por factores socioeconómicos como insalubridad, analfabetismo, altas tasas de natalidad, mortalidad infantil, -- falta de servicios, necesitan asistencia por parte del psicólogo (Ribes, 1980). Aunque como lo señalan Bort y Roth (1980) "...es evidente que esta problemática solo se resolverá por medio de un cambio profundo y radical de las estructuras económicas políticas y sociales y, que los psicólogos clínicos no tenemos en esto la última palabra constituye sin embargo un reto para el científico social y el psicólogo en particular". pág.4

La falta de estudios a nivel epidemiológico que nos permitan conocer la incidencia y prevalencia de los trastornos psicológicos en nuestras comunidades se adicionan a la problemática del trabajo del clínico. Por lo que la única alterna viable para subsanar las deficiencias encontradas es la formación de clínicos más investigadores que aplicadores de técnicas ajenas a nuestra realidad social.

B.- Trabajo Comunitario

Parece ser, que dentro del área clínica en general se han llevado a cabo pocos estudios a nivel comunitario en México, como son los realizados en el Centro Mexicano de Salud Mental sobre estudios epidemiológicos de alcoholismo y drogadicción en comunidades urbanas y marginadas (Natera 1976; Natera G, y Zubieta. M y Castro 1977, Campillo y Medina M y Castro, 1977; Garza y Mendiola y Rabago S, 1980). En estos estudios es evidente la influencia de la medicina dentro de las concepciones de los -- llamados "problemas mentales". De hecho, la epidemiolo-- gía es una rama de la medicina que estudia como se -- transmiten las enfermedades infecciosas, pero se ha ampliado el concepto al estudio de otras enfermedades no -- contagiosas como la diabetes, cancer, la psicosis, que son importantes para la salud pública (Campillo y cols, 1977). Y dentro de ésta, se consideran como objetivos a cubrir -- 1) estudiar la salud de una población a través de la histo-- ria 2) diagnosticar el estado de salud de una comunidad - 3) evaluar programas de prevención y tratamiento 4) com-- pletar cuadros clínicos de padecimientos 5) calcular el -- riesgo que tiene un individuo de contraer alguna enferme-- dad 6) identificar nuevos síndromes y 7) Investigar las causas de una enfermedad. En donde los parámetros a consi-- derar son: la prevalencia que es el número total de casos

presentes en un tiempo dado en una población determinada - (casos antiguos y nuevos) y la incidencia que se refiere a la aparición de nuevos casos dentro de un período de tiempo dado.

Una de las contribuciones interesantes de la epidemiología, es que demuestra que la patología que se observa -- dentro de consultorios y hospitales difiere en gran medida de la que se presenta en las comunidades, en relación a la gravedad, la expresión clínica o el grado de evolución de los padecimientos. En las clínicas y hospitales la patología es más grave y se presenta en fases avanzadas de evolución, es más traumática y menos tolerada por la sociedad. En cambio en la comunidad se encuentran sujetos que pueden ser tolerados socialmente. Aunque ha sido difícil evaluar cuales son las habilidades que deben tener los especialistas en "salud mental" para alcanzar los objetivos planteados. (Campillo y cols, 1977).

Dentro de los estudios específicos sobre psicología clínica comunitaria solo podemos establecer paralelos con los trabajos de psiquiatría comunitaria (Suarez, 1976) con equipos de salud mental comunitarios, en donde se parte de que, la característica primordial del trabajo comunitario es su adscripción a un área de población determinada con la que se responsabiliza en sus aspectos de salud y enfer-

medades mentales, no solo con el objetivo de realizar investigaciones sobre psiquiatría social o poner a prueba hipótesis psicosociales; sin dejar de lado los conocimientos de la psicopatología y de la psiquiatría clínica, los cuales constituyen elementos básicos indispensables para su trabajo.

El propósito de la psiquiatría comunitaria es aceptar la concepción del ser humano como un ser biopsicosocial y consecuentemente con esta Premisa, aplicar los conocimientos de las ciencias sociales y de la conducta e imprimir a todo este conjunto las modificaciones lógicas que el desarrollo de estas últimas ciencias determinan. Así, trasladada el énfasis del individuo enfermo a la familia y de ésta, a la comunidad utilizando a las instituciones psiquiátricas en forma de comunidades terapéuticas, necesita y utiliza todos los recursos de la organización de la salud pública y promueve la participación del hombre en tareas de salud mental de la comunidad en que trabaja. Para lo cual es necesario:

---El diagnóstico de las necesidades de salud mental del área y de su tratamiento preventivo asistencial.

---La práctica de una psiquiatría que tome como objeto de estudio no solo al individuo, sino al hombre en el hogar, la escuela, en el trabajo, en la comunidad.

- Estudios epidemiológicos y socioantropológicos del área.
- Docencia en técnicas comunitarias y preparación de personal.

Para Howe (citado en Solomon y Patch 1972) la psiquiatría comunitaria "tiene la preocupación principal del bienestar psicológico de la población en su totalidad con el objeto de que sus miembros obtengan los servicios necesarios con el fin de sobreponerse a la invalidez y a las enfermedades mentales y alcanzar una salud mental positiva". Entendiendo por "comunidad" a la unidad política, geográfica o funcional, ya sea como miembros de una organización o por medio de nexos territoriales, políticos, religiosos -- étnicos o familiares; los individuos que constituyen una población forman una comunidad al grado de que comparten una herencia o destinos comunes, una cognición de identidad mutua. Si faltan estos atributos se habla de población y no de comunidad". p.365

Las comunidades afectan y alteran el bienestar de generaciones sucesivas de individuos ya sea en forma indirecta o por medio de la familia si dejar de lado las influencias biológicas e individuales; pero recalcando que la salud emocional de los individuos y las familias depende del desarrollo y funcionamiento de las comunidades humanas.

En donde la meta terapéutica, consistirá, en permitir que los miembros de la comunidad asuman o reanuden sus propias responsabilidades sociales y personales lo que reforzará un desarrollo más armónico.

III. IMPORTANCIA DEL TRABAJO PREVENTIVO.

*₁ En el campo de la salud mental y, de la psicología en particular aunque los programas de prevención no son nuevos, se han encontrado diversos problemas para llevarlos a cabo. *₂ [Caplan (1964) fue uno de los pioneros en el trabajo dentro de la psiquiatría preventiva¹ y a partir de este se han desprendido varios trabajos (Goldnston, 1976, 1978, - Howe, 1972 Roth, 1981, 1982, Sarason, 1975)] pero lo cierto es que los trabajos preventivos se encuentran devaluados y mltificados, debido a su falta de especificidad y al vacío metodológico en que se encuentran, Goldnston (1978) señala -- que los programas preventivos han sido considerados como -- "...irrealistas, más allá de la conceptualización, difíciles de verificar, benevolentes y más costosos que benéficos..."

Caplan (1964, p34) señala como programas preventivos a aquellos que sirven para reducir 1) la frecuencia en una comunidad de trastornos "mentales" de todo tipo (prevención primaria) 2) la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (prevención secundaria) y 3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos.]

1 Es válido hablar de psiquiatría social, psiquiatría preventiva y salud mental como sinónimos de acuerdo a su objeto de estudio (Salomon y Patch, 1972).

Para Goldston(1978) la prevención primaria se puede enmarcar dentro de 4 enfoques:

"1) Prevención primaria de enfermedades mentales de etiología conocida. Referente a las aproximaciones médicas dirigidas a enfermedades de etiología conocida en las que se pueden efectuar protecciones específicas como serían problemas crónicos de síndrome cerebrales debido a infecciones como rubéola, sífilis b) desavenencias genéticas, deficiencias nutricionales como, la pelagra c) desavenencias del sistema general como, entoblastosis, cretinismo y d) de accidentes y traumas físicos".

2) Prevención primaria de enfermedades sin etiología conocida. Que serían la mayoría de los trastornos conocidos como la esquizofrenia, psicosis depresión en donde lo importante es planificar y conducir acciones específicas dirigidas hacia problemas específicos y con propósitos determinados.

3) Prevención Primaria de Stress emocional, mal adaptaciones, psicopatología y miseria. Este enfoque se caracteriza por una aproximación educacional psicosociocultural a través de la teoría de la crisis y consistiría en entrenar a los Ss en habilidades específicas con el objeto de reducir el disturbio emocional en la medida de lo posible.

4) Promoción de la salud mental.- Con una aproximación psico-socio-cultural con el objetivo de promover habilidades de competencia social y funcional dentro de la teoría de la crisis, trabajando además en áreas como educación a los padres, educación sexual, educación afectiva en casas y escuelas".

Modelo Conceptual de Prevención Primaria.- (Caplan, 1964).

* "La prevención primaria en su concepto comunitario -- que implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante cierto periodo, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasión de producir enfermedad. No se trata de evitar que se enferme un individuo en especial sino de reducir el riesgo de toda una población, de manera que aunque algunos pueden enfermarse el número sea reducido. Contrasta con la psiquiatría individual orientada al paciente individual que se centra en una persona y se ocupa de las influencias generales solo en cuanto afectan al sujeto. Cuando un programa de prevención primaria se ocupa de un individuo lo ve como representante de un grupo y su tratamiento está determinado no solo por las necesidades de la persona en cuestión, sino principalmente por su relación con el problema comunitario que representa y los recursos-asequibles para enfrentarlo. La información que se recoge

sobre su caso no se usa exclusivamente para el diagnóstico individual, sino también en la formulación de un cuadro de situación de los otros miembros de su grupo o clase.

Ya que no podemos contar con un conocimiento completo sobre las causas de los trastornos mentales la prevención primaria debe actuar sobre los recursos generales de la comunidad y reducir las condiciones que por alguna razón podemos considerar perjudiciales, aunque no podamos citar -- ninguna prueba decisiva de que conducen a un trastorno en particular... Por lo que partimos de la hipótesis de que -- para no sufrir un trastorno mental, una persona necesita -- de continuos aportes adecuados a las diversas etapas de -- crecimiento y desarrollo, estos aportes son: 1) físicos -- (alimentos, vivienda, ejercicio) 2) psicosociales (estimulación afectiva e intelectual) 3) socioculturales (rol social, costumbres, valores) y que la falta de estos aportes generan crisis en los individuos...

La concepción de las crisis como puntos decisivos que pueden tanto acercar como alejar el trastorno, permite así mismo esperar que podamos aprender lo suficiente sobre los factores situacionales corrientes que determinan el desenlace de los mismos, de manera que se haga posible intervenir oportunamente y aumentar la probabilidad de un resultado saludable... Cada crisis representa tanto la oportunidad

de un desarrollo como el peligro de un deterioro psicológico... Lo importante es que durante la crisis, el sujeto experimenta una intensa necesidad de ayuda. Durante el desequilibrio, el sujeto es más susceptible a la influencia de otros que en los períodos de funcionamiento estable...La crisis proporciona a los agentes asistenciales comunitarios una notable oportunidad de desplegar sus esfuerzos con un máximo de provecho e influir sobre la salud mental de los individuos que pasan por ellas..."

* 1 [Por otro lado, la Prevención Secundaria, se refiere a los programas tendientes a reducir la incapacidad debida a un trastorno, disminuyendo el dominio del trastorno mismo, en donde el dominio es la proporción de casos probados, -- tanto los nuevos como las ya existentes. La población -- riesgo incluye a todos los miembros de la comunidad que podrían sufrir el trastorno. La reducción del dominio puede tener lugar de dos maneras 1) haciendo descender la proporción de casos nuevos mediante la modificación de los -- factores que llevaron al trastorno 2) haciendo descender la proporción de los casos declarados al acortar su duración mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. El diagnóstico precoz puede lograrse 1) perfeccionando los medios de diagnóstico de manera que el trastorno pueda identificarse a partir de unos pocos y leves signos y síntomas por alteraciones objetivas mínimas, 2) alertando

a los sospechosos y a sus redes sociales acerca de los indicios más débiles y motivándolos para que procuren una investigación diagnóstica precoz y 3) proporcionando facilidades para que tal investigación se realice sin demora.

El trastorno de un paciente individual debe considerarse generalmente como un índice del desajuste de los sistemas sociales de que forma parte y que ni la etiología ni el pronóstico del trastorno pueden formular adecuadamente si no media una evaluación inicial de los otros elementos del sistema.

En la Prevención Terciaria se procura reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales e incluye a las otras dos formas de prevención. La prevención terciaria actúa mediante la rehabilitación a gran escala de los pacientes para devolverles su máxima capacidad productiva tan pronto como sea posible. Rehabilitación se refería entonces, al tratamiento del sujeto individual y prevención terciaria a la acción en rehabilitación comunitaria.

Dentro de la psicología se habla de prevención a la intervención efectuando antes de que los signos de disturbo conductual se hagan evidentes (Zax y Specter, 1974; citados por Roth, 1982), pero lo cierto es que estos progra-

mas preventivos, siempre han sido dejado de lado por los programas correctivos. Roth (1982) ofrece algunas explicaciones del porque de la supremacía de los programas correctivos en contraposición a los programas preventivos:

1.- "La retroalimentación o de constatación de resultados y hace referencia a la relativa facilidad con la que se obtienen resultados más o menos concretos y a corto plazo al cabo de una intervención correctiva y que contrastan ampliamente con las metas muy a largo plazo que caracterizan a los planes preventivos 2).- otro factor es de tipo motivacional ya que un poderoso incentivo que mantiene el trabajo correctivo es la existencia objetiva de un problema -- cualquiera quien se inclina por el quehacer preventivo carece del empuje normal que proviene de la urgente necesidad de resolver el problema actual, inmediato, prioritario ...Sin embargo no sería acertado desligar del todo a la labor preventiva del problema inmediato, puesto que en última instancia es la ocurrencia potencial de éste, lo que se intenta prevenir. 3).-La inexistencia de adecuados sistemas de evaluación, capaces de proyectar la fiabilidad y sensibilidad necesarias de los resultados del trabajo emprendido, con planes de largo alcance. 4).- Otro adversario de la acción preventiva es el rigor metodológico, el mismo -- que parece menguar en trabajos cuyo diseño debería prever un control experimental de afectos a muy largo plazo a la

usanza de los estudios de seguimiento y longitudinales y -
5).- los tratamientos correctivos parecen tener la ventaja
sobre los preventivos en el hecho de que responden de ante
mano a una relación causal preestablecida, localizada o --
por lo menos supuesta... en cambio en la acción preventiva
la relación causal potencial solo es predicha con la ayuda
de uno o más supuestos circunstanciales que pueden o no --
ser reales y se trabaja con el único objetivo de evitar la
consumación de la relación estimada, lo que suele acarrear
más de un problema teórico-metodológico, entre los que --
debe destacarse la posibilidad real de invalidez de los in-
dicadores en los que basamos la predicción de la relación-
causal". (pág.1)

→ De lo cual podemos concluir que la prevención es el -
tipo de intervención que tarde o temprano proporcionará la
solución para la gran cantidad de problemas que constriñen
la vida del hombre y la humanidad toda, desde la sobrepo-
blación, el crimen la violencia, pasando por la disolución
familiar, alcoholismo y farmacodependencia, hasta los de-
sórdenes emocionales, la contaminación ambiental y los -
trastornos de salud (Roth, 1982).

Es evidente que para que los programas de prevención-
sean efectivos se debe incidir directamente en la familia,
la escuela, en el área laboral y en la comunidad en gene-
ral.

IV. FORMACION DE CUADROS DE INVESTIGADORES RELACIONADOS - CON LA PROBLEMATICA DE NUESTRAS COMUNIDADES.

Partiendo de la premisa de que la Investigación es -- una de las finalidades esenciales de la Universidad Autónoma de México además de la enseñanza y de la difusión de la cultura y dirigida ésta, al conocimiento y a los procedi-- mientos necesarios para solucionar los problemas naciona-- les, se hace necesario establecer programas de Investiga-- ción que generen profesionales investigadores acordes a -- nuestras necesidades de salud y de acuerdo a nuestros re-- cursos.

Ribes(1980) nos dice en este sentido que "en el caso particular de la carrera de psicología, la estructura curricular vigente señala como objetivos fundamentales, la -- formación de profesionales que ejerzan una función preventiva y de investigación, transfiriendo su tecnología a las comunidades marginadas y generando nuevo conocimiento respecto a tecnologías que promuevan la detección desarrollo y rehabilitación de los problemas mencionados en forma prioritaria" pág.238.

Dentro de los objetivos institucionales a llevar a cabo por este programa señala, entre otros:

--- Constituir un instrumento de adecuación permanente de

los objetivos y características del modelo curricular a las condiciones cambiantes de la realidad social y el nuevo conocimiento de la disciplina.

- Proporcionar medios para el desarrollo académico profesional y científico del personal docente, que derive en la producción sistemática de conocimiento y formas de aplicación del mismo.
- Demostrar que la investigación a gran escala puede tener un bajo costo de inversión, si se concibe como parte integral del quehacer docente.
- Incorporar paulatinamente a los futuros y profesionales (ayudantes de profesor y estudiantes) a la investigación en su proceso regular de adiestramiento, con el consiguiente cambio de actitud hacia la enseñanza y el ejercicio profesional que esta medida debe propiciar".

Más adelante, Ribes señala que el objetivo es producir investigación que permita construir tecnologías educativas en sentido amplio y que faciliten el desarrollo de nuevas prácticas sociales en base a dos elementos: a) La transferencia de conocimientos organizados de modo sistemático y operacionales, factibles de manejarse por no profesionales y para profesionales para la solución de problemas concretos; y b) la articulación por vías no formales de nuevas -

formas de organización comunitaria que permitan la socialización efectiva de las formas de conocimiento señaladas en a). p.242.

De acuerdo a estos principios se hace necesario elaborar un plan de trabajo, dentro del seno de la carrera de psicología, que nos permita concretizar los objetivos planteados. Cabría esperar que dentro de la carrera de psicología en Iztacala existan las condiciones y el interés necesario para llevar a cabo programas de investigación, que a partir de la práctica misma delimiten los problemas y -- los describan, así como también se logre delimitar el tipo de población a que se dirige el servicio, haciendo un análisis de sus necesidades, para que a partir de estas investigaciones se deriven tecnologías adecuadas para la solución de los problemas.

Una de las principales ventajas que ofrece el trabajar con programas de investigación dentro de nuestras comunidades es que nos provee de información específica acerca de cuales son nuestros problemas y cuales son nuestras necesidades, dejando de lado, toda la serie de artículos extranjeros que no debemos adaptar a nuestra problemática. - Es claro el hecho de que la mayoría de los programas de investigación, proyectos, etc, no solo de la carrera de psicología, sino en la mayoría de carreras que se imparten en

la UNAM, están ampliamente influenciadas por los trabajos efectuados en los grandes centros culturales extranjeros, especialmente de EUA, debido probablemente a cuestiones de moda científica pero que en poca medida responden a nuestras necesidades de salud. Seligson(1962) plantea esta problemática a través de dos preguntas muy claras "¿porqué la mayoría de las veces esperamos obtener resultados similares a los reportados en los grandes centros de actividad científica? y si ¿La caracterización tecnológica de estos grandes centros son requisito de procedimiento experimental o terapéutico para llevar a cabo nuestra actividad como modificadores de conducta?" y prosigue más adelante que, "el responder a estas preguntas implica hacer una caracterización de las condiciones donde se realizará nuestra práctica y ubicar la problemática de la teoría, práctica e investigación en estrecha correspondencia con las relaciones sociales concretas". pág. 9.

V. CARACTERISTICAS ACTUALES DEL TRABAJO DEL PSICOLOGO CLINICO DENTRO DE LA CUSI.

- a) Administrativas.
- b) Personal
- c) Recursos materiales. Espacio físico.
- d) Servicios
- e) Críticas.

La Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) se encuentra ubicada dentro del campus de la ENEPI, forma parte de los servicios sociales que presta esta institución a la comunidad.

El objetivo primordial de la CUSI es, la formación académica del alumnado a través del trabajo práctico. Además de prestar un servicio social a los miembros de las comunidades aledañas a la misma.

a) Administrativamente, la clínica funciona con un director, médico, que coordina los servicios de medicina, enfermería y trabajo social. Por otro lado, la carrera de psicología trabaja dentro de la CUSI a través de dos áreas, psicología clínica y educación especial y rehabilitación.

A lo interno de cada carrera existen jefes de materia o jefes de área en el caso de Psicología, que coordinan el servicio en cada área.

b) Dentro del área de Psicología Clínica, en particular, el trabajo se lleva a cabo, con un jefe de área que coordina el trabajo auxiliado por 18 profesores que fungen como asesores en el trabajo de diagnóstico y tratamiento realizado por los estudiantes. Por lo general se cuenta con 9 grupos de 25 estudiantes en promedio, que trabajan en equipos de 2 a 4 estudiantes por cada asesor.

Entre los objetivos generales del área se encuentran los siguientes: 1).- Mediante teorías, conferencias y sesiones, habilitar a los alumnos para que adquieran repertorios para el análisis funcional de los problemas clínicos, para el diseño de los procedimientos de modificación de conducta y para la implementación de los mismos, tomando como base los factores contextuales que intervienen en el problema.

2.- Proporcionar consulta clínica a los usuarios del servicio que lo requieran.

3.- Desarrollar actividades de investigación clínica y de servicios de salud.

4.- Planear e implementar un seguimiento adecuado y plantear sugerencias para la intervención clínica a nivel comunitario. (Ponencia presentada por el área de Psicología Clínica en el I coloquio Interdisciplinario de la CUSI)

c).- Recursos Materiales.

Espacio físico.- Se cuenta con 5 cubículos de 3.5 x 3 m aprox. con un sillón para relajación muscular, 1 escritorio, 4 sillas y 1 archivero cada uno.

Material.- Se cuenta con un manual de procedimientos clínicos elaborado por los profesores del área, para implementar, eliminar o mantener repertorios específicos como son habilidades sociales, autocontrol, solución de problemas, reestructuración cognitiva, etc. Se dispone también de inventarios para evaluar Rs de ansiedad social, Rs de placer y ansiedad en conducta sexual, inventarios de miedos, problemas maritales, obesidad, tabaquismo, drogadicción, depresión, asertividad, etc. Además en los dos últimos semestres se ha logrado conjuntar una pequeña biblioteca con algunos libros y artículos clínicos de mayor relevancia.

d).- Servicios.- El único servicio que se presta es el de consulta externa dentro del área de psicología clínica. El servicio está abierto para cualquier gente que vaya a solicitar asesoría voluntariamente y pueden inscribirse en el horario que más les convenga o inscribirse en los diferentes programas establecidos de antemano, como son: problemas maritales, manejo de contingencias, hábitos de estudio,

entre otros o, que hayan sido remitidos por los otros servicios que proporciona la clínica.

El diagnóstico se hace básicamente a través de entrevistas semiestructuradas con el paciente y en algunos casos con colaterales, además de emplear inventarios y autoregistros; lo que nos conduce a la selección de áreas problemáticas, por lo general de acuerdo a la clasificación de Kanfer y Grimm, 1977). La evaluación se hace a través del autoreporte del paciente, su autoregistro y la evaluación directa de los cambios conductuales, por medio de observaciones hechas exclusivamente en los cubículos a través de técnicas como juego de roles, ensayo conductual, entre otras.

Tipos de tratamiento.- El tratamiento depende del problema específico de que se trate y lo conforman técnicas derivadas del análisis conductual aplicado, como son el modelamiento, reforzamiento diferencial, castigo, imitación, seguimiento de instrucciones, usadas dentro de programas más generales como son el de autocontrol, habilidades sociales y solución de problemas, etc.

Rutinas.- En el día existen 4 turnos de 3 horas cada uno, que van desde las 7 am hasta las 9 pm. Cada grupo se hace cargo de un turno, distribuidos de tal manera que cada grupo tiene sesiones dos o tres veces por semana, de 3hs.

cada sesión. Cada grupo se divide en equipos de dos a cuatro alumnos cada uno y éstos pueden elegir libremente en el programa que desean trabajar. El trabajo se organiza como sigue: en la primera hora, los estudiantes junto con el asesor preparan la sesión de trabajo, en la siguiente se da la consulta al paciente y en la última se hace el análisis del trabajo realizado y se programa las tareas para la siguiente sesión.

e).- Críticas.-

A partir de esta revisión parece ser, que existen dos problemas fundamentales y que están íntimamente ligados entre sí, que enfrentamos dentro de nuestra práctica clínica que son: la forma de trabajo y la población en la que incidimos.

Forma de trabajo.- El énfasis que se ha hecho para -- trabajar con programas de tipo correctivo nos ha orillado a limitar nuestro servicio a solo trabajar con cierto tipo de problemas clínicos que nos parecen importantes o que genéricamente se consideran como importantes, lo que nos conduce en el mejor de los casos a esperar en nuestros consultorios a que la gente se inscriba en cada uno de los programas o, por otro lado, sujetarnos a la demanda de pacientes que llegan independientemente, con un problema particular, con el consabido desperdicio de tiempo y trabajo que determina el trabajar con un paciente a la vez.

Para quizás lo más importante es, que el énfasis que se da al trabajo correctivo nos conduce a la mera implementación de tecnología no pocas veces importada de los centros culturales desarrollados muy diferentes a nuestras necesidades de salud, lo que hace de la psicología clínica - un quehacer más pragmático que científico.

Tipo de población.- El tipo de población en que incidimos, podría decirse que la única característica en común, es su heterogeneidad, aunque cada vez se atienden un mayor número de personas de las comunidades aledañas, el número sigue siendo reducido en comparación de la población que - potencialmente podría utilizar el servicio. Además de que el 44% de los pacientes atendidos desertan del tratamiento antes de terminar el semestre.²

Aunque las causas de deserción no han sido investigadas sistemáticamente, podríamos inferir que pueden deberse, entre otras, a la falta de difusión de la función del psicólogo clínico, su trabajo dentro de la CUSI y de cuales - son los problemas con que se trabaja. Adicionando también que nos hemos delimitado claramente hacia que tipo de población nos dirigimos y no tenemos datos que nos permitan

2) Tomado de una muestra de 7 profesores del turno matutino del semestre dl-2.

conocer cuales serfan entonces sus necesidades. Seligson - (1982,p.7) retona el problema de la siguiente manera "... el ser capaz de afirmar y entender claramente hacia que tipo de pacientes o poblaci6n nos dirigimos y que beneficios podemos obtener al dise~nar una terapia especfca o sea si los t6cnicas actuales nos permiten realmente resolver todos los problemas, en caso de que no sea asf cuales podemos resolver y que cambio esperamos de esas intervenciones...". Es aquf donde se hace necesario realizar investigaciones aleda~as a la CUSI y detectar cual es su problematfca clfnica y entonces si evaluar, si las terapias utilizadas son las m~s adecuadas para solucionarlas.

PROGRAMA.

A partir de la revisión teórica anterior, y de las siguientes consideraciones, se decidió implementar, un programa de prevención a nivel de detección de problemas clínicos en la comunidad.

1.- La importancia de trasladar el trabajo del psicólogo clínico del cubículo a la comunidad, lo que nos permitirá enfrentarnos directamente con la problemática y las necesidades particulares de la misma; lo que nos facilitará no estar expuestos exclusivamente a las condiciones de oferta y demanda del trabajo tradicional del psicólogo clínico.

2.- La innegable necesidad de trabajar con programas de prevención que nos auxiliarán a anticiparnos a las necesidades de asistencia (Caplan, 1962; Goldnston, 1978; Ribes, 1980; Roth, 1982).

3.- La consideración de la importancia de los programas de detección que nos permitirán evaluar a qué tipo de problemas nos enfrentamos y cuáles son las características de la población a la que va dirigido nuestro servicio, lo que a largo plazo nos ayudará a planear procedimientos más adecuados para solucionar éstos, o si es necesario hacer ajustes importantes a nivel teórico y metodológico para solven

según



tarlos y/o a partir de la clarificación de estos diseñar programas de prevención (Polanco y Seligson, 1979) (Seligson, 1982).

4.- El valor formativo para los alumnos que cursan la práctica de psicología clínica, al analizar como ha sido el desarrollo del trabajo del psicólogo clínico y, al trabajar con programas de investigación y no exclusivamente aplicando técnicas, lo que de alguna manera permitirá que los alumnos al salir de la práctica clínica aplicada no conciben el trabajo del clínico, solamente a través de consultorios particulares.

IZT. 1000342

5.- La inaplazable oportunidad de trabajo interáreas dentro de la misma comunidad, lo que nos proveerá de retroalimentación entre los mismos, acerca del trabajo del psicólogo en la comunidad.

OBJETIVO GENERAL.- Identificar características generales en los problemas de interacción en las áreas de relaciones maritales, relaciones padre-hijos, alcoholismo y drogadicción en una comunidad aledaña a la CUSI. Lo que nos permitirá conocer con mayor exactitud cual es la problemática que enfrentamos al llegar a trabajar como psicólogos clínicos en una comunidad.

Partiendo de los siguientes supuestos:

1.- Si conocemos con exactitud cuales son las características generales en que se presentan algunos problemas clínicos, ésto es, con que frecuencia, duración en que situaciones, etc, y cuales son las características demográficas de la población (sexo, edad, escolaridad, ingreso, núcleo familiar, etc) a la que va dirigido nuestro servicio tendremos mayor probabilidad de planear a largo plazo procedimientos terapéuticos apropiados para resolver estos problemas.

2.- Si en comunidades con características de 'marginación' existe un alto índice de problemas de interacción en relaciones maritales, relaciones padre-hijo, alcoholismo y drogadicción éstos obstaculizan el desarrollo familiar particular y el desarrollo de la comunidad en general.

3.- A partir de la detección oportuna de las características generales en que se presentan algunos problemas clínicos y de las características de la población es más probable diseñar programas de prevención adecuados para anticiparnos a estas necesidades de atención.

METODO.

DELIMITACION DEL CAMPO DE INVESTIGACION.- Se trabajó en -- una comunidad aledaña a la CUSI, ya que dentro de los objetivos de la Institución se encuentra, el servicio social -

que se debe prestar a la comunidad y a que dentro de los objetivos curriculares de la carrera, se plantea el trabajo de alumnos y profesores directamente en la comunidad. - Además de que su cercanía geográfica facilita el acceso de los miembros de la comunidad hacia la clínica y de los - - alumnos y profesores de la ENEPI hacia la comunidad.

Así mismo se tomaron en cuenta como elementos importantes:

a) Que en ella existieran grupos organizados de trabajo ya formados por otras áreas de la carrera de psicología, como son el jardín de niños formado por el área de psicología social aplicado o grupos de educación especial y rehabilitación formado por esta área.

b) Que la comunidad estuviera considerada como 'marginada' entendiendo a ésta como "aquella comunidad donde existan deficientes servicios públicos, de salud, educativos, recreativos, problemas de vivienda, altos índices de desempleo y subempleo e ingresos económicamente bajos" (Brea y Correa, 1980; Roth 1980) y que estuviera considerada como 'marginada' por los otros miembros de las áreas de la carrera de psicología que trabajan en ésta.

La comunidad que se seleccionó fue la de San Miguel - Chalma ubicada dentro de los límites del Municipio de - -

Tlalnepantla, cercana a la ENEPI, en la que desde hace 5 años se encuentran trabajando grupos de la carrera de Psicología como el área de Psicología Social Aplicada, área de Educación y Desarrollo y el área de Educación Especial y Rehabilitación.³

SELECCION DE SUJETOS.- Se trabajó con una muestra de 20 madres seleccionadas al azar, asignándoles un número a cada una de las madres de una población, de 55 madres escogiendo las aleatoriamente; del Jardín de niños de la comunidad, asesorado por el área de Psicología Social Aplicada, cuyos hijos asistían a dicho jardín, y con un rango de edades entre los 18-27 años, con ocupación en el hogar.

LUGAR DE TRABAJO.- Un salón de 1.5m x 2m aprox. que contaba con 3 bancas de madera de 1.50 m de largo, 1 pizarrón y una mesa; ubicado en el patio de la casa donde trabajaba el grupo de Educación Especial y Rehabilitación, -- asesorado por una profesora de esta área dentro de la comunidad.

Cubículo 3 del área de Psicología Clínica en la CUSI.

EQUIPO DE TRABAJO.- Un equipo de 4 alumnos de 6o. semestre que cursaban la práctica de Psicología Clínica Apli

3) Ver apéndice 6 con una breve monografía de la comunidad de San Miguel Chalma.

cada y que a su vez cursaban la práctica de Psic.Social -- Aplicada dentro de la comunidad de San Miguel Coahuila. Esta condición facilitaba enormemente el trabajo ya que los -- alumnos al terminar sus 2 hrs. diarias de trabajo en el -- Area Social, sin necesidad de trasportarse de un lugar a -- otro, iniciaban la práctica de Psic.Clinica; además de -- que estaban compenetrados directamente con la problemática de la comunidad.

MATERIAL.- Cartulinas blancas, lápices, plumones, -- cuestionarios y vestuarios para los sociodramas.

SISTEMA DE EVALUACION.- El principal instrumento de -- evaluación utilizado en este estudio fue el cuestionario, -- dadas las características propias del trabajo, como fueron: el trabajar con grupos, las características de los Ss (baja escolaridad, madres de familia con ocupaciones en la mañana y que asistían con sus hijos pequeños) tipo de local (reducido, con poca iluminación y ventilación), tiempo disponible para obtener información, así como también del tipo de datos que se deseaba obtener (perfiles generales en que se presentan estos problemas) se escogió como el instrumento más adecuado. Además de que los cuestionarios -- han jugado siempre un rol importante en la evaluación de conductas de consumo, evaluación de opiniones públicas, -- epidemiología, evaluación de actitudes y evaluación general

en sociología y psicología social (Haynes, 1977).

Los cuestionarios también han sido utilizados frecuentemente en la evaluación de conducta asertiva, conducta social, desórdenes psicofisiológicos, miedos, patrones de beber, orientación sexual o usados para evaluar la preintervención.

Algunas ventajas del cuestionario sobre otros sistemas de evaluación son: 1) económicas, es decir, con pocos recursos se puede abarcar una mayor área geográfica y alcanzar a un mayor número de personas, se utiliza también un menor número de tiempo para llegar al mismo número de sujetos 2) existe una mayor libertad de respuesta debido al anonimato de los sujetos, hay menor riesgo de distorsiones en cuanto a que no sufren las influencias preventivas del encuestador; por lo menos en menor medida que en una entrevista (Ander-Egg, 1979). Aunque si bien es cierto que los cuestionarios tienen algunas dificultades como son: el riesgo elevado de preguntas sin respuesta, la exclusión sistemática de analfabetos, la imposibilidad de ayudar a los sujetos si no entienden las preguntas y sobre todo, la dificultad para realizar el control y verificación de la información.

El primer cuestionario utilizado fue un estudio socioeconómico elaborado dentro del área de psicología clínica-

(apéndice 1) en donde se obtiene información general acerca del número de personas que componen el núcleo familiar y sus características (edad, sexo, escolaridad, ingresos)- ingreso por familia y su distribución; tipo de alimentación; hábitos higiénicos; servicios médico-asistenciales; actividades del núcleo familiar y por último vivienda y -- servicios públicos.

Para la evaluación de relaciones maritales se tomó como base el inventario de Stuart (197) que ilustra el grado de especificidad deseada de los cuestionarios conductuales, ya que provee información de varios de los niveles de ajuste marital pero también información específica en la -- tasa de variación de conductas maritales positivas y aver-sivas.

En este cuestionario se evaluaron diferentes áreas -- que se consideran importantes para el ajuste marital como son expectativas (metas y planes) toma de decisiones, comu-nicación, relaciones sexuales, manejo de los hijos y su -- apreciación general acerca del matrimonio. (ver apéndice - 2).

Para la evaluación de la interacción entre padre-hi--jos se tomó en cuenta algunas relaciones de contingencia -- que dan los padres a los hijos, es decir, Rs de los padres ante conductas inadecuadas de los hijos como hacer berrin-

ches, no obedecer, robar, etc. Así como también las Rs de los padres a conductas deseables como tener buenas calificaciones. La variedad de Rs se evaluó entre si reforzaban positivamente, castigaban o ignoraban las conductas de los hijos y de que manera lo hacían. Se evaluó también el área de comunicación, en términos de si los padres escuchaban las opiniones de sus hijos, o si lo hacían cuando los hijos tenían algún problema, o si platicaban acerca de eventos, como ver tv. (apéndice 3).

Por el cuestionario de alcoholismo, se trabajó con un cuestionario conductual en donde se obtiene información demográfica general y, acerca de los patrones de beber como desarrollo inicial, patrones concurrentes de consumo, conductas y síntomas asociados al beber, motivación para el beber y actitudes. Este cuestionario fue tomado de un estudio de investigación elaborado por Roth (1982). (Apéndice 4).

Por la evaluación del consumo de drogas se elaboraron 2 tipos de cuestionarios, uno dirigido hacia los padres en donde se evaluó el consumo de drogas legales como los medicamentos y con que características, así como también algunas actitudes acerca de la drogadicción y las consecuencias que darían a los hijos por emitir este comportamiento. El segundo cuestionario estaba dirigido hacia los jóvenes-

en éste, se evaluaba el desarrollo del problema patrones de consumo, tipo de drogas usadas, patrones concurrentes y síntomas asociados con la ingestión.

Se siguió esta secuencia (problemas maritales, padres hijos, alcoholismo y drogadicción) debido a que se partió de la concepción de 'familia' como el primer y más importante escenario en donde se lleva a cabo el aprendizaje social y a que si existe una relación marital deteriorada, - en términos de deficiencias en las áreas antes mencionadas, existirá una mayor probabilidad que estos problemas repercutan negativamente en el desarrollo general de los hijos - y, que en edades tempranas puedan manifestarse en forma de berrinches, bajo rendimiento escolar, etc. y en problemas de alcoholismo y drogadicción en hijos mayores. (Saranson, 1975, Roth, 1980).

Objetivos Colaterales.-

Dadas las características de trabajo dentro de la comunidad, se consideró poco ético trabajar exclusivamente con el programa a nivel de detección sin ofrecer ningún tipo de servicio más directo a la comunidad; por lo que se diseñaron algunos objetivos colaterales al programa, los que de alguna manera proveyeran de información acerca del trabajo del psicólogo clínico dentro de la CUSI y de los problemas generales a los que se avoca.

Así pues los objetivos fueron los siguientes:

Objetivo Específico 1.- Que los miembros de la muestra --
distingan las funciones del psicólogo clínico en general y
sus funciones dentro de la CUSI con la finalidad de promo-
ver el servicio de salud que ofrecen los psicólogos en par-
ticular y la Clínica Universitaria en general.

Objetivo Específico 2.- Que los miembros de la muestra se-
leccionada adquieran información acerca de las causas, con-
secuencias y tratamientos generales de los problemas antes
mencionados y de la importancia de éstos en el desarrollo-
familiar y social.

PROCEDIMIENTO:

Fase 1: Da información sobre la comunidad.

1.- Se organizaron sesiones de discusión con el profesor y los alumnos de psicología social aplicada que trabajaban en el jardín de niños así como también con la profesora del área de educación especial y rehabilitación. Con la finalidad de: 1) analizar los objetivos planteados en el programa y la forma de implementación del mismo y 2) para obtener información acerca del trabajo de estas áreas en la comunidad y llegar a acuerdos de trabajo interáreas así como también obtener información relevante acerca de las características demográficas de la población.

1.1.- Se organizaron sesiones de discusión con los padres de familia del jardín de niños y del centro de educación especial para informarles acerca de los objetivos del programa. Y que estos a su vez, nos retroalimentaran acerca de sus dudas y expectativas en relación al programa.

1.2.- Esta fase se llevó a cabo dentro del cubículo de la CUSI y consistió en 2 etapas:

a) Los alumnos del equipo de trabajo junto con el profesor analizaron en sesiones de discusión las funciones del psicólogo clínico, problemas en que incide y la importancia del trabajo comunitario con la finalidad de que tuvieran

una visión más amplia del trabajo del psicólogo clínico.

b) Cada alumno eligió un problema en particular de los seleccionados de antemano en el programa: relaciones maritales, relaciones padres-hijos, alcoholismo y drogadicción y elaboró una conferencia en donde se desglosó el problema en términos de su posible etiología, variables involucradas, mantenimiento y tratamientos utilizados 2) cada alumno diseñó un sociodrama en donde se escenificó el problema en turno 3) cartulinas con cuadros sinópticos con la información relevante de las conferencias para facilitar el entendimiento de las mismas. La finalidad de esta fase era diseñar el material necesario para lograr el objetivo colateral 2.

Así también se discutieron los cuestionarios elaborados y se analizaron sus ventajas y desventajas.

Fase II.- Trabajo en la comunidad.

Organización de las sesiones.- Se programó una sesión por semana, los lunes o miércoles de 11.30 a 1 pm dependiendo de las actividades programadas por las tres áreas de la carrera de psicología que trabajábamos en la comunidad.

Las sesiones se dividieron de la siguiente manera: La primera hora se dedicó a la entrega de cuestionarios y su

solución, la siguiente hora estaba dividida en dos partes, en la primera se escenificó el sociodrama y en la segunda se dieron las pláticas conferencia del problema en turno.- En la siguiente media hora se formaron grupos de discusión con las señoras, se les preguntaba acerca de sus dudas y se daban posibles soluciones. Los problemas tratados tuvieron la siguiente secuencia: la función del psicólogo -- clínico, problemas en que incide y su trabajo dentro de la CUSI 2) problemas en las relaciones maritales 3) relaciones padres-hijos 4) alcoholismo y 5) drogadicción.

11.1.- Aplicación de cuestionarios.- En esta parte, se reunió a las madres y se les explicó la importancia de los cuestionarios, en el sentido de lo significativo que era para todos el conocimiento del nivel en que se encontraba cada familia en relación con los problemas tratados, además del valor que representaba que nos dieran datos veraces.

El profesor leía cada una de las preguntas y explicaba ampliamente a que se refería, para evitar posibles confusiones. Los alumnos se dividían en grupos de 5 madres - cada uno, algunos tenían que llenar los cuestionarios -- ellos mismos, con las Rs que iban dando las madres, pues algunas de ellas no sabían leer y escribir.

11.2.- Sociodrama.- En esta parte, al alumno que le-

correspondía tratar el problema, diseñó escenas en las cuales se representaban caracterizaciones típicas de una situación conflictiva relacionada con el problema. A cada uno de los alumnos y el profesor se les asignaba un papel a desempeñar, por ejemplo en el caso de relaciones maritales, uno la hacía de esposo, otra de esposa y los otros dos de hijos. El ejemplo consistía en una familia que se enfrenta a una situación conflictiva (no dejan entrar a sus hijos a la escuela porque les falta el material escolar que se les exige). En la primera escena se ejemplifica el caso de la madre que no sabe la manera más adecuada de comunicarse con su cónyuge y éste no le presta atención. En la siguiente la madre exige de manera agresiva dinero para el material. En éstas, los cónyuges no llegan a ningún acuerdo. En la última escena los cónyuges se prestan atención mutuamente y buscan juntos las posibles soluciones. Se les explicó a las madres que no eramos actores y que centraran su atención en el comportamiento de los esposos.

11.3.- Plática-conferencia.- En esta parte, a cada alumno le correspondía exponer un tema que, había sido elaborado, revisado y discutido de antemano por todo el equipo. Auxiliado por cartulinas con cuadros sinópticos explicaba a las madres de familia el desarrollo, las causas, el mantenimiento y el tratamiento psicológico del problema en

turno, se daban ejemplos y se pedía a las madres que formularan todas las preguntas que consideraran necesarias.

11.4.- Grupos de discusión.- Se formaron grupos de discusión entre las madres y los alumnos acerca del tema seleccionado, el alumno encargado del tema fungía como moderador del grupo. Se hizo énfasis en las posibles alternativas para la solución del mismo; ésto es, se retomó la hipótesis de que a partir de una relación marital deteriorada es más probable que ésta tenga efectos negativos en el desarrollo de los hijos en general, que estos puedan manifestarse en forma de berrinches, bajo rendimiento escolar en los niños pequeños, por ejem., y, en problemas más graves con los hijos mayores como alcoholismo y drogadicción. Tomando siempre en cuenta que ésta es, solo una de las múltiples causas que pueden originar estos problemas, por lo que es importante su prevención. Enfatizando además que los problemas no son individuales sino que obedecen a toda una conjunción de factores socioeconómicos políticos y culturales y en ese sentido es necesaria su participación activa en la solución de los mismos.

RESULTADOS:

a) Resultado del cuestionario de relaciones maritales.- --
Los resultados se describieron de acuerdo a algunas de las

Áreas que Stuart (191)) considera importantes dentro de la relación marital como son toma de decisiones, actividad sexual, actividades familiares, metas para la familia, comunicación cuidado de los niños y felicidad general.

El 100% de las madres entrevistadas reportó no haber estado casada anteriormente.

En las primeras preguntas del cuestionario se hacían respuestas abiertas acerca de lo que les gustaba de su relación actual; a lo cual el 100% de las madres reportaron en primer lugar; que el esposo trabaje, que ayude a labores domésticas y que conviva la esposa e hijos. Se les pidió también que enumeraran tres cosas que les gustaría que su esposo hiciera. El 100% reportó en primer lugar que el esposo participara en el cuidado de los hijos y en segundo lugar, que el esposo conviva con la familia en actividades recreativas.

En cuanto a las metas para la familia el 60% reportó el deseo de comprar una casa o terreno, el 20% planes para conseguir trabajo, y el 20% "superarse".

Toma de decisiones en su vida matrimonial general. - -
El 50% reportó que las decisiones las toma el esposo, el 40% contestaron que ambos y el 10% la esposa.

Toma de decisiones en el aspecto laboral, específicamente si trabaja la esposa.- El 90% reportó que el esposo es el que toma esta decisión y el 10% la esposa.

Toma de decisiones en cuanto al número de hijos.- El 50% reportaron que ambos tomaban esta decisión, el 30% la tomaba la esposa y 20% el esposo.

Toma de decisiones en como alabar o castigar a los hijos.- El 75% reportó que la madre era la que tomaba la decisión, el 15% ambos y el 10% el padre.

Toma de decisiones en cuanto a convivir con la familia política.- El 45% es el esposo, el 35% la esposa y el 20% ambos.

Toma de decisiones acerca de relaciones sexuales en cuanto a la frecuencia.- El 60% el esposo toma la decisión, el 30% ambos y 10% la esposa. En forma como tener relaciones sexuales el 55% el esposo, el 35% ambos y el 10% la esposa.

Toma de decisiones en el aspecto económico.- El 55% ambos, el 30% esposa el 15% el esposo. (figura 1).

En el área de comunicación.- La primera pregunta (10 en el cuestionario) se refería a si las esposas entendían

lo que los cónyuges querían comunicarle, el 55% reportaron que casi siempre, el 40% algunas veces y el 15% nunca. En cuanto a la pregunta de si pedía al esposo cosas que hiciera por su pareja, el 50% reportó que casi siempre, 40% algunas veces y el 10% casi nunca. Otra pregunta se refería a si se mostraba interesada en lo que su cónyuge quiere comunicarle, el 40% reportó que casi siempre 40% algunas veces y 20% casi nunca. (figura 2).

Area sexual.- Se hicieron tres preguntas en las cuales se cuestionaba que tan satisfactoria era su relación sexual en cuanto a: frecuencia.- el 50% reportaron que era muy satisfactoria, 45% satisfactoria y el 5% insatisfactorias, b) la forma de realizar el acto sexual.- el 50% reportaron como satisfactorio, 40% muy satisfactorio y 10% insatisfactorio y c) acerca de la amabilidad con la que se tratan durante el acto sexual.- el 65% que muy satisfactorio, 35% satisfactorio, 0% insatisfactorio. (figura 3).

Acuerdos en la educación de los hijos. En esta área se preguntó que tan de acuerdo están los cónyuges en la forma de educar a los hijos, en el inciso a) se refiere al acuerdo entre ellos para reforzar positivamente a los hijos cuando se comportan adecuadamente, el 60% contestaron estar muy de acuerdo, el 25% poco acuerdo y el 15% en-

desacuerdo, en b) en cuanto a las responsabilidades de los hijos, el 75% reportaron estar de acuerdo, el 10% poco acuerdo y el 15% en desacuerdo. c) cuando castigar a los hijos.- el 50% reportó estar muy de acuerdo, 30% poco acuerdo y 20% en desacuerdo.

Area de felicidad general.- Se refería acerca de su "sentir" acerca del matrimonio en a) se cuestionó si su matrimonio era feliz, el 55% contestaron sí, el 30% regular y el 15% no. b) se refirió acerca de sus expectativas en términos de ser más feliz, 75% reportaron que sí, 25% no saben, y en c) se refirió a si desean continuar con su matrimonio, 85% contestaron que sí y el 15% no saben 0% -- contestó que no. (figura 4).

b) Resultados del cuestionario de relaciones padres-hijos.

Número de hijos.- Estaban dentro de un rango de 1 a 7 hijos en donde el 35% tenía 2 hijos, el 30% tres hijos, el 15% 4 hijos, 5% uno, 5% 6 y 7.

Se dividieron en tres grupos de acuerdo a la edad: niños de 1 a 12 años b) niños de 13 a 18 años y jóvenes de 21 a 25 años. Se agruparon las respuestas dadas por las madres ante las conductas inadecuadas de los hijos, respuestas de las madres ante las conductas adecuadas de los

hijos y el nivel de comunicación entre ambos.

Respuestas de las madres ante conductas inadecuadas - de los hijos.

- Ante la cond. de no obedecer.- El 50% le pegan, el 35% los regañan y el 15% le explican.

- Ante los berrinches.- El 35% les pegan, el 45% los ignoran, el 10% les dan lo que quieren y 10% hablan con ellos.

- Ante la conducta de no querer comer.- El 60% los deja -- hasta que quieran comer, 25% les dan a fuerza y el 15% -- otra, como regañarlo, acusarlo con su papá entre otras.

- Ante romper objetos.- El 40% los regaña a gritos, el 50% los castiga y el 10% le pegan.

- Ante respuestas de agresión hacia otros niños sin motivos.- El 60% de las madres los regañan, el 20% los castigan, 10% le pegan y 10% otra.

- Ante la conducta de robar. El 50% les pegan, el 30% lo castigan y regañan, un 10% se lo dejan y 10% lo acusan con el papá. (figura 5).

Respuestas de las madres ante conductas adecuadas de los hijos.

- Tener buenas calificaciones.- El 55% los premian (verbalmente) y el 45% les dicen que están cumpliendo con su obligación. (figura 6a).

Dentro del área de comunicación:- Se les cuestionó -- que hacían cuando sus hijos le preguntaban algo, por ejemplo acerca de un programa de t.v.; el 80% les explican, -- 10% les dice con atención, y 10% otra. (figura 6b).

Le pide a sus hijos que les muestren sus calificaciones.- El 90% reportaron que sí y el 10% a veces.

c) Resultados del cuestionario de alcoholismo.- Estos -- cuestionarios fueron contestados por los esposos de las señoras que conformaban la muestra para lo cual fue necesario hacer una sesión el sábado, a los padres que no asistieron a la sesión fue necesario visitarlos en sus casas.- Primero se hicieron algunas preguntas acerca de sus patrones de bebida, tipo de bebida predilecta, frecuencia del beber, situaciones en las que se da la conducta, consecuencias a ésta, tanto físicas como sociales y finalmente algunas actitudes acerca del consumo de alcohol.

En la primera pregunta se cuestionó si era su costumbre acompañar acontecimientos sociales con la bebida.- 10% respondió que nunca, 10% esporádicamente, el 65% reportó -

que algunas veces, 15% siempre. En cuanto a si sus familias toman, el 40% reportó que no y el 60% que sí.

La bebida más preferida fue para el 55% fue la cerveza, el 30% brandy, 10% tequila y 5% vodka. (figura 7).

En lo referente a hace cuanto tiempo empezó a beber.- el 20% no se acuerda, el 5% hace menos de 5 años, y el 75% hace más de 5 años.

Ante la oportunidad de consumir alcohol.- el 5% evita la situación, el 50% aceptan la invitación, el 20% aceptan muy forzados y el 15% los Ss las proponen. Y el tiempo -- que le dedican a esta actividad se dividió así: 30% la dedican media hora o menos, 30% de tres a seis horas, 20% de seis a 24 h. y 20% perdían la noción del tiempo.

En cuanto a la cantidad de alcohol que consumen, el 60% si pone atención a la cantidad que consume, el 40% no ponen atención en la cantidad que consumen, tomando en cuenta solo las dos últimas ocasiones en las que bebieron.- el 10% de los Ss reportó haber tomado solo un vaso, el 20% medio litro, el 30% un cuarto de litro, 10% tres cuartos de litro, 20% un litro y 20% más de dos litros.

De acuerdo a la preferencia de horario para tomar bebidas alcohólicas el 5% reportó tomar solo en las mañanas,

el 10% al medio día, 40% por la tarde, 10% por la noche y el 35% a cualquier hora.

El 95% de los sujetos beben acompañados y solo 5% bebe solo.

De los motivos más comunes que se ponen de pretexto - para beber encontramos que el 40% mencionaron como pretexto la celebración de algún acontecimiento, 40% para convivir con amigos, 10% por problemas familiares, 10% para sentirse tranquilos.

Relaciones familiares con respecto al consumo de alcohol. Cuando los entrevistados toman en su casa, al 30% - los dejan tranquilos, 40% platican con ellos y en el 30% - el cónyuge toma con ellos.

Cuando los sujetos no toman, el 50% reporta que la relación con la familia es muy buena, 30% reportaron que es buena, 10% regular y 10% mala.

Cuando si beben, el 50% reportó que sus relaciones -- permanecen iguales, el 30% que empeora y el 20% no se han fijado. (figura 8).

Consecuencias físicas para el beber.- El 100% reportó tener malestares como vómitos, dolor estomacal y dolor de cabeza poco después de beber, el 30% reportaron tener alu-

cinaciones y olvidos. (figura 9a).

Intentos de solución al problema.- En cuanto a si necesitaban ayuda para dejar de beber, el 60% reportó no necesitar ningún tipo de ayuda, el 30% reportó que sí necesitaban ayuda y el 10% estuvieron indecisos.

El 60% ha intentado dejar de beber, unos por decisión personal, uno por motivos religiosos, también por presiones familiares y uno por tratamiento médico, el 40% no ha intentado dejar de beber. (figura 9b).

En cuanto a algunas actitudes acerca del consumo de alcohol se encontraron los siguientes datos:

Supuestos beneficios del consumo de alcohol como lo siguiente: "Tomar facilita la comunicación" el 30% reportó estar en desacuerdo, 30% en contra 20% de acuerdo y 20% indecisos: "Los que toman se hacen más valientes" el 50% estuvo muy de acuerdo, 20% de acuerdo, 10% en desacuerdo, 5% en contra y 5% indeciso. "El tomar alcohol aumenta la potencia sexual" el 50% estuvo en desacuerdo, 30% estuvieron en contra, 10% indecisos y 10% muy de acuerdo.

Efectos negativos del consumo de alcohol.- Como las siguientes opiniones "El alcohol es malo para la salud" el 50% estuvo muy de acuerdo, el 40% de acuerdo y el 10% en -

contra. "El alcohol afecta la relación familiar" 45% muy de acuerdo, 35% de acuerdo y 20% indecisos. "Quienes toman alcohol no hacen bien su trabajo" el 40% estuvo muy de acuerdo y el 60% estuvieron de acuerdo, hubo 0% opiniones en contra (figura 10).

d) Resultados del cuestionario de drogadicción.- Este cuestionario se inició con la obtención de algunos datos socioeconómicos, para tener confiabilidad con los obtenidos en el primer cuestionario socioeconómico, así como también se retomaron algunas preguntas sobre alcoholismo. En cuanto al consumo de drogas se inició preguntando sobre el consumo de drogas legales como medicinas y las características de este consumo; para inducir posteriormente las respuestas sobre consumo de drogas.

El índice de tomar medicamentos es bajo, el 40% reportó que algún miembro de la familia toma medicamentos, el 80% de éstos, son recetados por el médico y el 20% son autorrecetados. La finalidad con que los consumen el 80% para aliviar enfermedades, el 15% para aliviar el dolor y el 5% para tranquilizar. (figura 11a y b)

El 100% reportó la existencia de problemas de drogadicción en la comunidad, porque lo han visto en niños, adolescentes, jóvenes y adultos, los cuales consumen thinner,

cimiento y marihuana. Pero el 95% reportó no tener este problema en su familia y que nunca han visto droga en su casa a excepción de una familia que si reportó la existencia de un caso. (figura 11c).

Análisis y Conclusiones.

De acuerdo a los resultados del cuestionario de relaciones maritales en la primera parte, referente a las expectativas de las esposas, es importante considerar que el 100% de las señoras reportó que lo que más le gustaba que hiciera el esposo, es que trabaje, lo cual implica que existen problemas generalizados de empleo en la comunidad, ya que si bien el 60% de los padres labora como obrero, dadas las condiciones socioeconómicas de la crisis nacional es muy probable que puedan perder su trabajo, mientras que el 40% labora como subempleado o a través de un oficio y existe también un 10% desempleado al momento de aplicar el cuestionario. Aunado a que es el esposo el único que contribuye al gasto familiar, ya que el 100% de las señoras encuestadas se dedica al hogar.

La siguiente expectativa importante de las madres acerca de su relación marital se refiere a que el esposo conviva más tiempo con la familia. Es interesante resaltar que el 50% de las familias cuestionadas no realiza ningún tipo de actividad, cultural, recreacional o deportiva y, el otro 50% reportó como única actividad asistir al cine ocasionalmente o a actividades religiosas (asistir a misa los domingos). Y a que, cuando los esposos tienen tiempo libre lo dedican a convivir con amigos consumiendo alcohol -

(40%) . Estos resultados pueden deberse a diversos factores tanto económicos (ingresos bajos) ideológicos (en cuanto al rol que juega el hombre y la mujer dentro del matrimonio) e Informativos (posibilidades de manejo del tiempo libre) entre otros, pero lo cierto es que ocasionan varios problemas en la interacción marital a nivel de comunicación, toma de decisiones, manejo de niños, etc.

En cuanto a la toma de decisiones, la mayoría las toma el esposo, como son trabajo, visitas familiares y relaciones sexuales, evidenciando la concepción más tradicional del matrimonio y dejando a la esposa las decisiones referentes a la educación y manejo de los hijos.

Así mismo en el área de comunicación se pudo notar -- que el porcentaje de Rs en su mayoría se dio por debajo -- del 50% esto es, que existen graves deficiencias en las habilidades de los cónyuges para comunicarse (figura 2) y si consideramos a la comunicación como una habilidad social -- que facilita la obtención de reforzamiento social a través de la expresión honesta de nuestras emociones y sentimientos (Cotler y Guerra, 1976) y que esta es esencial para -- una relación marital satisfactoria y que de no existir puede ocasionar problemas en otras áreas de ajuste marital, -- como en el área sexual, como se evidenció en el presente -- trabajo, ya que el porcentaje de respuestas se encontró --

también por debajo del 50% en cuanto a la satisfacción en la relación sexual en términos de frecuencia, forma y amabilidad durante el intercurso, aunque solo el 10% las reportó francamente insatisfactorias.

Estas deficiencias en el área de comunicación y la falta de acuerdos en la toma de decisiones y en el manejo de los hijos, repercuten negativamente en el desarrollo de los hijos, manifestándose a través de conductas disruptivas en estos como el no seguimiento de instrucciones, berrinches, robo, agresión a otros niños y que además las contingencias que aplica la madre están más en función de su estado de ánimo (cansada, enojada, etc) que de las conductas de los niños.

Hasta aquí podemos concluir que existen varios problemas conductuales en la interacción marital de los cónyuges de la muestra, como son los déficits en habilidades de comunicación, en información sexual, en información general y que esto se relaciona negativamente en el manejo de los hijos, especialmente en el uso consistente de consecuencias aversivas como golpear y castigos no físicos como regañar o quitar privilegios para eliminar conducta inadecuada, sin proporcionarles ninguna alternativa de conducta.

En esta parte resulta evidente pues, implementar pro-

gramas de prevención, a nivel de proporcionar habilidades a los miembros de la comunidad, en habilidades específicas como son habilidades sociales, orientación sexual, manejo de contingencias, desarrollo infantil, efectos negativos del mal trato a los hijos, entre otras, que les facilite un desarrollo más armónico familiar en particular y comunitario en general.

En los resultados del cuestionario de alcoholismo tuvimos algunos problemas con la cooperación de los padres - ya que se mostraban renuentes a contestar al cuestionario, debido al extenso número de preguntas, los resultados obtenidos, sin embargo, nos proveyeron de índices importantes de consumo de alcohol (figuras 7-10). Como son que el 90% bebe acompañado, el 75% empezó a beber hace más de 5 años, la bebida preferente es la cerveza, tal vez por su precio menor, y en segundo lugar el brandy; el 40% prefiere beber en la tarde, tal vez a la salida del trabajo y el 30% a cualquier hora lo que confirma la aseveración inicial sobre el uso del tiempo libre.

En lo referente a las relaciones familiares y consecuencias que da la familia cuando el Sr bebe, se encontró que el 30% beben con ellos (la esposa o familiares) aunque no se evaluó directamente el consumo de alcohol de la esposa, lo que sin duda nos reportaría datos interesantes; y -

que el 70% los dejan tranquilos y platican con ellos, lo que parece demostrar que el consumo de alcohol por el padre de familia no es considerado como conducta problema, si no más bien como un "mal normal" o un "problema generalizado". Es importante esta consideración del alcoholismo, en el padre de familia; ya que éste, dentro del sistema tradicional familiar y patriarcal es el único proveedor de bienes y el primer y más importante modelo para los hijos, con las consecuencias negativas que esto implica.

En cuanto a intentos anteriores de solución el 60% si ha intentado dejar de beber, por motivos religiosos, problemas en el trabajo y problemas familiares, lo cual confirma el supuesto de que el consumo excesivo de alcohol trae como consecuencias negativas problemas en el trabajo como: llanados de atención, suspensiones y despidos y problemas familiares, discusiones con la pareja, deficiente comunicación, agresión a los miembros de la familia, etc. Es importante notar, que de las personas encuestadas solo 1 no bebía nunca. Aunque si bien es cierto, que el uso abusivo del alcohol esta directamente relacionado con el bombardeo de publicidad acerca de los "beneficios del consumo de alcohol como medio para satisfacer necesidades de status, recreación y aceptación social. Lo cual implica un grave problema de salud nacional, ya que datos recientes demuestran que cada año ingresan al consumo de alcohol

75 000 adolescentes (Noticiero Enlace, 28 sep. 83). Es importante resaltar también, que cuando se les preguntó si necesitaban ayuda para dejar de beber, solo el 30% respondió afirmativamente, el 60% respondió que no y el 10% se encontraba indeciso; y que ninguno de los sujetos había recurrido al psicólogo como profesional capaz de ayudarlo a solucionar el problema, lo que se relaciona con los supuestos iniciales acerca de la falta de difusión de cuales son las funciones del psicólogo y de los problemas en que incide.

En lo referente a las actitudes relacionadas con las conductas del beber, parece ser que todos estaban informados acerca de los efectos negativos del consumo de alcohol como son: que daña la salud, que afecta la relación familiar, etc. pero esto no es significativo para que los sujetos dejen de beber, estos resultados son acordes con lo planteado por Roth (1982 p8) acerca de los efectos de la prevención informativa, que se lleva a cabo generalmente en campañas estatales a través de los medios masivos de comunicación (tv y radio) en donde se informa la mayoría de las veces en forma exagerada y creando mitos acerca de los efectos negativos del consumo de alcohol y droga, lo cual genera más problemas que beneficios, como es el que las personas no dan información veraz acerca del consumo de éstos; por ejemplo, se hace campaña acerca de la importancia-

de lavarse las manos después de ir al baño, enfatizando -- las consecuencias negativas de no hacerlo, lo que conduce a que la mayoría de la gente cuando se le pregunta ésto, - responde afirmativamente aunque no sea cierto; o que las ma-dres no reporten el que sus hijos consumen drogas, porque-saben a través de las campañas que ésto es algo 'malol', 'ver-gonzoso', 'un vicio' y que por lo tanto se tiene que ocultar. Lo que nos lleva a concluir que el solo informar es insufi-ciente para producir cambios. Estos resultados se confir-maron también en el cuestionario de drogadicción, en donde nos enfrentamos a varios problemas como es el hecho de que la mayoría de las madres de la muestra contaban con hijos-pequeños y por tal motivo aun no existían problemas de dro-gadicción o quizás, pudo ser debido a la resistencia a - - aceptar problemas de este tipo sobre todo en hijos peque--ños. En el cuestionario, se trató de inducir las respues--tas empezando con datos demográficos generales y cuestio--nes sobre consumo de drogas legales como medicinas (fig. - 11), pero se encontraron índices bajos de consumo y que el 40% son recetados por el médico, lo cual parece poco con--fiable en relación a los servicios médicos con que cuenta-la comunidad, solo un pequeño centro de salud y algunos mé-dicos particulares; el 60% reportó pertenecer al IMSS o al ISSTE pero que no acuden a éstos más que en casos graves, - y que la finalidad para consumir fármacos es para aliviar-el dolor.

En cuanto a la existencia de problemas de drogadicción en la familia, solo una familia contestó afirmativamente, - pero el problema era de uno de sus hermanos adolescentes.- Pero curiosamente el 100% reportó la existencia de problemas de drogadicción en la comunidad, en donde el consumo - se efectúa en vía pública por las tardes y noches por grupos de niños, jóvenes y adultos y las drogas que más se -- consumen son el thinner, cemento y marihuana.

Estos datos nos llevan a elaborar algunas consideraciones finales como son el ampliar nuestros frentes de entrada junto con las otras áreas para incidir en mayores -- grupos de personas entre ellos jóvenes, para que sea factible evaluar el problema directamente y a partir de ésta, - diseñar estrategias de trabajo.

Hasta aquí, podemos establecer como relaciones importantes, las condiciones socioeconómicas de marginación, como: ingresos bajos por familia, baja escolaridad, falta de servicios médico asistenciales, servicios públicos deficientes y las deficiencias graves en el núcleo familiar, - como deficiencias de los padres en comunicación, toma unilateral de decisiones, manejo ineficiente de los hijos, -- abuso familiar de consumo de alcohol y mitos e información tergiversada acerca de la drogadicción? Con lo que se confirma los supuestos iniciales en el sentido de que en comu

nidades con características de "marginación" si existe un alto índice de problemas de interacción en las relaciones maritales, padres-hijos, alcoholismo y drogadicción obstaculizando el desarrollo familiar y comunitario. Y es aquí donde es importante la incidencia del psicólogo clínico como trabajador al servicio de la salud con programas de prevención, en donde la detección de problemas es una condición importante que nos permitirá anticiparnos a las necesidades de atención y que nos ayudará también a planear -- procedimientos terapéuticos acordes a estas necesidades y a nuestros recursos tecnológicos, económicos y humanos.

Aunque si bien es cierto que esta problemática solo se resolverá a través de cambios profundos en el sistema socioeconómico político de nuestro país.

Por otro lado, la experiencia de trabajo obtenida en esta comunidad fue satisfactoria, en cuanto a la interacción de trabajo entre las áreas de psicología Social Aplicada, Educación Especial y Psicología Clínica. Lo cual de muestra que si es posible elaborar programas de Integración dentro de las áreas de la carrera.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO MATRITAL
 AREA: TOMA DE DECISIONES.

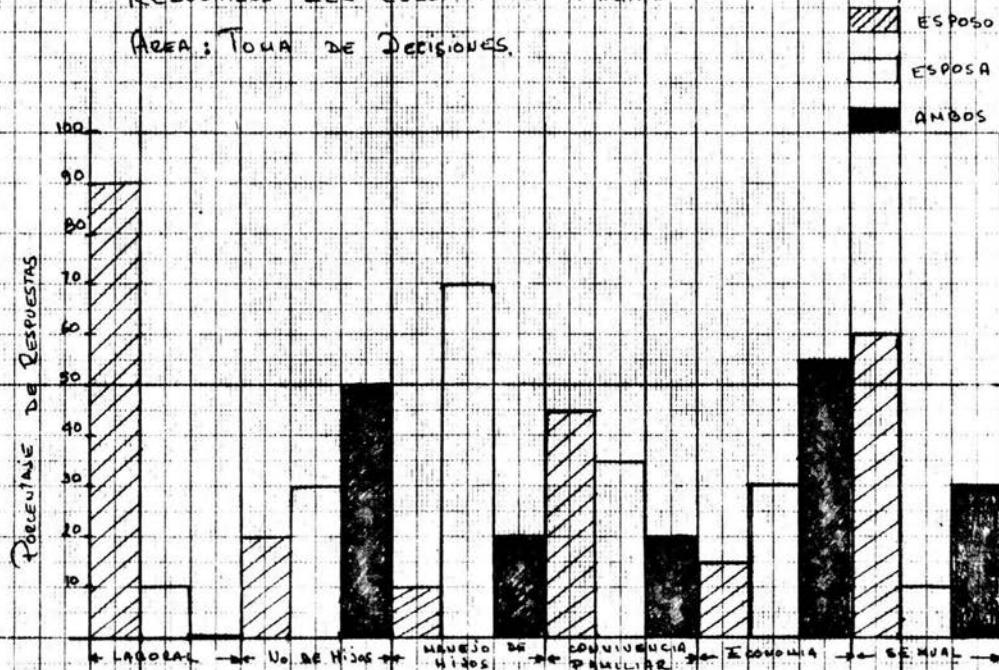


FIGURA 1: GRAFICA QUE RELACIONA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS SOBRE QUE MIEMBRO DE LA FAMILIA TOMA LAS DECISIONES EN LA FAMILIA, EN DIFERENTES AREAS DE CONVIVENCIA FAMILIAR COMO: AREA LABORAL, No. DE HIJOS, MANEJO DE HIJOS, CONVIVENCIA FAMILIAR, ECONOMIA Y SEXUAL.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE INTERACCION MARITAL
AREA COMUNICACION

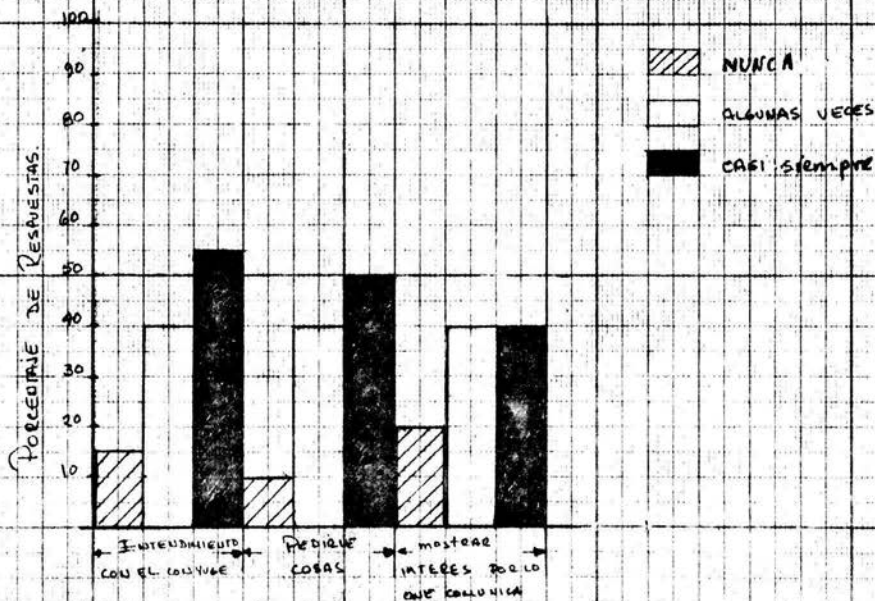


FIGURA 2 - GRAFICA QUE COMPARA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE LAS MADRES EN ALGUNOS ASPECTOS DE COMUNICACION MARITAL: (1) PREGUNTAR COSAS DE LA MANERA ADECUADA (2) ENTENDIMIENTO DE LO QUE QUIERE DECIR EL CONYUGE Y (3) MOSTRAR INTERES POR LO QUE COMUNICA EL CONYUGE.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE INTERACCION MARITAL
AREA SEXUAL.

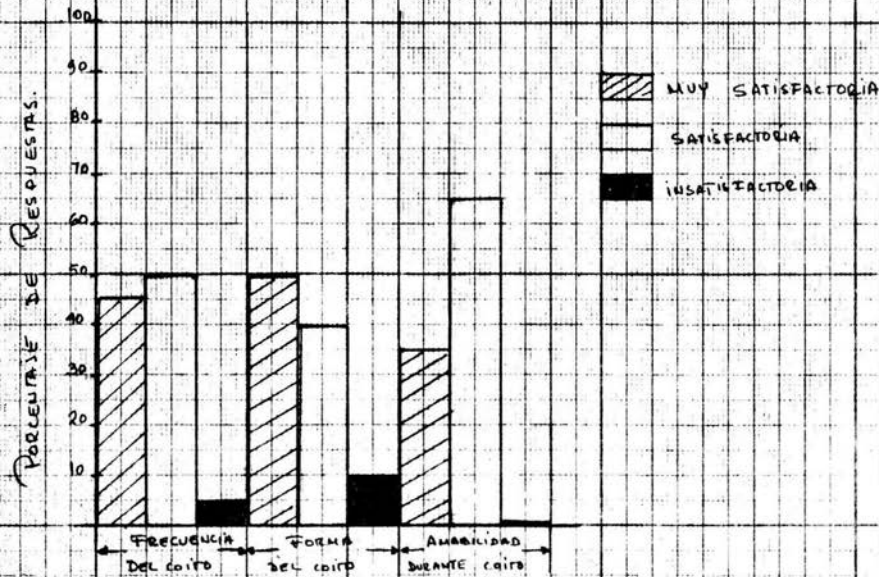


FIGURA 3.- GRAFICA QUE COMPARA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS EN CUANTO AL GRADO DE SATISFACCION EN 3 ASPECTOS DE LA RELACION SEXUAL COMO FRECUENCIA, FORMA Y ANALIDAD DURANTE EL COITO.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE INTERACCION MARITAL.

AREA FELICIDAD GENERAL.

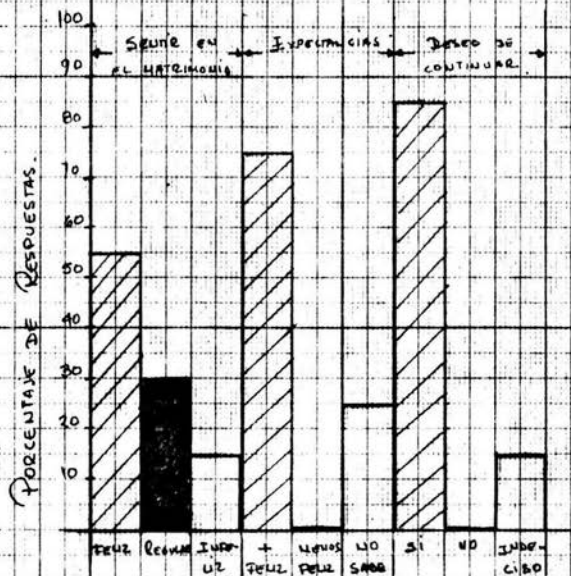


FIGURA A: GRAFICA QUE COMPARA LOS PORCENTAJES DE RESPUESTAS EN EL AREA DE FELICIDAD GENERAL EN : 1 SU SENTIR ACTUAL ACERCA DE SU MATRIMONIO 2 EXPECTATIVAS FUTURAS DE FELICIDAD 3 DESEO DE CONTINUAR EN EL MATRIMONIO

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE RELACIONES PADRES - HIJOS.

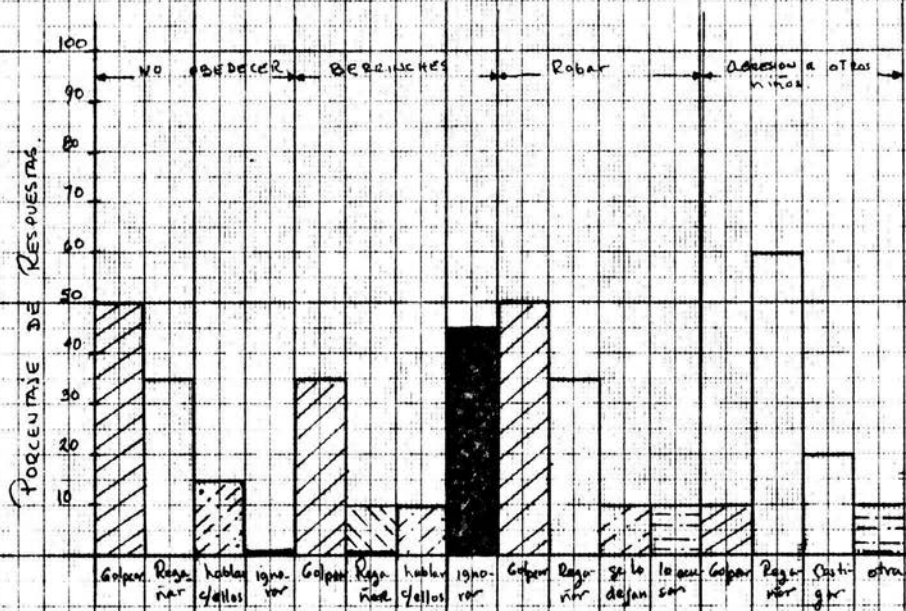


FIGURA 5- GRAFICA QUE RELACIONA EL PORCENTAJE DE RS DE LAS MADRES ANTE CONDUCTAS INADECUADAS DE LOS HIJOS.

RESULTADOS DEL CUESTARIO DE RELACIONES PADRES-HIJOS
AREA COMUNICACION.

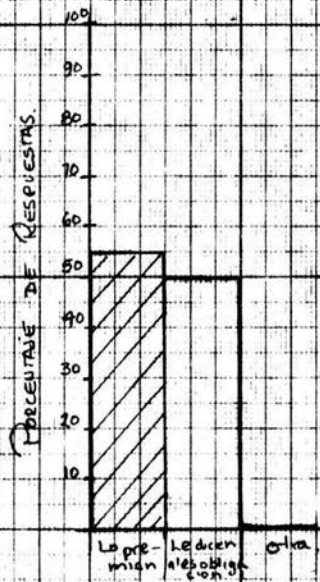


FIGURA 5 a.- GRAFICA QUE MUESTRA EL PORCENTAJE DE RESPUESTA DE LAS MADRES ANTE CONDUCTAS ABECUADAS DE LOS NIÑOS COMO LLEVAR BUENAS CALIFICACIONES

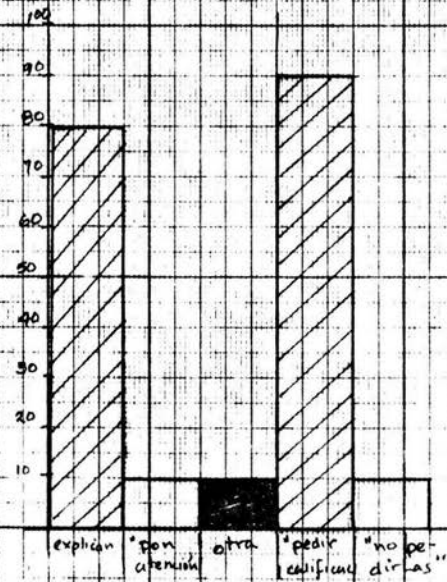
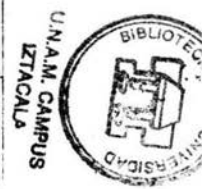


FIGURA 5 b.- GRAFICA QUE MUESTRA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE COMUNICACION DE LAS MADRES A NIÑOS. Y EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE LAS MADRES DE PEDIR CALIFICACIONES.



Resultados del Cuestionario de Alcoholismo. Indices de Consumo.

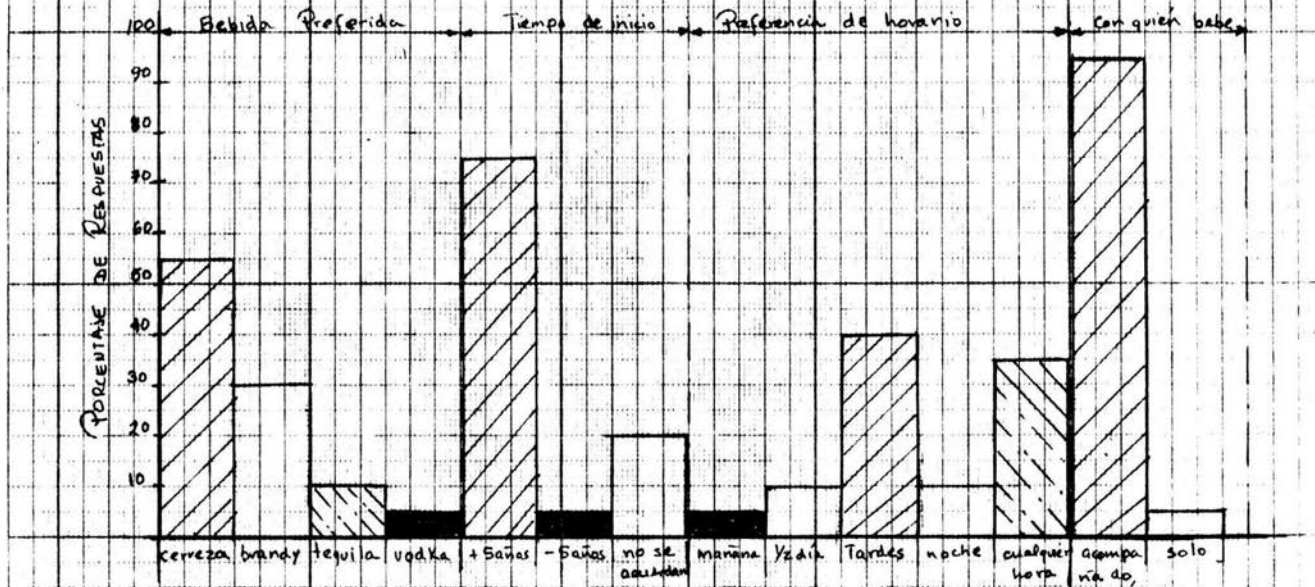


Figura 7.- Gráfica que muestra el porcentaje de Respuestas dadas por los padres de la muestra, en donde se describen algunos índices del consumo de alcohol.

Resultados del cuestionario de Alcoholismo.

Relaciones familiares con respecto al consumo de alcohol

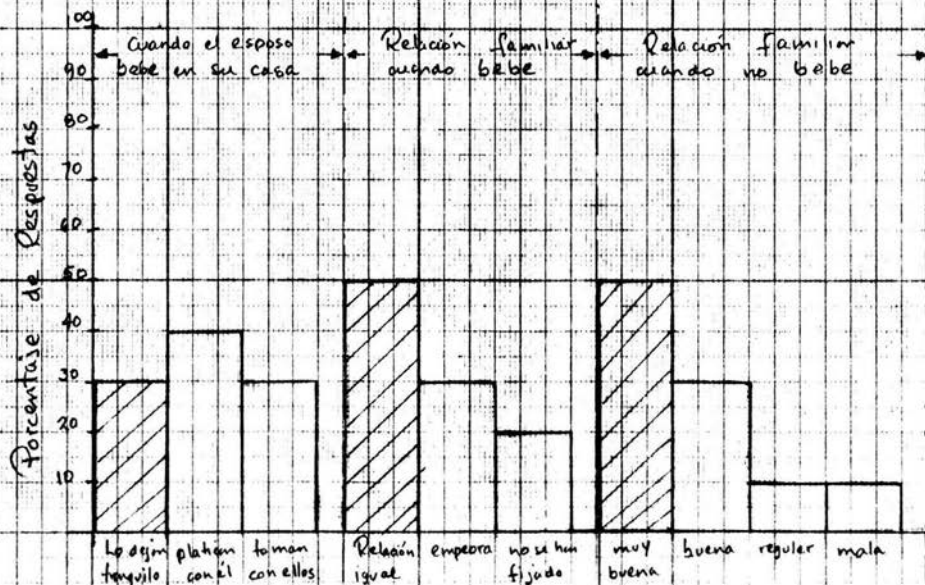


Figura B.- Gráfica que compara el porcentaje de Respuestas acerca de las relaciones familiares cuando el esposo bebe o no bebe, y las consecuencias que recibe por beber en su casa.

Resultados del Cuestionario de Alcoholismo

INTENTOS DE SOLUCIONAR	SI	NO	INDICAR
SUJETOS QUE HAN INTENTADO DEJAR DE BEBER	60%	40%	—
SUJETOS QUE CONSIDERAN NECESITAR AYUDA PARA DEJAR DE BEBER	30%	60%	10%

Figura 9a.- Tabla que muestra el porcentaje de Respuestas de Sujetos que han intentado dejar de beber.

CONSECUENCIAS FÍSICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL.

VOMITOS, DOLOR DE CABEZA Y DOLOR ESTOMACAL	100%
ALUCINACIONES Y OLVIDOS	30%

Figura 9b.- Tabla que muestra el porcentaje de Respuestas en relación a consecuencias físicas del consumo de alcohol

Resultados del cuestionario de alcoholismo
Actitudes acerca del consumo de alcohol

SUPUESTOS BENEFICIOS	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN CONTRA	EN DESACUERDO	INDIFERENTE
"EL ALCOHOL AUMENTA LA POTENCIA SEXUAL"	10	—	30	50	10
"LOS QUE TOMAN SE HACEN MAS VIGILANTES"	50	20	5	10	5
"TOMAR FACILITA LA COMUNICACION"	—	20	30	50	20

SUPUESTOS EFECTOS NEGATIVOS	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN CONTRA	EN DESACUERDO	INDIFERENTE
"EL ALCOHOL ES MALO PARA LA SALUD"	50	40	10	—	—
"EL ALCOHOL AFECTA A LA RELACION FAMILIAR"	45	35	—	—	20
"QUIENES TOMAN ALCOHOL NO HACEN BIEN EL TRABAJO"	40	60	—	—	—

FIGURA 10.- TABLA QUE RELACIONA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS ANTE ALGUNAS ACTITUDES GENERALIZADAS ACERCA DEL CONSUMO DE ALCOHOL.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DROGADICCIÓN

TOMA DE MEDICAMENTOS POR AL HEREDERO MIEMBRO DE LA FAMILIA	40%
RECETADOS POR EL MEDICO	80%
AUTO RECETADOS	20%

MOTIVOS DE USO DE MEDICINAS		%
ALIVIAR ENFERMEZAS		80
ALIVIAR EL DOLOR		15
TRANQUILIZAR		5

FIGURA 11 a y b. - QUE MUESTRA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS REFERENTES AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN EL NUCLEO FAMILIAR, SI SON AUTO RECETADOS O NO Y LA FINALIDAD CON QUE LOS CONSUMIEN.

	SI	NO	NO SE
REPORTE DE LA EXISTENCIA DE DROGADICCIÓN EN LA COMUNIDAD.	100%	-	-
REPORTE DE LA EXISTENCIA DE DROGADICCIÓN EN EL NUCLEO FAMILIAR	5%	95%	-

FIGURA 11 b - TABLA QUE COMPARA EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS EN CUANTO A LA EXISTENCIA DEL PROBLEMA DE DROGADICCIÓN EN EL NUCLEO FAMILIAR Y EN LA COMUNIDAD.

REFERENCIAS.

- Ander, E.E. Conceptos de comunidad y desarrollo de la comunidad.
En Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad, pp 19-29
Ed Humanitas, Buenos Aires, 1963.
- Ander-Egg E. El cuestionario. En Introducción a las técnicas de investigación social. cap 10
Ed Humanitas, Buenos Aires. 1979.
- Ayllon, T. y Wright, P. Nuevos papeles para el paraprofesional. En Modificación de conducta. Bijou y Ribes (Eds), pp 197-215.
Ed Trillas, México, 1977.
- Brea, L. y Correa, E. La psicología comunitaria: embrión de un nuevo paradigma. En Enseñanza, -- ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral. Ribes, Fernández, Rueda, M., Talento, M. y López, F. -- (auts) pp. 305-312
Ed Trillas, 1980.
- Borth, R. y Roth, E. Creación de repertorios conductuales pro-sociales en jóvenes socioeconómicamente marginados. Universidad Católica - Boliviana. Dirección Nacional de Control de sustancias peligrosas. pp. 1-40
La Paz, Bolivia, 1980.

- Campillo, C. Medina, M. y Castro, M. Epidemiología del uso de drogas en México, Revista del Centro Mexicano de Salud Mental. CEMESAM, México, 1977.
- Cancrini, L. Malagoli, M. Psiquiatría y Relaciones Sociales. Ed Nueva Imagen; México, D.F., 1977.
- Caplan, G. Principios de Psiquiatría preventiva. Ed Paidós, Buenos Aires, 1962.
- Cochran, W. Técnicas de muestreo. cap 1 pp.19-30 Ed Compañía Editorial Continental. México 1980.
- Cordova, C.A. Teoría y práctica de la psiquiatría social. Ed Científico técnica. La Habana, 1976.
- Garza, F., Mendiola, y Rabago, S. Perfil del inhalador. Estudio epidemiológico del uso de drogas en México. CEMESAM. op.cit. 3,4,1980.
- Garza A. y Teola A. Teoría, métodos y técnicas de Investigación social Ediciones de Cultura Popular, México, 1976.
- Gold, y Yankaskas, B. Epidemiología y salud pública. pp 1-24 Ed. Mc Graw Hill; México, 1982.

- Goldston, S. Definition of Primary Prevention. En - -
Primary Prevention of Psychopathology.
Albees, G y Joffes (eds)
V 1, pp. 18-23. ✓
- Goldston, S. A national perspective. En Primary Preven-
tion of psychopathology. V II. Enviromen-
tal Influences.
Forgus, D. (Ed). pp 25-32
University of Vermont.
Hanover, New Hampshire, 1978.
- Haynes, S.N. Questionnaires in behavioral assesment.
En Principles of behavioral assesment.
pp. 312-41 Ed. Garner Press.
- Howe, L. Psiquiatría de la comunidad. En Manual -
de Psiquiatría. Solomon y Patch(atus)
Cap. 39, pp 365-372. ✓
Ed. Manual Moderno, México, 1972.
- Kanfer, F y Phillips, J. La psicología clínica y su rela-
ción con el área general. En Principios-
de aprendizaje en la terapia del compor-
tamiento. pp. 19-61
Ed. Trillas; México, 1976.
- Kanfer, F.H. y Saslow Análisis conductual; una alternativa
a la clasificación de diagnóstico. En --
Millon. Psicopatología y Personalidad.

- Kanfer, F.H. y Grimm J.S. Behavioral Analysis: Selecting target behaviors in the interview.
En Behavior Modification
1977, 1, 7-28.
- Natera, G. y Terroba, G. Consumo de fármacos en la cd. de -
Monterrey, Nuevo León (a través de encues-
tas en hogares). pp. 101-121
Revista CEMESAM, op.cit. 1976.
- Natera, G. Zubietta, M. y Castro. Epidemiología de la fármaco
dependencia en 27 centros de tratamiento
de la República Mexicana
Revista del CEMESAM, 1977.
- Polanco, R. y Seligson, I. Perspectivas de un enfoque conduc-
tual comunitario aplicado a la psicología
clínica. En Enseñanza, ejercicio e inves-
tigación de la psicología.
op.cit. pp. 285-293.
- Ribes, I. E. El concepto de la investigación. En ense-
ñanza, ejercicio e investigación de la --
psicología.
op.cit. pp. 237-247.
- Ribes, I. E. Relación entre la teoría de la conducta,
la investigación experimental y las técni-
cas de modificación de conducta.
En Enseñanza, ejercicio e investigación
de la psicología.
op.cit. cap. 12 pp. 153-163.
- Ribes, I. E. Proyecto de plan de estudio. En Enseñanza,
ejercicio e investigación de la psicolo-
gía.
op.cit. cap. 4 pp. 59-66.

- Rota, J. Algunos problemas de diseño y procedimientos de la investigación social en México.
Centro de Investigación de la Comunicación.
Universidad Anahuac, México, 1977.
- Roth, E. Apuntes preliminares sobre una psicología preventiva. ✓
Ponencia presentada en el VI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. pp.1-18 México, D.F. febrero, 1982.
- Saranson, I. Prevención y Planificación sociales. ✓
En Psicología Anormal. cap.20 pp.483-487.
Ed Trillas; México, 1975.
- Seligson, I. Algunas consideraciones metodológicas en la aplicación de problemas clínicos.
Trabajo presentado en el VI Congreso Mexicano de Análisis Experimental de la Conducta
México, D.F. febrero, 1982. pp.1-9.
- Yates, A. J. Desarrollo histórico de la Terapia del comportamiento.
En Terapia del comportamiento, pp.13-36
Ed Trillas, México, 1973.
- Yates, A. J. Análisis Conductual. En Teoría y práctica de la terapia conductual pp.51-78
Ed. Trillas, México, 1977.

Conductas sociales y políticas de los marginados.

En la Marginalidad urbana.

Revista Mexicana de Sociología.

Programa de Salud Comunitaria. Modelo de Medicina comunitaria "San Pedro Xalpa".
Escuela Superior de Medicina IPN y ENEPI.
Documento de coordinación Institucional.
México, 1982.

Apéndice 1.- Cuestionario utilizado en la evaluación de -
datos demográficos.

Nombre: _____

Breve descripción de la ocupación. _____

Horario: _____ Sueldo: _____

Otros Ingresos: _____ Total Ingresos: _____

ACTIVIDADES Y ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS QUE COMPONEN EL NUCLEO
FAMILIAR.

	Parentesco	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Depende de paciente	
						Si	No
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

OTRAS PERSONAS QUE CONTRIBUYEN AL GASTO FAMILIAR.

1.	_____	\$ _____	
2.	_____	\$ _____	
3.	_____	\$ _____	
4.	_____	\$ _____	
5.	_____	\$ _____	
			TOTAL
			\$ _____

DISTRIBUCION DEL INGRESO FAMILIAR (EN PORCENTAJE).

	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
Alimentación													
Vestido													
Vivienda													
Medicamentos													
Otros													

Cuales

Observación: Anotar si la distribución del ingreso fue instigada:

SI _____ NO _____

TIPO DE ALIMENTACION:

Veces por semana

1 2 3 4 5 6 7

Leche							
Carne							
Huevo							
Pescado							
Pan							
Tortillas							

Cantidad o veces por día

1 2 3

Vaso			
Gramos			
Pieza			
Gramos			
Pieza			
Crs. o pza.			

HABITOS HIGIENICOS:

Lavado de manos SI NO.

Baño SI NO

Lavado de dientes SI NO

No. de veces al día.

SERVICIOS MEDICO-SOCIALES DEL PACIENTE Y/O DEL JEFE DE FAMILIA:

I.M.S.S. DISP. PART.

I.E.S.S.T.E. PART.

S.S.A.

OTRO _____

D.D.F.

ANTIGUEDAD _____

SERVICIO O PRESTACION UTILIZADA.

Apéndice 2.- Cuestionario utilizado en la evaluación de
Relaciones maritales.

Las preguntas que ud. dé a las preguntas de este cuestionario son altamente confidenciales, es decir, lo que ud. responda solamente será utilizado por los psicólogos que hacen su servicio social en San Miguel Chalma y ninguna otra persona, ajena a nuestro servicio, tendrá acceso a ellos.

Es importante que responda usted con la verdad de eso depende el trabajo que podamos efectuar en su comunidad. -
Agradeciendo atentamente sus respuestas.

1.- Estado marital actual _____

2.- Estuvo casado antes _____ Edad al inicio y
al final del matrimonio _____

3.- Causas de la terminación _____

4.- Número de hijos que tiene y edad _____

5.- En su relación actual enumere 5 cosas que su esposa haga y que a ud. le gusten:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

6.- Enumere 3 cosas que le gustaría que hiciera su esposo(a)

1.- _____

2.- _____

3.- _____

7.- Enumere 3 planes que tenga para su familia:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

8.- Ponga el número que considere más se relacione con su vida matrimonial:

casi siempre el esposo.1

casi siempre la esposa.2 ambos.3.

a). Quién toma las decisiones en la familia _____

b). Quién decide si trabaja la esposa _____

c). Quién decide el número de hijos _____

d). Quién decide cuando alabar o castigar a los hijos _____

e). Quién decide cuando visitar a la familia del cónyuge _____

f). Quién decide tener relaciones sexuales _____

g). Quién decide como tener relaciones sexuales _____

h). Quién decide como gastar el dinero _____

i). Quién decide como se debe comportar el cónyuge _____

9.- Marque con el número que corresponda a que tan satis--

factoria es su relación.

muy feliz _____ 1

poco feliz _____ 2 muy infeliz _____ 3

- a) De convivencia con el esposo _____
- b) Relación de afecto _____
- c) Relación sexual _____
- d) Cuidado de los niños _____
- e) Manejo de los gastos _____
- f) Convivencia familiar y parientes políticos _____

10.- Marque el número que corresponda. Casi siempre _____ 1

algunas veces _____ 2 Casi nunca _____ 3

- a) Mi pareja entiende lo que yo quiero comunicarle _____
- b) Yo entiendo lo que mi pareja quiere comunicarme _____
- c) Yo le pido a mi pareja las cosas que me gustaría hiciera por mí _____
- d) Le digo, que me gusta que haga cosas por mí _____
- e) Me dice que le gusta que haga cosas por él _____
- f) Yo me muestro interesada, cuando él me dice, piensa a hace algo _____
- g) El se muestra interesado cuando yo digo, hago o pienso algo _____
- h) Disfruto al hablar con mi pareja _____

- 11.- Marque con el número que corresponda a que tan satisfactoria es su relación en los siguientes aspectos:
- muy satisfactorio _____ 1
satisfactorio _____ 2 insatisfactorio _____ 3
- a) La frecuencia de las relaciones sexuales _____
b) Las diferentes formas de realizar el acto sexual _____
c) La amabilidad con que se tratan durante el acto sexual _____
- 12.- Marque con el número que corresponda al grado de acuerdo entre ud. y su cónyuge en la forma de educar a sus hijos.
- muy de acuerdo _____ 1
poco acuerdo _____ 2 desacuerdo _____ 3
- a) En alabarlos cuando ellos hacen cosas buenas _____
b) En como darles dinero y privilegios _____
c) En las responsabilidades de los niños _____
d) Cuando castigar a los hijos _____
- 13.- Estas preguntas se refieren acerca de su sentir en el matrimonio.
- a) Siente que su matrimonio es feliz
SI NO Regular
- b) Que tan feliz cree que sea su pareja
Mucho Poco Nada
- c) Usted espera ser más feliz
SI NO No se
- d) Desea continuar con su matrimonio
SI NO No se
- e) Cree que su pareja quiera continuar con su matrimonio
SI NO No se

FORMATO DEL CUESTIONARIO 3.

Apéndice 3.- Cuestionario utilizado en la evaluación de relaciones padres-hijos.

Instrucciones.- Llene la siguiente tabla, poniendo el nombre de cada uno de sus hijos, comenzando con los más pequeños, también ponga el tipo de ocupación (trabajan, estudian y el grado o nada). Además en la columna de actividades extras ponga lo que ellos hacen en sus ratos libres.

NUMERO DE HIJOS			
Nombre	Edad	Ocupación	Actividad Extra

Para las preguntas que siguen usted podrá escoger de cuatro alternativas la o las que le parezcan adecuadas. Seleccione una o más según lo considere usted. Subralle la o las respuestas.

Niños de 1 a 12 años de edad

1.- Cuando alguno de sus hijos pequeños hace algo que a usted no le gusta ¿qué hace?

- a) le pega b) lo apapacha c) lo ignora
d) otro, cual? _____

- 2.- Si uno de sus hijos pequeños hace un berrinche, (llora, patalea y grita) ¿que hace usted?
- a) le pega b) le da lo que quiere c) lo ignora
d) otro, cual? _____
- 3.- Si sale de compras y alguno de sus hijos pequeños quiere un dulce o juguete, y se lo pide llorando, y a usted no le alcanza para comprarselo, ¿qué hace?
- a) se lo compra, aunque tenga que dejar de comprar --
otra cosa
b) no se lo compra c) lo ignora d) le pega
- 4.- Si alguno de sus hijos pequeños no quiere comer, que es lo que usted hace
- a) le da de comer a fuerza b) lo deja solo hasta que
quiera comer
c) le pega d) otro, cual? _
- 5.- Si a las 9 de la noche sabe que alguno de sus hijos pequeños no ha hecho la tarea, que hace?
- a) usted le ayuda a hacerla b) lo acusa con su papá
c) lo ignora d) le pega y castiga e) lo obliga a -
hacerla
f) hace la tarea por el
- 6.- Si esta viendo la televisión, y su hijo le pregunta algo sobre el programa que ven, usted que hace?
- a) se lo explica b) no le contesta
c) le dice pon atención d) otro

- 7.- Cuando alguno de sus hijos le muestra una buena calificación, que es lo que usted hace?
- a) lo premia _____ como _____
b) le dice que esta cumpliendo con su obligación
c) lo ignora d) otro, explique _____
- 8.- Cuando alguno de sus hijos rompe un plato o algo parecido, que hace usted?
- a) le pega b) le grita o regaña c) lo castiga no -
dejandolo jugar d) otro
- 9.- Cuando alguno de sus hijos le esta pegando a otro niño sin motivo, que hace usted?
- a) lo regaña b) lo castiga c) le pega d) otro
cual? _____
- 10.- Acostumbra usted utilizar apodos para llamar a sus -- hijos? SI _____ NO _____
- De que tipo: A) cariñosos b) despectivos c) otros
De que tono: a) serio b) enojado c) otro
- 11.- Si usted sabe que su hijo tomo dinero de su bolsa, -- que hace?
- a) le pega b) lo castiga y regaña c) se lo deja
d) lo acusa con su papá
- 12.- Que hace con respecto a las tareas de sus hijos?
- a) no le ayuda b) le ayuda c) solo le ayuda si el
se lo pide

- 13.- Le ayudan sus hijos pequeños en el aseo de la casa?
SI _____ NO _____ Si, que hacen _____
- 14.- Que hace usted si alguno de sus hijos pequeños no le obedece?
a) le pega b) le grita y regaña c) lo acusa con su papá
d) le explica que lo tiene que hacer sin alterarse
e) otro
- 15.- Le exige a sus hijos pequeños que le muestren sus tareas y calificaciones
SI _____ NO _____ a veces _____

Adolescentes de 13 a 15 años de edad

- 16.- Le pregunta a sus hijos adolescentes como van en la escuela
SI _____ NO _____ a veces _____
- 17.- En el caso de que usted se enterara que sus hijos adolescentes van pesadamente en la escuela, que haría?
a) lo castiga b) le pega c) lo regaña a gritos
d) platica con el amablemente e) lo ignora f) otros
- 18.- Y si sabe que su hijo adolescente tiene buenas calificaciones, que hace?
a) lo premia _____ COMO _____
b) le dice que esta cumpliendo con su obligación.
c) lo ignora d) otro, explique _____

- 19.- Que haria usted si supiera que su hijo adolescente se fue de "pinta"
- a) lo castiga b) le pega c) habla amablemente con el
d) lo regaña y grita e) otro _____
- 20.- Que piensa usted de los adolescentes que andan de "vagos" y "pandilleros"
- a) que estan desorientados
b) que no tienen remedio
c) que necesitan trabajar o estudiar
d) que necesitan una regañada y castigada
- 21.- Si se enterara que alguno de sus hijos adolescentes, se salio de la escuela o perdio el trabajo, y por ello tuviera que andar de vago, que haria usted?
- a) hablarfa con el amablemente
b) lo regaña severamente c) lo ignora d) otro
- 22.- Que hace si alguno de sus hijos adolescentes no le -- obedece?
- a) le pega b) lo castiga no dejandolo salir
c) lo acusa con su papá d) lo ignora e) otro
- 23.- Le ayudan en los quehaceres de la casa sus hijos adolescentes?
- SI ___ NO ___ En que: a) lavando trastos
b) recogiendo su cama y ropa d) haciendo mandados
d) otros

24.- Cuando sus hijos le preguntan sobre temas sexuales, -
que hace usted?

- a) lo ignora b) le dice que no sabe, aunque si sepa
- c) le da información d) le ayuda a investigar
- e) otro

25.- Platica con sus hijos adolescentes acerca de las acti
vidades que ellos hacen

SI ___ NO ___ a veces _____

26.- Que hace su esposo cuando recibe las quejas que usted
le da de sus hijos adolescentes.

- a) le regaña b) le pega c) platica con el amable-
mente
- d) lo ignora e) otro

Apéndice 4.- Cuestionario utilizado en la evaluación de --
Alcoholismo. Elaborado por Roth (1962).

- 1.- Puede decirme cuánto suma aproximadamente el ingreso mensual de la familia, tomando en cuenta todas las --
aportaciones.
0-6,500() 6,501-12,600() 12,601-18,300()
18,901-25,100() 25,201-31,500()
31,500-6 más() variable()
- 2.- Tipo de vivienda.
Casa sola() Departamento() Vecindad()
Cuarto redondo ()
- 3.- Cuántos cuartos tiene su casa, sin contar los pasi--
llos. Su casa tiene:
Recámaras -cuántas-() Cocina() Sala-Comedor()
Baño() Otros()
- 4.- Anote el material con que está construída la vivienda.
Materiales provisionales, cartón lona, lánina, madera
o similar() Materiales definitivos sin recubrimien-
to, adobe, tabicón, ladrillo, etc.()
Materiales definitivoscon recubrimiento, incluyendo -
concreto aparente ()
- 5.- Califique las condiciones generales de la vivienda.
Mala() Regular() Buena() Excelente()
- 6.- La casa donde usted vive es:
Prestada() Alquilada() Propia() Otros _____

- 7.- De los siguientes servicios, con cuales cuenta usted:
 Luz eléctrica() Agua potable en toma domiciliaria()
 Teléfono particular() Drenaje o fosa séptica()
- 8.- De los siguientes servicios públicos, cuáles hay por su casa:
 Pavimento y banquetas() Drenaje() Alumbrado Público()
 Teléfono público() Servicio recolector de basura()
 Patrullas, Policías o vigilantes nocturnos()
 Camiones, Peseros u otro tipo de transporte colectivo()
- 9.- Diga usted, por favor, si hay en esta colonia algunos de los establecimientos que voy a mencionar, y si existen, a cuántas cuadras están de su casa aproximadamente.

C U A D R A S

ESTABLECIMIENTOS	SI	NO	MENOS DE 5	6-10	11-15	16 ó más
Recreativos (por ej. parques deportivos) públicos.						
Recreativos privados (por ej. cines, teatros)						
De salud (emergencias)						
Mercado, fijo o sobre ruedas						
Comerciales (por ej. miscelánea abarrotes)						

- 10.- Recibe usted atención médica de:
 IMSS () ISSSTE() SSA() Dispensario de la iglesia()
 Particular() Ninguna() Otros _____

- 11.- Voy a mencionar algunos lugares donde se vende cerveza o licor, indíqueme cuáles hay en esta localidad y cuántos aproximadamente:

Bares y cantinas	si no	_____
Pulquerías	si no	_____
Tiendas de autoservicio	si no	_____
Misceláneas, abarrotes	si no	_____
Otros	si no	_____

- 12.- En nuestro país, existe la costumbre, muy arraigada, de acompañar la comida, fiestas, acontecimientos con cerveza o licor, o tomarlos solo por gusto. Participe o participó usted de esta costumbre.

Nunca () Esporádicamente () Algunas veces ()

Por períodos () Con alguna frecuencia ()

Casi siempre () Otros _____

Alguno de sus familiares toma, si no, en caso afirmativo puede decirme cual(es) _____

- 13.- De los siguientes nombres de bebidas, dígame cuál prefiere más, cuál en segundo lugar, cuál en tercero y así sucesivamente:

Cerveza ___ Ron ___ Tequila ___ Aguardiente ___ Pulque ___

Brandy ___ Vodka ___ Whisky ___ Otros _____

- 14.- Esforzándose un poco, puede decir hace cuánto tiempo que fue la primera vez que tomo _____

15.- Recuerda usted que edad tenía cuando tomó su primera-copa: _____

16.- Puede decirme si en general en las ocasiones en las que hay oportunidad de tomar cerveza o licor:

Participa por invitación() Usted las propone()

Ambas() Casi siempre las evita() Solo acepta muy forzado()

Otras _____

17.- Voy a mencionar nuevamente los nombres de algunas bebidas, quiero que por favor me indique si en lo que ha transcurrido del año ha tenido ocasión de ingerirlas.

una o dos oportunidades en:

BEBIDAS	6 ms	4ms.	2ms.	cada mes	cada sem.	cada 3 días	diario
Cerveza							
Ron							
Tequila							
Aguardiente							
Pulque							
Brandy							
Vodka							
Whisky							
Otra							

18.- Cuando tiene oportunidad de tomar una copa?, cuánto tiempo dedica aproximadamente a esa actividad.

1/2 hora o menos() 1/2-3hrs.() 3-6 hrs.()

6-24hrs.() varios días() pierde la noción del tiempo()

19.- Cuando tiene oportunidad de tomar cerveza o licor, pone usted atención a la cantidad que consume.

Si () No ()

Si la respuesta es afirmativa, haga la pregunta 20, - en caso contrario pase a la número 21.

20.- Tomando en cuenta solo las últimas dos ocasiones en las que ha tomado, ¿puede usted decirme que cantidad aproximadamente ha consumido?

1 vaso () 1/4 de litro () 1/2 litros () 3/4 de litro ()

1 litro () 2 litros () más de 2 litros () Otros _____

21.- En aquellas oportunidades en las que usted toma cerveza o licor:

Procura no mezclar bebidas ()

Toma cualquiera que haya ()

Toma más o menos despacio ()

Toma más o menos rápido ()

Come algún alimento () No come nada ()

Empieza a tomar y lo demás no le importa o no lo toma en cuenta ()

Otras descripciones _____

22.- Hay alguna hora del día en la que usted ha tenido o prefiere empezar a tomar (considere solo las últimas veces).

En la mañana () Al medio día () Por la tarde ()

En la noche () A cualquier hora ()

- 23.- De los lugares que voy a mencionar, dígame si hay, si prefiere tomar en alguno y también si prefiere hacerlo en alguna hora en especial (jerarquizar las respuestas del entrevistado)

LUGAR	Preferencia	Mañana	Medio día	Tarde	Noche	Cualquier hora
Casa						
Calle						
Cantina						
Trabajo						
Algún otro						

- 24.- Muy bien, ahora puede usted decirme si en la mayoría de las veces en que toma está:

Solo() Acompañado() No lo toma en cuenta().

Cuando está usted acompañado, las personas que lo rodean son:

Familiares() Compadres() Compañeros de trabajo()

Amigos de la colonia() Otros _____

- 25.- Existen algunos motivos comunes o generales que ponemos de pretexto cuando tomamos, voy a decirle algunos y quiero que me diga usted si los emplea, así como -- con que frecuencia, aproximadamente:

Porqué hay problemas en la casa() Porqué hay problemas en el trabajo() Para convivir con los amigos()

Para sentirme tranquilo y sin penas() Para sentirme más seguro() Para celebrar algún acontecimiento()

Por compromiso por los amigos o de trabajo() Hacía -

mucho que no tomaba() Me sentí mal si no tomaba()
Otros _____

26.- Como es su comportamiento cuando bebe (jerarquizar -- las respuestas).

ME PORTO:	Jerarquía	En la casa	En la calle	En la cantina
Tranquilo				
Eufórico				
Agresivo				
Otro				

27.- Cuando está acompañado como se comporta con sus compañeros:

ACOMPANANTES	Tranquilo	Eufórico	Agresivo	Otro
Esposa, esposo				
Hijos				
Padres				
Otros familiares				
Compadres				
Amigos				
Compañeros				
Extraños				

28.- ¿Recuerda como lo tratan los miembros de su familia -- cuando toma en su casa?

TRATO	Cónyuge	Hijos	Padres	Otros.
Lo dejan tranquilo				
Le sirven copas				
Platican con usted				
Le acompañan				
Le reclaman				
Le quitan la bebida				
Lo corren				
Lo golpean				
Otros				

29.- Puede describirme como es la relación con su familia cuando no toma.

Muy buena() Buena() Regular() Mala()

30.- Se ha fijado si cuando toma, las relaciones con su familia.

Mejoran() Permanecen igual() Empeoran()

No se ha fijado()

31.- En su casa hay licor o cerveza.

Si() No() Están disponibles para usted()

Solo para visitas()

(En caso de que la respuesta sea afirmativa)

Siempre() Casi siempre() Rara vez() Nunca()

32.- Sería usted tan amable de decirme cuándo fue la última vez que bebió.

Ayer() Hace dos o tres días() Hace una semana()

Hace dos semanas() Hace un mes() Hace más de un -

mes() Cuánto_____

33.- Considera que necesita algún tipo de ayuda para moderar su consumo de cerveza o licor.

Si() No() Titubeante() Se molesta con la pregunta() Otros _____

34.- Cuando toma ha notado si siente usted alguno de los siguientes malestares:

MALESTARES	Mientras toma	Poco tiempo después	Constantemente
Mareos			
Dolor de cabeza			
Dolor estomacal			
Naúseas			
Vómitos			
Sudoración			
Diarrea			
Olvidos			
Alucinaciones			

35.- Ha intentado dejar de beber. Si () No ()

Si la respuesta es afirmativa, dígame si fue por:

Tratamiento médico, Psicológico u otro ()

Motivos religiosos ()

Decisión personal ()

Presión familiar ()

Otros _____

36.- Si usted ha intentado dejar de tomar, dígame, recibió algún tipo de ayuda de:

Médicos () Alcohólicos anónimos () Sacerdote ()

Familiar () Centros de atención () Otros _____

37.- Voy a decirle algunas actividades, me puede decir usted si las realiza; En caso afirmativo, si toma cuando las desarrolla, más o menos cada cuándo y si lo hace solo o acompañado.

TOMA

ACTIVIDADES	Si	No	Si	No	Diario	Semanal	Mensual	Semestral
Cine, Teatro								
Paseos								
Fiestas								
Juegos de mesa								
Días de campo								
Práctica de deportes								
Presenciar deportes								
Vacaciones								
Otra								

38.- Dígame por favor, ha tenido algún problema en su trabajo a causa del alcohol.

Si () No () (en caso afirmativo) Dígame cuáles:

Despido() Suspensiones() Llamadas de atención()

Accidentes() Daños a terceros() Daños a máquinas o material() Pérdida de oportunidades() Otros _____

39.- En aquellas veces en que usted ha tomado, le han ocurrido problemas legales.

Si () No () (en caso afirmativo) dígame de que tipo.

Accidentes en la vía pública() Detenciones por es--
tar tomando() Riñas o agresiones a terceros()
Daño a propiedad privada() Otros _____

PARA TERMINAR VOY A LEER UNAS AFIRMACIONES Y QUIERO -
QUE POR FAVOR ME DE USTED SU OPINION O LO QUE PIENSA
DE ELLAS.

40.- Solo los hombres toman:

(1) muy de acuerdo (2) de acuerdo (3) indeciso
(4) en desacuerdo (5) en contra.

41.- El alcohol es malo para la salud

(1) (2) (3) (4) (5)

42.- El alcohol afecta la relación familiar

(1) (2) (3) (4) (5)

43.- Se bebe para complacer a los amigos

(1) (2) (3) (4) (5)

44.- Se toma para olvidar las penas

(1) (2) (3) (4) (5)

45.- El alcohol embrutece

(1) (2) (3) (4) (5)

46.- Quiénes toman alcohol no hacen bien su trabajo

(1) (2) (3) (4) (5)

47.- El alcohólico es un enfermo incurable

(1) (2) (3) (4) (5)

48.- El tomar bebidas alcohólicas aclara la mente

(1) (2) (3) (4) (5)

49.- El tomar alcohol aumenta la potencia sexual

(1) (2) (3) (4) (5)

50.- Tomar facilita la comunicación

(1) (2) (3) (4) (5)

51.- Se debe castigar a los que toman

(1) (2) (3) (4) (5)

52.- Los que toman se hacen más valientes

(1) (2) (3) (4) (5)

53.- El tomar genera alegría

(1) (2) (3) (4) (5)

54.- Cuando se toma se hacen amigos

(1) (2) (3) (4) (5)

55.- Cualquiera puede tomar alcohol

(1) (2) (3) (4) (5)

Apéndice 5.- Cuestionario de evaluación de Drogadicción.

Las respuestas que Ud. dé a las preguntas de este cuestionario son altamente confidenciales, es decir, lo que usted responda solamente será utilizado por los Psicólogos - que hacen suservicio social en San Miguel Chalma, y ninguna otra persona, ajena a nuestro servicio, tendrá acceso a ellos.

Es importante que responda con la verdad, de esoddepen de el trabajo que podamos llevar en su comunidad.

- 1).- NOMBRE _____
 - 2).- DIRECCION _____
 - 3).- EDAD _____ 4).- ESTADO CIVIL _____
 - 5).- SEXO _____
 - 6).- Vive Ud. en esta colonia hace...
 - a) menos de 1 año
 - b) 1-2 años
 - c) 2-5 años
 - d) más de 6
 - 7.- Vive Ud. con...
 - a) padres
 - b) hermanos
 - c) parientes
 - d) esposo(a)
 - e) otros
 - 8).- Antes de vivir aquí habitó en...
 - a) D.F.
 - b) Edo. México
 - c) Otro Edo. de la República
 - 9).- Cual fue la causa de que viniera a vivir a este lugar?
 - a) trabajo
 - b) estudios
 - c) matrimonio
 - d) otro
 - 10).- Cuantos miembros componen su familia?
 - a) 3
 - b) 4-6
 - c) 7-10
 - d) más de 10
 - 11).- Que edad tiene su esposo(a)?
-

- 12).- Su esposo trabaja?
a) si b) no
- 13).- En donde trabaja?
a) fábrica b) construcción c) independiente
d) industria e) otro
- 14).- Cuantas horas trabaja al día su esposo?

- 15).- Cuantos días trabaja a la semana?

- 16).- Su ingreso mensual es de...
a) 3-5 mil pesos b) 5-10 mil pesos c) 10-15 mil -
pesos
d) 15-20 mil e) 20 mil pesos o más
- 17).- Cuantos hijos tiene?

- 18).- Cuantos hijos estudian?

- 19).- Y que estudian?

- 20).- Espera tener más hijos?
a) Si b) No
- 21).- Cuantos?

- 22).- Alguno de sus hijos ha fallecido?

- 23).- Cual fue la causa de su fallecimiento?
a) accidente b) enfermedad c) congestión alcohólica
d) sobredosis de droga e) otro

- 24).- En su casa se consumen bebidas alcohólicas?
a) si b) no
- 25).- Que tipo de bebidas?
a) cerveza b) tequila c) ron d) brandy e) otro
- 26).-Cuál con mayor frecuencia?
a) cerveza b) tequila c) ron d) brandy e) otro
- 27).- Quién la consume?
a) Ud. b) esposo(a) c) hijo(s) d) otro
- 28).- Cada cuando la consumen?
a) diario b) cada tercer día c) los fines de semana
d) los días festivos e) no hay día fijo.
- 29).- En que cantidad se consume?
a) mucho b) poco c) regular d) demasiado
- 30).- Alguien toma medicamentos en su familia?
a) si b) no
- 31).- Quién?
a) Ud. b) esposo(a) c) hijos d) hijas e) otros
- 32).- Los recetó el médico?
a) si b) no
- 33).- Los recetó otra persona?
a) si b) no
- 34).- Quién?
-
- 35).- Son autorrecetados?
a) si b) no

- 36).- Con que finalidad los usan?
a) enfermedad b) calmar dolor c) para dormir
d) costumbre e) para tranquilizar f) otro
- 37).- Existe el problema de la drogadicción en la comunidad?
a) si b) no
- 38).- Como lo sabe?
a) lo ha visto b) se lo dijeron c) otro
- 39).- Quienes se drogan o intoxican son?
a) niños b) adolescentes c) jóvenes d) adultos
- 40).- A podido darse cuenta de lo que consumen?
a) si b) no
- 41).- Que consumen?
a) marihuana b) pastillas c) inyecciones
d) thinner e) cemento f) otros
- 42).- En su familia existe el problema de la drogadicción?
a) si b) no
- 43).- La consume algún miembro de la familia
a) esposo(a) b) hijos(as)
- 44).- Que edad tiene y que sexo tiene?
-
- 45).- Como lo sabe?
a) lo ha visto b) se lo dijo otra persona
c) sus otros hijos lo han visto d) otro
- 46).- No lo sabe pero lo sospecha?
a) si b) no

47).- Porqué lo sospecha?

- a) cambio de carácter b) por los amigos que tiene
c) porque le ha encontrado algo d) otro

48).- Hace cuanto tiempo lo sospecha?

49).- Alguna vez a visto droga en su casa?

- a) si b) no

50).- Que tipo de droga ha encontrado en su casa?

51).- Que ha hecho cuando esto ha sucedido?

52).- Si hay algo que no hayamos considerado y que ud. ---
quiere considerar, haga el favor de anotarlo en el -
siguiente espacio.

Apéndice 6.- Breve Monografía de la Comunidad de San Miguel Chalma.

En esta comunidad, desde hace 5 años (1978) los alumnos y profesores de la carrera de psicología en la ENEPI, -- han estado trabajando a través de diferentes áreas como Desarrollo y Educación, Social Aplicada y Educación Especial y Rehabilitación, esta última desde hace 3 años. Se han ofrecido diversos servicios como son: el jardín de niños, -- clases de regularización, programas de alfabetización y en -- trenamiento específico a niños con necesidades de educación especial.

Geográficamente, San Miguel Chalma se encuentra ubicado dentro de los límites del municipio de Tlalnepantla, -- Edo. de México; al Norte limita con la colonia Guadalupe, -- al Sur con el ejido de San Lucas Patoni, al Este con la co -- lonia Zona Escolar y al Noroeste con el reclusorio Norte -- del Distrito Federal.

Esta considerada como colonia suburbana o marginada, -- ya que no cuenta con todos los servicios públicos como pa -- vimentación, red eléctrica, teléfonos públicos, servicio -- de agua potable diario, etc. Cuanta aproximadamente con -- una población de 10 000 hab.

Vivienda.- La mayoría de las viviendas construidas en

la comunidad estan elaboradas con material como ladrillos, vigas, varillas pero sin recubrimientos. Las casas más grandes estan ubicadas a lo largo de la calle principal y sus propietarios son por lo general ejidatarios y los colonos más acomodados de la comunidad; que forman un grupo de poder conocido como "Unión de Chalma". Las demás calles estan compuestas por una combinación de casas donde hay vecindades multifamiliares, casas unifamiliares y algunos cuartos.

Servicios Educativos.- Existen 2 escuelas primarias oficiales, 2 jardines de niños particulares, 1 centro parroquial que cuenta con un jardín de niños primaria y secundaria.

Esta además, el jardín de niños establecido por los psicólogos de Educación y Desarrollo inicialmente, actualmente a cargo del área de Social Aplicada y la escuela de Educación Especial y Rehabilitación.

Servicios de Salud.- Dentro de la comunidad se encuentran 4 consultorios particulares y un dispensario médico de SSA en donde presta su servicio social una doctorada egresada de la ENEPI.

Servicios Recreativos.- La comunidad no cuenta con ningún centro recreativo, cultural o deportivo, solo hay 2

canchas de basketbol en malas condiciones. En cuanto a asociaciones deportivas solamente hay 2 equipos de futbol que juegan en las colonias aledañas los fines de semana.

Tipo de Organización en la Comunidad.

Junta de Mejoras.- Organización Representativa de carácter voluntario cumple funciones administrativa, y burocráticas en el Municipio de Tlalnepantla.

Conisariado Ejidal.- Esta, cumple con todas las funciones que pueda desarrollar, como la explotación de tierras para cultivo, por ejemplo; y es la organización más fuerte de la comunidad.

Comités Distritales del PRI.- Agrupan a un promedio de 10 personas y su objetivo es de tipo político, en ocasiones desempeñan labores como organización de obras de beneficencia. Dentro de esta organización también existen un grupo de mujeres pertenecientes al ANFER que es el sector femenino del partido.

A continuación se presentan algunos datos específicos del cuestionario socioeconómico que se aplicó al inicio del programa a los miembros de la muestra.

Ocupación del padre.- El 60% trabaja como obrero, el

30% en algun oficio como ebanista, tapiceros, etc y el 14% se encontraba sin empleo.

Escolaridad del padre.- El 70% no tenfa la educación primaria terminada y el 30% correspondió a los padres con la educación primaria terminada.

Ocupacion de la madre.- El 100% de las madres cuestionadas se dedican al hogar.

Escolaridad de la madre.- El 50% no contaba con la primaria terminada, el 30% con la educación secundaria incompleta y el 10% sin ninguna escolaridad, 10% completa.

Ingreso mensual familiar.- El 60% percibe un ingreso correspondiente al salario mínimo, el 30% un ingreso mensual variable entre 5-10 mil pesos y el 10% entre 3-5 mil pesos. En todas las familias encuestadas solo el padre contribuye al gasto familiar.

Distribución del ingreso familiar.- En el 100% de las familias, el 70% del ingreso se destina a la alimentación, el 20% en vestido y el 10% en medicamentos y otros.

Número de hijos por familia.- El 60% correspondió a un rango de 3 a 4 hijos, el 20% a un rango de 1 a 2 hijos y 20% a 5 hijos o más por familia. El rango de edades de

mayor frecuencia es de 4 a 5 años, después de 6 a 12 y finalmente de 0 a 3 años.

Tipo de alimentación.- El consumo de leche reportada fue el siguiente: el 80% la consume diariamente, debido -- probablemente a que en estas familias había niños pequeños, el otro 20% la consumía 2 veces por semana. Carne: el 10% consume carne todos los días, el 10% 5 veces por semana, - el 40% 3 veces por semana y el 10% dos veces por semana. - Pescado; el 40% lo consumen una vez por semana, el 40% dos veces por semana y el 20% no lo consumen. En cambio el -- consumo de pan y tortillas en el 100% de las familias es - de 7 veces por semana.

Hábitos higiénicos.- El 100% de las señoras reportó - lavarse las manos de 4 a 5 veces diarias, el 50% reportó - bañarse diariamente y el otro 50% cada tercer día. Lavado - de dientes: solo el 30% reportó lavarse los dientes 3 veces al día.

Servicios médicos-asistenciales.- El 60% reportó tener derecho al IMSS o al ISSSTE, el 40% recurren a dispensarios particulares.

Actividades de la familia dentro y fuera del núcleo - familiar.- El 50% de las familias reportó no tener ningún

tipo de actividad social, cultural, deportivo, religioso o recreacional, el 40% reporta como actividad cultural asistir al cine ocasionalmente y el otro 10% a actividades religiosas los domingos.

Tipo de vivienda.- El 60% reportó vivir en casa, el 20% en departamento y el 10% en cuarto redondo.

Tipo de tenencia.- El 60% de las casas es rentada, el 20% prestada por la familia y el otro 20% propia.

Resultados del cuestionario Socioeconómico.

Ingreso por familia	%
Salario Mínimo	60
menos del salario mínimo \$ 5- 10,000.	30
\$ 3 a 5,000.	10

Distribución de Ingreso	%
alimentación	10
vestido	20
otras (medicinas, diversiones, escuela)	0

Figura 12 a y b. - Tablas que comparan el ingreso mensual por familia de la muestra y (b) como se distribuye.

Escolaridad	Sin escolaridad	Primaria Incompleta	Primaria Terminada	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Escuela Técnica
Padre	-	70%	30%	-	-	-
Madre	10%	50%	-	30%	10%	-

Figura 12 b y d. - Tablas que comparan el porcentaje de respuestas en relación con la escolaridad de los conyuges de la muestra. En (d) muestra el porcentaje de respuestas de la ocupación de los padres.

Ocupación	Sin empleo	Hogar	obrero	oficio	Técnico	profesion
Padre	10%	-	60%	30%	-	-
Madre	-	100%	-	-	-	-

Tipo de ALIMENTACION	NO. DE VECES POR SEMANA							
	-1	1	2	3	4	5	6	7
Leche		20%						80%
carne			30%	40%	10%	10%		
huevo			10%	30%			60%	
pesca do	20%	40%	40%					
Pan								100%
tortillas								100%

Figura 13a. - Tabla que muestra el porcentaje de consumo de algunos alimentos por familia, de la muestra.

Tipo de Actividades por Familia					
Social	Cultural	Deportiva	Recreativa	Religiosa	Ninguna
—	40% cive ocasionalmente	—	—	10% ir a misa domingos	50%

Figura 13e. Tabla que muestra el porcentaje de la asistencia por familia a diferentes actividades (manejo del tiempo libre)

Hábitos	Higiénicos	
Lavado de dientes	30% 3 veces al día	70% - de 3 veces
baño	50% baño diario	50% 4 a 30 días
Lavado de manos	100% 4 a 5 veces diarias	

Figura 13b. - Tabla que muestra el porcentaje de ejecución de algunos hábitos higiénicos.

Vivienda	%	Tenencia	%
CASAS	60	rentada	60
departamento	20	prestada por la familia	20
cuarto redondo	10	propia	20

Figura 13d. Tabla que muestra el porcentaje del tipo de vivienda de las familias de la muestra.