



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Estudio Epidemiológico sobre Salud Mental en una muestra representativa de un Plantel de Nivel Medio Superior

7297
PSIC
GUINOR
AM

Tesis Profesional
Que para obtener el título de
Licenciado en Psicología

presentan

M-0056452

LOPEZ PALACIOS ALFONSO
VEGA RAMOS MARIA LEONOR

Asesor: Lic. ALMA MIREYA LOPEZ-ARCE



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

la Facultad de Psicología
a nuestros maestros.

Un especial reconocimiento a la
Lic. Alma Mireya López Arce C.
por su guía y apoyo para la rea-
lización de este trabajo.

todas aquellas personas que
recta o indirectamente han
ntribuido a nuestra forma--
ón y superación profesional.

A nuestros amigos y compañeros.

T. Ps. 4438

mis padres Alfonso López e
aura Palacios por el afecto
apoyo que me han brindado.

A mis hermanos con afecto.

tí Leo por tantas cosas,
ro sólo una palabra lo
ce todo, por tu amor.

Alfonso

con cariño inmenso a mis
padres, por su ejemplo de
fortaleza y amor.

A mis hermanos y sobrinos por
lo hermoso que cada uno de
ellos me ha brindado.

A tí, por hacerme partícipe
de tu vida y por todo el
amor y ternura que para
mí encierras.

Leonor

El goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica o social."

Carta de las Naciones Unidas y Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud.)

"La forma en que la gente vive, lo que come, lo que cree, lo que valora, la tecnología de que dispone son indicadores significativos de la salud individual y colectiva."

L. Saunders

I N D I C E

	PAGINA	
INTRODUCCION.....	1	
CAPITULO I		
Antecedentes Históricos.....	5	
Antecedentes Científicos.....	13	
CAPITULO II MARCO TEORICO.....		19
CAPITULO III METODOLOGIA		
Planteamiento del Problema.....	40	
Hipótesis.....	40	
Objetivo.....	41	
Indicadores.....	42	
Sujetos.....	45	
Escenario.....	46	
Instrumentos.....	47	
Procedimiento.....	49	
Manejo de Resultados.....	50	
CAPITULO IV RESULTADOS.....		51
CAPITULO V		
Discusión y Conclusiones.....	58	
Limitaciones y Sugerencias.....	65	
ANEXO I.....		68
ANEXO II.....		104
BIBLIOGRAFIA.....		108

M-0086452

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

La salud es una resultante de la interacción de factores biológicos, ambientales, económicos, psicológicos y sociales. En este contexto, en la medida que la población disponga de empleo, de una dieta alimentaria equilibrada, de una vivienda higiénica, de servicios de agua potable y drenaje, de un hábitat salubre, de educación y de servicios que le permitan ocupar adecuadamente su tiempo libre, en esa medida estarán los habitantes en mejores posibilidades de resistir los agentes que producen la enfermedad y la muerte. Por lo tanto, el mejoramiento sustancial del nivel de salud dependerá de que sean complementarias y estén debidamente articuladas las acciones que realicen las dependencias y entidades involucradas y los diversos sectores de la sociedad para mejorar la calidad de vida de la población.

La psicología ha aprendido mucho acerca de la conducta del hombre dentro de ciertas condiciones artificiales y sumamente controladas, pero se sabe muy poco de su conducta en el ambiente natural donde el interjuego entre los factores internos y externos es extraordinariamente importante.

En consecuencia es necesario redefinir y ampliar periódicamente la esfera de acción del profesional de la salud mental, ya que es probable que muchos tipos de conducta considerados síntomas de perturbación de la personalidad se hallen presentes en gran número de personas que encuentren insatisfactorias sus vidas a causa de los mismos. Esto lleva a un --

compromiso de parte del campo de la salud mental para con un porcentaje asombrosamente alto de la población general. Este hecho ha creado muchos problemas y ha jugado un papel muy importante en el desarrollo reciente de la psicología de la comunidad, como una forma nueva y posiblemente más efectiva de tratar con las necesidades abrumadoras de servicio. Este enfoque requiere que el trabajador de la salud mental sea un interventor activo en vez de esperar pasivamente a que los problemas lleguen a él.

La presión creciente para concentrarse en la prevención de la enfermedad mental, ha sido otro contribuidor reciente en el desarrollo del movimiento de la psicología de la comunidad. Un enfoque de investigación valioso para ésta es la epidemiología; disciplina "que se ocupa de estudiar la distribución y condiciones que determinan los diferentes estados de salud o de enfermedad en las poblaciones humanas" (Vega Franco, 1985). La unidad de estudio en la epidemiología es el grupo de población más que el individuo sólo, dado que éste se encuentra en constante interacción con su medio. Un aspecto esencial de la epidemiología es la medición de la frecuencia del mal.

Si bien, por limitaciones de la presente investigación no se intenta establecer la relación exacta entre salud mental con índices de deserción, reprobación y desorientación vocacional, es necesario hacer notar que consideramos que tal relación existe y por lo tanto, el presente estudio puede ser utilizado para modificar o elaborar programas tendientes a intervenir en la problemática de la población en estudio, y de es-

forma disminuir las dificultades que se presentan en la vida escolar del estudiante.

El propósito de la presente investigación es el estudio epidemiológico de una población estudiantil de nivel medio superior, con el fin de determinar el tipo de población con que cuenta en términos de salud mental.

Los objetivos del son:

-Conocer la problemática en cuanto a salud mental se refiere de una comunidad estudiantil de nivel medio superior.

-Promover el desarrollo de programas de prevención a nivel primario, secundario y terciario, tendientes a disminuir la prevalencia de las alteraciones mentales en la ya mencionada comunidad.

Este estudio se hace desde el marco relativamente nuevo de la psicología comunitaria, misma que tiene sus bases en la medicina de salud pública.

APITULO I.- ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS

ANTECEDENTES HISTORICOS

Para comprender las teorías acerca de la perturbación mental o conductual, uno tiene que especificar primero a que conducta se le considera perturbada.

Un estudio de la historia del pensamiento concerniente a este problema humano revela que las concepciones de la conducta que se considera perturbada o anormal no han sido constantes. Las referencias en escritos antiguos a la conducta anormal incluyen ejemplos tales como los ataques epilépticos, los delirios de grandeza y el deterioro mental grave.

Hipócrates, el médico griego al que se considera el padre de toda la medicina, escribió muchas buenas descripciones de las que eran vistas como perturbaciones mentales en su tiempo. Estas incluyen las que ahora llamaríamos psicosis postparto y los estados de delirio asociados a veces con la fiebre alta. Describió así mismo la epilepsia, la manía, la melancolía, el deterioro intelectual extremo y un delirio alcohólico semejante a lo que en la actualidad se denomina delirium tremens.

La Roma Imperial importó de Grecia la medicina y produjo muchos practicantes destacados que escribieron también sobre las perturbaciones mentales de su tiempo. De tal manera, los médicos romanos describieron la depresión y los estados de delirio así como los elementos de una perturbación que muchos siglos más tarde iba a ser llamada esquizofrenia.

La Edad Media contempló una decadencia en la riqueza del

samiento y la observación que caracterizó a las culturas egipcia y romana. No obstante, es patente que las perturbaciones mentales que caracterizaron a las épocas anteriores eran frecuentes durante la Edad Media y además, aparecieron unas tantas aberraciones conductuales que fueron únicas del período tales como el fenómeno de grupo que comprendía a grandes procesiones de gente que, creyendo que el mundo estaba próxima a su fin, viajaba por el campo haciendo penitencia pública por su conducta pecadora. Sin duda, estos fenómenos conductuales peculiares del Medievo fueron inducidos por la estricta religiosidad de la época.

Desde el fin de la Edad Media hasta el siglo XIX, la concepción del hombre de lo que era conductualmente anormal siguió haciendo hincapié en los tipos de perturbaciones ya mencionados. Tal vez la aportación más significativa del siglo XIX fue el concepto de la demencia precoz, de la cual surgió la entidad conocida como esquizofrenia. La demencia precoz, divulgada por Emil Kraepelin, comprendía varias perturbaciones que habían sido reconocidas anteriormente pero a las que no se les había asociado necesariamente una con otra. Algunas perturbaciones conductuales menos extremas a las que ahora se consideran psicosis fueron advertidas por algunos.

Sin embargo, durante muchas centurias el hombre se interesó solamente por aquella conducta que fuera tan diferente de la ordinaria que aquellos que la manifestaban parecieran -

si otros seres que no humanos.

La obra de Sigmund Freud, que comenzó al término del siglo XIX, culminó en una revolución mayor de la salud mental.

El aspecto revolucionario de la obra de Freud derivó en parte, desde luego, del contenido de las teorías que él exponía, pero resultó así mismo de sus experiencias con los histéricos y los psiconeuróticos.

La calidad del trabajo y el pensamiento de Freud, sus explicaciones de cómo se desarrollaban las neurosis, y su éxito al tratarlas por medios psicológicos despertaron una gran atención entre los interesados por las perturbaciones mentales; un sector significativo del ramo vino a aceptar las neurosis, mucho menos incapacitantes que las psicosis, como problemas dignos de preocupación y esfuerzo.

En la actualidad podemos definir la enfermedad como:

Un proceso físico, mental y social que incapacita al individuo para satisfacer sus necesidades básicas (y desarrollar sus capacidades intelectuales, artísticas, cuando esto sea posible) en una formación social determinada"¹.

Por otro lado, concebimos la salud como: "Una condición física y mental. Pero debemos dar un paso más y considerar la salud en su aspecto social también. Un individuo sano es aquel que está equilibrado en su cuerpo y en su mente, y bien adaptado a su medio ambiente físico y social. Está en pleno control de sus facultades físicas y mentales, es capaz de adaptarse a cambios de ambiente siempre y cuando no rebasen -

límites normales, y contribuye al bienestar de la sociedad, de acuerdo con sus posibilidades. Por lo tanto, la salud no solamente ausencia de enfermedad: es algo positivo, -- actitud positiva ante la vida, y una jovial aceptación de responsabilidades que la vida impone a la persona" (Sigerist, 1941).

El proceso de redefinir y ampliar periódicamente la esfera de acción de lo que se concibe como una perturbación de la conducta ha llevado a un compromiso de parte del campo de la salud mental para con un alto porcentaje de la población general. Este hecho ha jugado un papel importante en el desarrollo reciente de la psicología de la comunidad.

"En una encuesta histórica de la psicología clínica, -- Mersch (1969) fijó la fecha del nacimiento de la psicología de la comunidad en mayo de 1965. En el transcurso de ese mes, un grupo de psicólogos empeñados activamente en desarrollar programas de salud mental de la comunidad se reunió en Boston. Caracterizaron a los psicólogos de la comunidad como agentes de cambio, analistas de los sistemas sociales, consultores sobre asuntos de la comunidad y estudiosos en general -- el hombre entero en relación con la totalidad de sus ambientes" ..

No obstante, si bien la conferencia de Boston marcó el nacimiento de la psicología de la comunidad, varias exposiciones y declaraciones anteriores acerca del papel del psicólogo en el campo de la salud mental deben ser reconocidas como con

buyentes a su concepción.

Sanford (1958) dijo: "Quiero predecir que el movimiento la salud mental, como fenómeno social y cultural se dará - esta dirección positiva, con un énfasis en la promoción de elasticidad y la vida creativa. Deseo hacer notar que los psicólogos, si pueden dedicar sus mentes fértiles al problema no se ajustan demasiado al estilo de vida clínico-médico, pueden hacer una enorme contribución social a esta clase de movimiento de la salud mental"³.

Unos pocos años después de que apareció el documento de Sanford, Gelfand y Kelly (1960) agregaron, que además de asumir los nuevos papeles de la comunidad fuera de las clínicas y hospitales, los psicólogos necesitan desarrollar una orientación hacia la salud.

Al describir un programa de preparación sobre "psicología clínica de la comunidad", Jones y Levine (1963) afirman así mismo la necesidad de rechazar un modelo de enfermedad o de afección en favor de una mayor preocupación por promover la conducta saludable o el funcionamiento óptimo.

Subsecuentemente a la conferencia de Boston, Rieff (1968) habló apasionadamente de una necesidad del psicólogo - la comunidad de desarrollar una nueva perspectiva conceptual que le permitiera al profesional intervenir en un sistema social de parte de algún conjunto de individuos que necesitan asistencia.

Resulta interesante que en estos ejemplos de declaraciones

ción, proporcionaron ciertos indicios sobre los cuales actuar. Un vívido ejemplo de ésto lo constituyó la epidemia de cólera del siglo XIX que barrió a Londres. Una vez que aparecieron - varios casos de la enfermedad, se les hizo patente a las personas que estaban proyectando su localización en la ciudad -- que la mayoría de los que estaban contagiados tomaban el agua de un pozo particular. Este hallazgo de un estudio epidemiológico relativamente burdo sugirió un procedimiento preventivo eficaz, aún a falta de una comprensión cabal de la etiología del cólera: la eliminación de la palanca manual del pozo sospechoso. A la larga, el descubrimiento de los microorganismos causantes del mal promovieron la causa de la medicina de la - salud pública de manera significativa. Este ejemplo fundamental de un esfuerzo de gran alcance para descubrir la causa de una perturbación, y la disposición de los esfuerzos enérgicos para prevenirla, es idéntico a la misión del psicólogo de la comunidad.

La idea de intentar prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, en vez de tratarla únicamente después de que ha - aparecido, no es nueva. Fué propuesta en los primeros años de 1900 por el doctor Adolph Meyer, uno de los psiquiatras más - influyentes del siglo XX. En este sentido se concibe que: "La salud mental no es una condición estática, sino sujeta a va--riaciones e influida por factores tanto biológicos como sociales. Es al igual que en el caso de la salud física, una manifestación ecológica de la relación individuo-ambiente. El concepto de salud mental implica la capacidad de un individuo pa

a establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en modificaciones de su ambiente físico-social o de contribuir a él de modo constructivo; implica capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, potencialmente en conflicto; implica, además, que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad en forma tal, que le permite hallar expresión armoniosa para realizar sus potencialidades" (San Martín, 1984).

Después de hacer una breve reseña acerca de la psicología comunitaria, pasemos ahora a definirla: "La psicología de la comunidad es considerada como un enfoque de los problemas de la conducta humana que destaca las contribuciones hechas a su desarrollo por las fuerzas ambientales así como en las contribuciones potenciales por hacer con miras a su alivio mediante la utilización de estas fuerzas"⁴.

Por otro lado, "la salud mental de la comunidad abarca todas las actividades que están involucradas en el descubrimiento, desarrollo y organización de cada instalación de una comunidad que efectúa todos los intentos que hace la comunidad para promover la salud mental y prevenir y controlar la enfermedad mental" (Howell, citado por Goldston, 1965).

La psicología de la comunidad ha emergido dentro de un contexto en el que todas las profesiones de la salud mental han manifestado considerable interés por lo que concierne al papel de las fuerzas ambientales en la creación de los problemas conductuales.

⁴
Zax, op. cit., p.3

Las agencias de salud mental se han extendido a los sistemas escolares, las vecindades de clase baja, las estructuras políticas y administrativas de la comunidad, y un sinnúmero de otras situaciones que han sido virtualmente ignoradas hasta este momento.

Aquí, en México el Doctor Calderón Narváez en su libro sobre Salud Mental Comunitaria, plantea que el Departamento de Psicología Clínica tiene por objetivo llevar a cabo labores de carácter preventivo, de identificación, orientación y tratamiento en el campo de las alteraciones y deficiencias conductuales y de ajuste al medio ambiente.

La Facultad de Psicología de la UNAM cuenta con un Centro Comunitario en la colonia Ruiz Cortinez, dicho centro lleva a cabo actividades propias de la psicología comunitaria.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Según datos estadísticos emitidos por la Organización Mundial de la Salud en lo que se refiere a salud mental, se estima que la prevalencia de los trastornos mentales graves como la esquizofrenia, los trastornos afectivos y los síndromes encefálicos crónicos no es inferior al 1%; algo más de 45 millones de enfermos mentales de todo el mundo ven comprometidas sus funciones sociales y laborales a causa de esas afecciones.

La prevalencia de la epilepsia en la población va de 3 a 5 por 1000 en el mundo industrializado y llega a una proporción de 15 a 20 y hasta de 50 por 1000 en algunas zonas del

undo en desarrollo, lo que representa unas 10 veces más.

Según estimaciones, la frecuencia de trastornos afectivos y de la conducta (en particular los neuróticos y de la personalidad) es del 5 al 15% en la población general.

Muchos pacientes con síntomas psicossomáticos que acuden a los agentes de salud en el primer nivel de contacto no presentan un estado patológico orgánico verificable, o se quejan de molestias y disfunciones desproporcionadas al problema físico que presentan. Los estudios clínicos realizados en países industrializados indican que éste es el caso en una proporción que va del 30 al 50% del total de las consultas; en los países en desarrollo es aproximadamente del 15 al 25% de las personas que recurren al personal de atención de salud, lo que representa el grupo más importante de causas de consulta en atención primaria.

En la región de Europa de la OMS el número de países con una ingesta anual por habitante de más de 10 litros de alcohol puro pasó de 3 en 1950 a 18 en 1979. Los países de la Región del Pacífico Occidental de la OMS notifican que en los años 70 se han registrado marcados aumentos en cuanto a daños para la salud, criminalidad y accidentes, siempre en relación con el alcohol.

La tendencia mundial sigue siendo ascendente con aumentos particularmente marcados en el consumo de bebidas alcohólicas de producción comercial en algunos países en desarrollo de Africa, América Latina y el Pacífico Occidental.

En muchos países el consumo del alcohol va en rápido au-

ento entre los adolescentes y entre las mujeres.

El análisis de las tendencias que se observan en la frecuencia y la gravedad del uso indebido de drogas y la farmacodependencia ha revelado una agravación general del problema en la mayoría de los países. Recientemente se estimó que hay un total de 48 millones de personas que hacen uso indebido de drogas en todo el mundo.

La prevalencia del retraso mental grave antes de los 18 años de edad es aproximadamente de 3 a 4 por 1000; la prevalencia de retraso mental leve y moderado es aproximadamente de 20 a 30 por 1000. Se calcula que hay en el mundo de 90 a 130 millones de personas que padecen retraso mental.

La violencia es una de las principales causas de defunción en la mayoría de los países y representa una gran proporción de años de vida perdidos, los factores psicosociales y los trastornos mentales tales como la sociopatía y psicopatía desempeñan un papel importante en la violencia, que aunque tradicionalmente no se considera como un problema médico, es una importante fuente de mortalidad y morbilidad.

Los comportamientos excesivamente arriesgados entre los jóvenes tales como: la experimentación con las drogas y el alcohol, la actividad sexual sin precauciones contra las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos de las adolescentes, la conducción de vehículos a velocidades excesivas y el rechazo general a las normas establecidas son causas importantes de morbilidad y mortalidad. (39a. Asamblea Mundial de la Salud).

Por otra parte, una forma de dar una imagen de los problemas relacionados con la Salud Mental en México es exponer algunas cifras derivadas de estadísticas y encuestas epidemiológicas que, en todo caso, deben tomarse con reserva.

Se considera que el 1% de total de la población del país está afectada en forma severa y que el 10% de los individuos no está en un momento de su vida. Se ha calculado que la prevalencia de enfermos psicóticos oscila entre el 10.1 y 14 por 1000 habitantes en la población mayor de 14 años.

El índice de prevalencia de la epilepsia es de 10.3 cifra más elevada que la que se ha dado a conocer en otros países.

Las diversas formas de farmacodependencia son difíciles de cuantificar. Algunos estudios atribuyen a la farmacodependencia en la población de 14 años en adelante, una tasa de 0.46% con predominio del abuso de la marihuana y las sustancias volátiles.

En cuanto al alcoholismo, la mortalidad causada por cirrosis hepática, uno de los indicadores más usados, no ha variado en los últimos 5 años y figura en el noveno lugar entre las causas de mortalidad general con una tasa de 20 por 100 000 habitantes. Según Bustamante, entre el 5.7 y 7% de la población de personas mayores de 14 años son alcohólicos.

La incidencia y prevalencia de los desórdenes de la personalidad y la neurosis son aún más difíciles de estimar. Algunos estudios sugieren que, por lo menos, la quinta parte de los enfermos que acuden a los centros de salud y a la consul-

externa de los hospitales padecen algún trastorno psiquiá-
lico que requiere atención.

Se considera que de 12 de cada 1000 personas sufren re-
traso mental, incluyendo 75% de casos leves, lo que hace un -
total de 800 mil aproximadamente. (De la Fuente, R, 1982).

La Facultad de Psicología de la UNAM llevó a cabo en la
Ciudad de México en 1981 una investigación con 250 fami-
lias y un total de 1390 personas para determinar aspectos de-
mográficos y detectar problemas de salud mental. Los resulta-
dos obtenidos en lo que se refiere a prevalencia y tasa de --
morbilidad por cada 1000 habitantes se presentan en la si-----
siguiente tabla:

<u>Trastornos mentales</u>	<u>Prevalencia</u>	<u>Tasa de morbilidad</u>
Trastornos psicológicos leves	13.4%	16.5
Trastornos psicológicos graves	10.0%	12.2
Retraso en el desarrollo y ineficiencia mental	19.0%	23.0
Alcoholismo	11.1%	13.6
Reacciones neuróticas	39.1%	42.2
Epilepsia	1.1%	1.4
Esquizofrenia	1.7%	2.1
Dependencia de farmacodependencia	2.3%	2.8
Psicopatías	2.3%	2.8

TABLA No. 1

De acuerdo a los resultados de la tabla anterior se en-
contró una tasa de morbilidad de trastornos mentales de 123 -
por cada 1000 habitantes.

Así mismo, en el IPN en el nivel medio superior se llevó a cabo una investigación llamada: "Estudio Descriptivo sobre Salud Mental y Expectativas de Orientación Educativa en una muestra Representativa de la Población del CECyT #Narciso Bassols" (López Arce, et al., 1985). Dicha investigación sirve de apoyo al presente trabajo y se realizó con una población de 380 alumnos.

Los resultados encontrados en lo que se refiere a prevalencia y tasas de morbilidad por cada 1000 estudiantes fueron los siguientes:

<u>Trastornos mentales</u>	<u>Prevalencia</u>	<u>Tasa de morbilidad</u>
Trastornos de adaptación		
en la adolescencia	32%	36
Alcoholismo	11%	12
Neurosis	34%	39
Epilepsia	5%	6
Esquizofrenia	8%	9
Dependencia de drogas	5%	6
Psicopatías	5%	6

TABLA No. 2

De acuerdo a la tabla anterior por cada 1000 estudiantes la tasa de morbilidad de trastornos mentales fue de 113.4.

CAPITULO II.- MARCO TEORICO

ARCO TEORICO

La salud de una persona no es ajena a la de otros miembros del grupo humano al que pertenece. Aún cuando éstos no manifiesten cambios fisiológicos que denoten clínicamente una enfermedad semejante, se ha señalado que se altera la interdependencia e interrelación con otros seres.

Siendo el hombre un ser gregario por excelencia, la convivencia con otras personas es imprescindible para el óptimo desarrollo de sus potencialidades; de aquí la importancia de considerar la salud como patrimonio del grupo al que pertenece el individuo y no como un objeto de propiedad exclusiva de cada uno de sus miembros.

La definición de salud pública propuesta por Winslow es la más conocida y la más ampliamente aceptada: "La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud".

En esta definición el autor hace énfasis en que las medidas de prevenir la enfermedad, fomentar la salud y prolongar la vida sólo son alcanzables mediante el esfuerzo organizado

de la comunidad.

Es necesario atender la salud de los habitantes de un país de la misma manera que se administran los recursos naturales que brinda la geografía de éste.

May señala que cuando se controlan las enfermedades la productividad de la población tiende a aumentar, debido a un incremento en el número de adultos que dan muestras de una mayor capacidad y ambición para el trabajo.

En un sentido opuesto, Horwitz menciona que, si el crecimiento económico de una población no alcanza para cubrir satisfactoriamente las necesidades de sus habitantes, es de esperar que los salarios alcancen sólo niveles de subsistencia; esta circunstancia determina una elevada prevalencia de desnutrición, viviendas inadecuadas y educación insuficiente para llevar las aspiraciones de la gente. De esta manera se ve la importancia social y económica para la salud mental de las poblaciones y de los individuos.

Salud mental es salud integral, que no es solamente ausencia de enfermedad, sino también el desarrollo de las potencialidades para la vida y la interacción social que son inherentes a la naturaleza del hombre. Retomando nuevamente la influencia que puede tener el ambiente social en el individuo, como en la sociedad para generar enfermedades mentales, vemos que el hacinamiento provoca tensión, que si bien puede precipitar desajustes menores e intensificar los ya existentes, no es por sí solo causa de ningún desorden mental serio.

Las tasas de criminalidad, los problemas de conducta en los adolescentes, las enfermedades psiquiátricas serias y el suicidio se correlacionan con las condiciones de vida. Las -- tasas de suicidio crecen en asociación con índices de pobreza y aislamiento social y delincuencia juvenil.

Las grandes distancias que se han creado entre áreas -- donde la gente vive y donde estudia, trabaja y tiene actividades recreativas, son condiciones que pesan duramente sobre -- una gran parte de la población, dado el sistema de transporte que es insuficiente. En general, lo prolongado del traslado -- es una fuente importante de frustración para muchas personas.

La salud mental solo es coincidente con la buena adaptación cuando el medio ambiente es favorable. Por el contrario se interpreta la enfermedad como desarmonía funcional del hombre con su ambiente, que se expresa por alteraciones fisiológicas y por cambios en la interrelación e interdependencia con otros seres.

Considerar la salud como un estado biológico y social es estático no es realista: la noción de salud implica ideas de variación y de ajuste continuo, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y desadaptación. No puede, entonces, admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa: entre los estados de salud y enfermedad existe una -- escala de variación, con estados intermedios, que va de la -- adecuación perfecta (difícil de obtener) hasta el desajuste -- que llamamos enfermedad.

Un individuo sano es aquel que demuestra armonía física,

mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones - (puesto que ningún estado biológico es definitivo, salvo la - muerte) en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo.

La salud es un estado variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más importante para lograr ésto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos.

Hay épocas peligrosas de la vida para la salud mental, - épocas en las que la prevención debe ser más rigurosa. La primera infancia y la pubertad son edades en las que la frecuencia de trastornos mentales es mayor.

Existen factores ambientales y sociales cuya participación en los padecimientos psicológicos es evidente, como sucede con la mala vivienda, el hacinamiento urbano, la desnutrición, la falta de estímulos culturales, la desorganización familiar, la desorientación profesional y las experiencias de la vida infantil.

Para evitar la perturbación mental, cada individuo necesita "suministros" apropiados a su etapa particular de desarrollo. Los suministros se engloban en tres grupos: físicos, psicosociales y socioculturales; las deficiencias cuantitativas o cualitativas en estos suministros pueden impulsar la enfermedad mental.

Los suministros físicos son necesarios para el crecimiento y el desarrollo corporal y para el mantenimiento de la buena condición física. Por ello la alimentación, las oportu-

idades de ejercitar el cuerpo, el refugio adecuado, la estimulación sensorial y así por el estilo son fundamentales.

Los suministros psicosociales se refieren a la estimulación cognoscitiva y emocional recibida a través de la interacción con otras personas y con la familia. El fracaso en satisfacer necesidades como las de amor y afecto, la limitación y el control, y la participación en las actividades sociales, puede resultar una perturbación emocional.

El término suministro sociocultural se refiere a aquellas fuerzas que derivan de las expectativas de otros en torno al individuo en lo concerniente al lugar de éste en la estructura de la sociedad. Estas fuerzas son determinadas por las costumbres y los valores de una cultura y por la estructura social. Nacer en un grupo de determinada condición social y económica o en una sociedad que en sí es inestable, puede obstaculizar el desarrollo.

Según el concepto de Leavell y Clark es necesario prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia física y mental ejercida con el fin de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución.

Estos autores describen tres niveles de acción preventiva:

- 1.- La prevención primaria, que tiene como finalidad evitar que la enfermedad se presente.
- 2.- La prevención secundaria, cuya meta es detener la progresión de los procesos patológicos.
- 3.- La prevención terciaria, que se realiza con el propósito

limitar las secuelas o rehabilitar a las personas ya invá-
das.

En la primera acción preventiva se trata de reducir la -
cidencia de las perturbaciones mentales de todos los tipos
la comunidad. En el segundo nivel la finalidad es reducir
duración de las perturbaciones mentales que ya se han pre-
ntado. Por último, en la prevención terciaria, se busca re-
cir el perjuicio que pudo haber resultado de alguna pertur-
ción mental manifiesta.

Para reducir la tasa total de los nuevos casos de enfer-
dad mental, es necesario entender las circunstancias que --
ducen tal perturbación y modificarlas, antes de que ten---
n oportunidad de ejercer su influencia.

Así pues, se deben identificar las influencias ambienta-
s que son dañinas como también las fuerzas ambientales que
n útiles para resistir a las influencias adversas.

Los problemas de la salud y el ambiente se han enfocado
ntro de la perspectiva de la Teoría General de los Sistemas
e permite contemplar al hombre como un sistema abierto en -
interacción con otros sistemas: familiar, comunitario y am---
lental.

La Teoría General de los Sistemas es una disciplina que
rata de las propiedades y leyes generales de los sistemas, -
uede definirse un sistema como un conjunto de componentes en
estado de interacción. El planteamiento general de los siste-
as para estudiar las estructuras organizacionales parece ve-
ir particularmente al caso en la psicología de la comunidad,

porque se ocupa de las interrelaciones entre los componentes de un sistema particular y de las interrelaciones de ese sistema con los sistemas conexos. Al biólogo von Bertalanffy -- (1968) se le acredita generalmente ser el vocero principal de la Teoría General de los Sistemas, al haberla elaborado como un medio para comprender mejor el funcionamiento de los organismos vivientes. Roen (1971) señala que al abordar los problemas de la salud mental desde el punto de vista de la teoría mencionada parece particularmente estimulante porque el área de la salud mental se ocupa del contexto ambiental generalmente básico para los problemas de la comunidad. La otra ventaja que ofrece dicha teoría a la psicología de la comunidad, es que el enfoque anima a pensar en términos de las relaciones interdisciplinarias en vez de aferrarse al punto de vista inevitablemente estrecho de una sola especialidad.

También es preciso mencionar, que no se puede hablar del comportamiento sino en sentido funcional; es decir, considerando sus partes y procesos como un todo organizado para el mantenimiento, desarrollo y evolución del sistema.

Así mismo, la psicopatología muestra la disfunción mental como perturbación de un sistema, antes que como pérdida de funciones sueltas. La falta de salud mental o la salud misma de un individuo, depende en última instancia de que disfrute de un universo integrado y congruente con el marco cultural que le toque vivir.

Es por ello, que el hombre no es un mero expectador que contemple la escena universal, el organismo tiene que reaccio

nar a estímulos procedentes de fuera de acuerdo con su dotación psicofísica innata.

Existe una epidemiología de las enfermedades mentales y de los trastornos emocionales que tiene por objeto conocer el riesgo de enfermar y conocer el origen y el modo de distribución de la enfermedad mental, así como planear su tratamiento, prevención y control.

El concepto de epidemiología se desprende del significado de las raíces que integran la palabra: epi (sobre) demos (población) y logos (tratado, ciencia o doctrina), así pues su función primordial se relaciona con el estudio de los factores que preservan la salud o condicionan la enfermedad en la población.

La unidad de observación de la epidemiología es un grupo humano y no un individuo; su principal propósito es el estudio de las enfermedades en su medio natural, y su meta final es la de identificar las medidas preventivas aplicables a cualquier estudio de la evolución de la enfermedad. Para MacMahon, Pugh e Ipsen, el estudio acerca de la distribución de una enfermedad y de los factores que condicionan su aparición en un grupo humano implica por un lado, el estudio de la distribución de la enfermedad y por el otro la investigación de los factores que la condicionan, es decir, la multicausalidad que la salud o la enfermedad son producto de la armonía o desarmonía entre los factores relacionados con el agente, el huésped y el ambiente.

En la epidemiología hay que tener en cuenta la existen--

cia de tres factores epidemiológicos: el agente (factor o factores causales), el huésped (individuo afectado) y el ambiente que los contiene a ambos. Aún cuando generalmente se inculpa a un "agente" como causante del padecimiento, el análisis detallado de los eventos permite reconocer que en el proceso quedan involucrados diversos factores. Una función de la epidemiología es la de conocer las circunstancias del ambiente y las particularidades del hombre que pueden, potencialmente -- dar origen a una enfermedad. Si los mecanismos que mantienen la armonía se rompen, la causalidad múltiple determina que el agente penetre al organismo y dé lugar a una reacción.

El enfoque epidemiológico pretende disminuir la morbilidad mediante la prevención, el diagnóstico precoz, la aplicación de tratamientos que no impliquen el desarraigo del paciente a su comunidad y la rehabilitación oportuna y adecuada de éste. Es decir se postula un modelo de atención psiquiátrica integral, consecuencia necesaria de una comprensión epidemiológica del problema. Una condición básica para poder llevar a la práctica un modelo de este tipo es conocer la realidad de la patología psiquiátrica en el área en que se está -- trabajando. Para ello se cuenta con la epidemiología descriptiva, que nos informa sobre la prevalencia, distribución y la intensidad de las enfermedades en el seno de una comunidad.

Sabemos que la epidemiología es una ciencia de carácter interdisciplinario y su modelo es muy amplio, así el investigador debe hacer uso de ciencias como la antropología, sociología, ecología, economía y la estadística entre otras.

Esta particularidad se visualiza más claramente al recordar que la mayoría de las investigaciones epidemiológicas consisten en la búsqueda de posibles relaciones entre la frecuencia con que aparece una enfermedad determinada, la llamada variable dependiente y la presencia de factores del ambiente ya sean geográficos, culturales, naturales o sociales, que vendrían siendo las variables independientes.

Una comisión especial de la OMS ha señalado a este res--pecto que muchos de los factores causales y muchas de las formas de manifestarse las enfermedades mentales pertenecen al mundo de los valores de una sociedad; son hechos culturales y por lo tanto difíciles de cuantificar. La interpretación de los hallazgos y la elaboración de hipótesis se dificulta por el grado de entrelazamiento de innumerables factores condicionantes debido a lo complejo de la multicausalidad.

Por lo que se ha venido exponiendo, se entiende al ado--lescente como un sistema abierto, capaz de recibir una amplia variedad de información así como también de dar respuestas --muy variadas, ya que como sistema se encuentra en intercambio continuo con su ambiente.

Sabemos hoy en día que cada edad, que cada fase de la vida del hombre, tiene un valor particular, unos intereses, una misión. Ya es una teoría que nadie discute la que afirma que para que el hombre pueda desarrollar plenamente su propia vida es indispensable que realice en plenitud cada una de sus etapas. Y así como se afirma, con evidencia indiscutible, que las perturbaciones que sufre el niño, influyen con mayor o me

or intensidad, pero de manera indudable en la futura conducta del adulto, así podemos también estar seguros de que el -- proceso penoso o grato de la adolescencia deja su huella indeble en el carácter e informa las determinaciones futuras de e la persona.

Aunque la mayoría de los autores consideran que los trasornos de la personalidad del adulto tienen sus orígenes en -- la infancia, sabemos que es difícil aplicar al niño las mis--as normas que al adulto. Es evidente que las nociones de -- adaptación social del comportamiento tienen muy distinto sentido cuando se trata de un niño o adolescente que se esta formando en el marco educativo familiar. Normalidad y anormali--dad de determinados aspectos sintomáticos o de determinados -- tipos de organización de la personalidad varían según la edad y según las condiciones de desarrollo.

La adolescencia se ha descrito como un período durante -- el cual se alcanza la madurez; un período de transición entre la niñez y la adultez; un período durante el cual un indivi--duo emocionalmente inmaduro se acerca a la culminación de su crecimiento físico y mental. En general, existe un consenso -- universal en el sentido de que la pubertad marca el inicio de la adolescencia, hasta la fecha no se ha encontrado ningún -- término igualmente aceptable que describa su culminación. El concepto de la adolescencia como una época de tormenta y ten--sión tiene enorme influencia sobre los que se ocupan de los -- adolescentes, incluso aquellos que no aceptan este punto de -- vista bastante extremo, convienen en que la emotividad se in-

intensifica en este período.

Esta intensificada emotividad resulta de la compleja interacción de una diversidad de factores. Por lo tanto es muy difícil, sino imposible, establecer relaciones de causa y efecto en muchos patrones de conducta adolescente. Esto no significa que la aparición de ciertos patrones de conducta sea inherente al proceso del crecimiento físico; más bien, éstos resultan del impacto de la cultura sobre el individuo en desarrollo. La conducta adolescente, como la conducta en general, es el resultado de fuerzas culturales, sociales, biológicas y físicas que actúan sobre el individuo al mismo tiempo - que interactúan entre sí.

Podríamos suponer que si la sociedad no exigiera del individuo cosas inusitadas o innecesarias al acercarse éste y entrar en el período de la adolescencia, la intensificada emotividad no estaría presente. Uno de los primeros estudios de Mead (1928) sobre jóvenes samoanos ilustró muy bien este punto. El término adolescencia en el sentido en el que lo empleamos, carecía de significado para los samoanos y el patrón de intensificada emotividad estaba ausente.

El adolescente debe adaptarse a las normas sociales de su comunidad y afrontar nuevas situaciones mucho más complejas que cualesquiera de las encontradas en sus años infantiles. Además, cuanto más compleja sea la civilización, con multiplicidad de papeles sociales que se espera sean desempeñados por el individuo, tanto más difícil será la adaptación.

Las variaciones en el número y frecuencia, de los proble

Las del período de la adolescencia, dependen muchos factores. En el adolescente que no haya tenido éxito en la solución de sus problemas durante la infancia, no es probable que halle fácil enfrentar los más complicados que se presentan a una edad posterior. Algunos de los problemas de los adolescentes están determinados por situaciones familiares, mientras que otros surgen del ambiente escolar en que se encuentra el individuo. Los problemas de mayor gravedad para el estudiante universitario de hoy son relativos al estudio, a la elección y la preparación para la profesión elegida, los ajustes personales psicológicos y las cuestiones de dinero; problemas de adaptación relativos a la timidez, sentimientos de inferioridad, sensibilidad social y como hacerse de amigos; problemas familiares y problemas de orden sexual relativos a la conducta, el modo de proceder y como obtener la experiencia en este terreno.

Existen muchas causas comunes que originan en el adolescente sentimientos de inseguridad e incertidumbre y que como resultado, lo predisponen a un aumento de la emotividad. Todas ellas son producto de factores ambientales y sociales, -- por tal motivo; es lógico llegar a la conclusión de que el aumento de la tensión emocional durante la adolescencia es atribuible a factores sociales y no glandulares, como se creía antes.

Los cambios físicos que ocurren en el período de la adolescencia, y especialmente los marcados cambios sexuales, son mencionados entre los motivos que existen para considerar este período como único en la vida del individuo. Además de los

cambios físicos reales, las reacciones psicológicas y emocionales que estos cambios producen son importantes en los patrones de conducta del adolescente.

A pesar de las variaciones en la definición del lapso de la adolescencia, la mayoría de las autoridades ha convenido en que es correcto situar su comienzo en o cerca del advenimiento de la pubescencia. Este hecho indica el inicio de los cambios fisiológicos que son privativos de este lapso vital y que ocurren en todas las localidades geográficas, independientemente de la sociedad o la cultura. El término pubescencia comprende la gran variedad de cambios corporales que tienen lugar en relación con la maduración sexual del organismo humano. El que estos cambios en estatura, peso, tejido y funciones endócrinas sean universales, demuestra la naturaleza genética de la pubescencia. El grupo de edad entre los 10 y los 14 años se ha definido como adolescencia temprana, entre los 15 y 21 como adolescencia tardía.

Otro grupo de factores de los que depende el crecimiento lo constituyen los factores exógenos es decir los constituidos por el medio en el que se desarrolla el individuo a lo largo de su vida. El medio familiar, el medio físico, escolar, social, económico, etc., con sus múltiples influencias favorecen unos y perjudican otros ese proceso vital que se expresa en el desarrollo corporal.

Aunque biológicamente el desarrollo de las características sexuales primarias es de la mayor importancia, existe entre los adolescentes una mayor preocupación por la aparición

de las características sexuales secundarias, por que éstas resultan más obvias a la observación de sus compañeros.

Durante la adolescencia tienen lugar cambios tan rápidos en las proporciones del cuerpo, en el tamaño, en la apariencia facial y en el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, que el individuo se ve obligado a hacer cambios mayores en su imagen corporal. Al mismo tiempo -- que los cambios rápidos provocan una preocupación aumentada, en el sentido de tener que llegar a un ideal culturalmente de terminado.

La imagen del yo físico del adolescente se basa en gran medida en normas culturales y particularmente en la interpretación de estas normas aceptadas como normales por el grupo de iguales.

En las sociedades en las que los patrones formalizados de conducta y los sistemas de valores están claramente defini dos, los problemas de la adolescencia son mínimos o no existen.

Para el adolescente en particular, el impacto de la cultura parece ser de gran importancia. Barnes (1956) ha asegurado que: "en todas partes del mundo, la adolescencia es lo que la cultura la hace ser". El ambiente básico, cultural del hogar, probablemente crea el primer y mayor impacto sobre el desarrollo de la personalidad, pero muchos otros ambientes interaccionan para reestructurar y reorganizar estos primeros patrones. El barrio, la escuela, la cultura de los iguales, la comunidad y otras influencias, todas ayudan en el desarro-

lar un nivel óptimo para lograr la madurez emocional.

El proceso de socialización empieza muy temprano en la niñez cuando el niño aprende a conformarse a ciertas normas estructuradas por el grupo social-familiar al que pertenece. Al continuar su desarrollo también aprende a conformarse a otras normas de grupo, a las reglas generales y a las regulaciones de la sociedad.

Al acercarse el niño a la adolescencia, siente la necesidad de liberarse lo más posible de las ligas familiares y asociarse con individuos o grupos de su misma edad. Al entrar a la adolescencia, estos amigos desempeñan un papel de gran importancia en la formación de sus patrones de conducta social y en sus actitudes sociales.

La importancia del desarrollo social durante la adolescencia se ve reforzada por el hecho de que muchos de los problemas que confronta el adolescente, son sociales. El joven debe aprender a ajustarse a las normas sociales de su cultura y a enfrentarse a nuevas situaciones que son mucho más complejas que aquellas a las que se vió enfrentado en su niñez. El ajuste es particularmente difícil en una civilización compleja en la que se espera que el individuo desempeñe diversos papeles sociales.

La higiene mental de los jóvenes en edad escolar, es una de las consideraciones más importantes para que se desarrolle un ambiente positivo en el aprendizaje.

Las pruebas de que se dispone indican que los estudiantes que tienen dificultades para ajustarse en la escuela, pro

blemente serán malos estudiantes; es muy posible que sus --
problemas emocionales interfieran negativamente con sus inten
s por aprender. Ahora se espera que el personal de la escue
reconozca los primeros síntomas del desajuste mental y so-
al y que trate de establecer programas de prevención y/o de
medio.

Maclean (1940), ha presentado y discutido tres suposicio
s importantes para la construcción de los planes de estudio.
n primer lugar, propone que sepamos a quiénes vamos a ense-
r antes de saber qué, cuándo y cómo les vamos a enseñar. En
gundo, debemos saber todo lo referente a los antecedentes -
l alumno (hogar, grupos, sociedad y cultura), antes de sa-
r qué, cuándo y cómo le enseñaremos, y en tercero, sugiere
e no podemos saber qué, cómo y cuándo enseñarles, hasta que
amos identificar y proyectar no sólo las necesidades actua
s y posiblemente futuras tanto individuales como de grupo,
no también las necesidades de nuestra sociedad dinámica y -
ciente, para poder entrenarlos para un servicio activo en -
a sociedad y para ella"⁵.

Seymour (1955) comentó dos de las razones por las que el
ministrador de la escuela necesita buenos servicios de orien
ción. "Primero los alumnos necesitan consejo para hacer las
jores elecciones, que requieran de su mayor potencial; se--
do la escuela necesita ayuda para determinar la mejor orga
zación y programación posible. Un buen programa de orienta-
ón puede ayudar a lograr estos objetivos básicos. Cada di--

rector debe considerar el programa de orientación en relación con los problemas particulares de su escuela y de la comunidad total, siendo este aspecto de la mayor importancia, puesto que las escuelas deben entrenar a sus alumnos para que participen efectivamente en la comunidad en la que viven. La zona geográfica de la comunidad, su carácter agricultor, residencial o industrial y hasta su estructura política, pueden ser factores importantes para determinar el programa de orientación de sus escuelas"⁶.

⁶ Powell, op. cit., p. 516

CAPITULO III.- METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo con adolescentes es uno de los más arduos, ya que como se mencionó anteriormente, la época de la adolescencia trae consigo muchos cambios importantes.

Al mismo tiempo es una etapa en la que pueden iniciar su aparición o establecerse trastornos mentales que repercuten en la vida individual, familiar, laboral y social del individuo.

Es, por tanto, importante lograr la detección de adolescentes que, dentro de la comunidad escolar presenten o puedan presentar trastornos mentales, así como los que se encuentran sanos y poder utilizar todos los recursos de la comunidad para ayudar a aquéllos y orientar a éstos.

Por otro lado surge también la inquietud de conocer los factores demográficos propios de la población en estudio; considerando siempre que el entorno del individuo juega un papel importante en su desarrollo presente y futuro.

De esta manera el planteamiento del problema se enuncia como sigue:

¿Cómo se conforma la población de la comunidad estudiantil del nivel medio superior del CECyT "Ricardo Flores Magón" del IPN en términos de salud mental?

HIPOTESIS

Debido a que la epidemiología descriptiva solo intenta - como su nombre lo indica- describir la frecuencia y distribu

ción de la enfermedad y las características de la población en estudio; en el presente trabajo no se plantean hipótesis, sino interrogantes:

¿Cuál será la distribución y frecuencia de los trastornos mentales para la población en estudio?

¿Cuál será la tasa de morbilidad para la misma población?

¿Qué características presenta la población en estudio en cuanto a factores demográficos?

La descripción cuantitativa del daño, definida en función del espacio que abarca y las personas que afecta, permite identificar y jerarquizar su importancia.

La segunda fase de este proceso y a la que no se intenta llegar en este estudio es tal vez la parte más compleja del diagnóstico del daño y se refiere al conocimiento acerca de los factores que condicionan la situación y es a partir de esta información que se definen y orientan las actividades del programa o los programas tendientes a la solución del problema.

OBJETIVO

Contribuir al conocimiento de la problemática de la comunidad estudiantil de nivel medio superior y mediante esto promover el desarrollo de programas tendientes a disminuir la prevalencia de las alteraciones mentales; y por ende disminuir los índices de reprobación, deserción y desorientación vocacional, los cuales consideramos se encuentran vinculados a la problemática que presentan los estudiantes.

FACTORES DEMOGRAFICOS

INDICADORES:

TRASTORNOS MENTALES

Definición de indicadores:

FACTORES DEMOGRAFICOS: la base de la demografía es el conocimiento de la población. Se relaciona con los problemas de salud y bienestar de la comunidad, la cantidad de la población y su distribución en cuanto a edad, sexo, ocupación y nivel escolar; la frecuencia de la salud y la enfermedad; las influencias del trabajo, sexo, edad, raza, nivel educacional, nivel económico, etc., sobre la salud.

Nivel de salud: factores que se refieren al estado de salud de las personas y de los grupos de población que viven en una región (encuestas de nutrición, desarrollo físico, etc.).

Condiciones sanitarias del ambiente: son los indicadores que se refieren a las condiciones del medio que pueden influir de manera más o menos directa sobre el estado de salud de la población (saneamiento, vivienda, trabajo, etc.).

Servicios de salud: son aquellos factores que se refieren a las actividades y los servicios de salud que tienen por objeto específico protegerla.

Factores económico sociales: son los indicadores que miden el desarrollo económico y social de la comunidad, como son salarios e índices del costo de vida, alfabetismo y escolaridad en los distintos niveles de la educación; porcentaje de población activa, etc.

TRASTORNO MENTAL: se entiende como perturbación de un --

sistema, antes que como pérdida de funciones sueltas. Existe dificultad para establecer relaciones armoniosas y para ajustarse al medio físico y social. Incapacidad de disfrutar de un universo integrado y congruente en el marco cultural que le da el toque vivir al sujeto.

Trastornos conductuales de la infancia y la adolescencia: "Esta categoría principal está reservada a aquellos trastornos de la infancia y la adolescencia de carácter más estable, interno y resistente al tratamiento que los trastornos situacionales transitorios, pero menos que la psicosis, la neurosis y los trastornos de la personalidad. Esta estabilidad intermedia se atribuye a la mayor fluidez de la conducta en estas edades. Sus manifestaciones más características incluyen síntomas tales como la hiperactividad, la falta de atención, la vergüenza, el sentimiento de rechazo, la hipergresividad, la timidez y la conducta delictiva" (Criterios diagnósticos DSM-III, Breviario).

Alcoholismo: según la definición de la OMS, alcoholícos son aquéllos bebedores inmoderados cuya dependencia del alcohol ha alcanzado un grado tal que aparecen claros trastornos orgánicos, quebranto de la salud y deterioro en las relaciones humanas; sociales y económicas, o pueden observarse signos frecuentes de estos síntomas. (Dorsch, F. Diccionario de psicología).

La neurosis es un trastorno mental, sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada.

la ya que, en general, no confunde sus experiencias subjetivas mórbidas y fantasías con la realidad externa. El comportamiento puede estar afectado en extremo, aunque por lo común permanece dentro de límites socialmente aceptables, pero la personalidad no está desorganizada. Las manifestaciones principales son: ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivo compulsivos y depresión. (Publicación Científica No. 400 OMS-OPS).

Epilepsia: la epilepsia es aquel estado de actividad cerebral alterada caracterizada por un trastorno recurrente y paroxístico del funcionamiento psíquico, con alteraciones concomitantes en la conducta y en los procesos del pensamiento. (Tratado de Psiquiatría Kaplan, H.).

Psicosis: Trastorno mental en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad. (Publicación Científica No. 400 OMS-OPS).

Farmacodependencia: es un estado psíquico, y a veces físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga; se caracteriza por respuestas conductuales y de otro tipo, que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga en forma continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evadir la incomodidad de su ausencia. (OMS 1969).

Psicopatía: el término se refiere a los individuos que -

son antisociales en forma crónica y no son capaces de formar ligas importantes o tener lealtad hacia otras personas, grupos o códigos de vida. Son por lo tanto personas insensibles, que se dan a los placeres inmediatos, parecen carecer de un sentido de responsabilidad y, a pesar de humillaciones y castigos repetidos, no aprenden a modificar su conducta. Carecen de juicio social, y sin embargo a menudo son capaces de elaborar racionalizaciones verbales que suelen convencerlos de que sus acciones son razonables y justificadas. (Psiquiatría Clínica Moderna Kolb, L.).

SUJETOS

Se obtuvo una muestra aleatoria de la población a estudiar, tomando en cuenta que en el muestreo al azar cada elemento debe tener una probabilidad igual de selección para poder cubrir el requisito de representatividad.

Dado que en la presente investigación tienen primordial importancia los grupos y la comunidad; el muestreo se realizó con los grupos ya conformados dentro del plantel. De esta manera de 86 grupos (5259 alumnos) existentes se eligió una muestra simple al azar del 15% extrayendo 12 grupos (712 alumnos) a los que se les aplicarían las encuestas elegidas para el estudio a realizar, sin embargo debido a que no siempre asistieron los alumnos en su totalidad, la muestra final quedó reducida a 593 alumnos.

SCENARIO

Los instrumentos utilizados en la investigación se aplicaron dentro de las aulas del plantel CECyT "Ricardo Flores Magón", el cual es uno de los 17 centros de educación de nivel medio superior con los que cuenta el Instituto Politécnico Nacional. Dicho centro maneja dentro de su plan de estudios la rama de ciencias sociales y administrativas y abarca las siguientes carreras: técnico en administración, técnico en contaduría, técnico en administración de empresas turísticas y técnico bancario.

Dentro del plantel existe el Gabinete Interdisciplinario de Servicios Integrados (GISI), el cual atiende problemas de tipo normativo, psicológicos o emocionales, escolares, de salud y socioeconómicos. Dicho Gabinete se conforma con los siguientes departamentos:

Orientación Educativa: que sirve como auxiliar psicopedagógico, realiza entrevistas personales, aplicación de pruebas de inteligencia, de aptitudes, de personalidad y de hábitos de estudio.

Psicodiagnóstico: resuelve problemas emocionales.

Registro escolar: simplifica el trámite escolar a través del registro de calificaciones, detecta los problemas y los deriva a los diferentes departamentos del GISI.

Trabajo Social: aplica el proceso de investigación mediante estudios socioeconómicos, realiza visitas domiciliarias, lleva a cabo campañas de salud pública, contra el alcoholismo y la farmacodependencia. Brinda los servicios de becas del IPN y de las Promotoras Voluntarias, maneja la bolsa de trabajo y

transfiere a los alumnos, en caso necesario, a instituciones públicas y/o privadas.

Servicio Médico: vigila el factor salud.

De acuerdo a la comunicación verbal que se sostuvo con el personal del Departamento de Psicodiagnóstico, los problemas que con más frecuencia atiende dicho Departamento son: -- nerviosismo, timidez, problemas familiares, impulsividad, -- irregularidad escolar, orientación vocacional, depresión problemas de tipo económico y laboral y desorientación en el -- área sexual (embarazos no deseados, abortos, etc.).

Se considera que el presente estudio puede servir de utilidad al GISI, por las funciones que éste desempeña, ayudando le a orientar sus esfuerzos para resolver los problemas de la comunidad estudiantil, asimismo a la Facultad de Psicología -- como aporte a la psicología de la comunidad.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados en el estudio fueron los siguientes:

- Encuesta socioeconómica elaborada por el Departamento de Investigación Educativa del CECyT "Narciso Bassols" y basada en los principios de salud pública. Este cuestionario intenta explorar los factores demográficos, nivel de salud, alimentación, calidad de vida, tipo de vivienda, bienes y servicios y algunos aspectos económico sociales de la población en estudio. (Ver anexo II)

- Cuestionario para detectar problemas de salud mental,

Este cuestionario fue diseñado por el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM y adaptado por el Departamento de Investigación Educativa del CECyT "Narciso Bassols". El cuestionario consta de 30 preguntas cerradas, que evalúan los siguientes trastornos: trastornos de adaptación en la adolescencia, alcoholismo, neurosis, epilepsia, psicosis, farmacodependencia y psicopatía. (Ver anexo II)

Este cuestionario nos permite también, clasificar a nuestra población en tres tipos: sana, enferma y de riesgo.

Como ya se mencionó el cuestionario consta de 30 preguntas, las cuales se encuentran organizadas de la siguiente forma: de la 1 a la 6 abarca preguntas acerca de los trastornos de adaptación de adaptación en la adolescencia, la 7 y la 8 - alcoholismo, de la 9 a la 15 neurosis, de la 16 a la 18 epilepsia, de la 19 a la 23 psicosis, la 24 y la 25 farmacodependencia y de la 26 a la 30 psicopatía.

La calificación se lleva a cabo de la siguiente manera, para contabilizar cada pregunta el sujeto debe haber respondido afirmativamente, se toma el número total de preguntas para cada trastorno arriba mencionado, se divide entre dos y se le suma uno, si el sujeto respondió afirmativamente a ese número de preguntas se considera enfermo, si respondió afirmativamente a la mitad se considera en riesgo; en el caso de trastornos de la adolescencia y neurosis que abarcan el mayor número de preguntas, se toma también el número anterior a la mitad - como riesgo; el resto de la población se considera sana.

PROCEDIMIENTO

Se establecieron los contactos pertinentes para solicitar la colaboración y apoyo de las autoridades del plantel. Dicho contacto se llevó a cabo a través de la Subdirección Administrativa y el Departamento de Orientación Educativa.

La muestra como ya se mencionó se obtuvo al azar. Se nos concedieron, para la aplicación de las encuestas, las horas de Orientación Educativa de cada uno de los grupos elegidos, tanto en el turno matutino como en el vespertino y en los diferentes grados.

Las encuestas se aplicaron en los salones correspondientes a cada grupo en forma colectiva, con la presencia y colaboración en caso necesario del propio maestro de la materia. Se solicitó a los alumnos su cooperación en forma voluntaria, argumentando que se estaba realizando un estudio acerca de salud mental en la población de nivel medio superior. La totalidad de los alumnos presentes en el momento de la aplicación accedieron a colaborar; fue necesario en algunos casos regresar a los grupos para aplicar las encuestas a los alumnos que no habían estado presentes en la ocasión anterior, aún así el número de alumnos encuestados (593) no coincidió con el número total de los alumnos inscritos en los grupos que era de 712 de acuerdo a la lista que nos proporcionó la Subdirección Administrativa.

Las encuestas fueron aplicadas por dos psicólogos que repartieron el material e hicieron las aclaraciones pertinentes en caso de duda. Se entregaron ambas encuestas a la vez (en--

cuesta sobre salud mental y encuesta socioeconómica) haciendo énfasis en que se contestara primero la socioeconómica para poder hacer algunas indicaciones generales.

Una vez aplicadas las encuestas se procedió a extraer -- los datos proporcionados en ellas. Por un lado en la encuesta socioeconómica se sacaron las frecuencias correspondientes a cada aspecto que nos interesaba investigar.

Con respecto al cuestionario sobre salud mental se procedió a calificarlo de acuerdo a los criterios ya establecidos y mencionados con anterioridad. Posteriormente se trabajó con frecuencias y tasas de morbilidad y prevalencia para detectar el número de alumnos sanos, en riesgo y enfermos.

La fórmula utilizada fue la siguiente:

$$\text{Tasa de morbilidad} = \frac{\text{número de enfermos}}{\text{población expuesta a riesgo}} \times 10^x$$

La tasa de prevalencia se expresa en porcentajes

MANEJO DE RESULTADOS

Los resultados se tabularon y analizaron en base a los -- métodos de la estadística descriptiva (tasas y análisis de -- frecuencia) y se representan en tablas. Las tasas de morbilidad se dan por cada 1000 estudiantes.

CAPITULO IV.- RESULTADOS

RESULTADOS

En esta parte se analizarán los resultados obtenidos en la encuesta socioeconómica y el cuestionario para detectar -- problemas de salud mental en la muestra de alumnos del CECyT "Ricardo Flores Magón".

La salud de una población se mide en relación con el número de personas que viven una vida sana desde el punto de -- vista físico, mental y social y que son productivos a la so-- ciedad.

En esta investigación los instrumentos arriba menciona-- dos se aplicaron a 12 grupos de 2o., 4o. y 6o. semestre de -- los turnos matutino y vespertino; así mismo, se administraron 593 cuestionarios por cada instrumento, y se invalidó uno de cada uno por no responder al mínimo esperado.

En lo que se refiere al sexo la mayoría 61.2% pertenecen al sexo femenino y sólo el 38.6% al masculino; casi la totali-- dad de la población escolar son solteros 96.6%; sólo 6 casos 1% reportaron ser casados y un sólo caso 0.2% reportó ser di-- vorciado; 12 estudiantes no reportaron 2%. Como podemos obser-- var, la mayoría de la población es de sexo femenino y quizás esto se debe al tipo de carreras que se imparten en la escue-- la, ya que las carreras pertenecen al área de Ciencias Socia-- les y Administrativas. La media de edad de los alumnos es de 17 años.

En cuanto al tipo de vida se encontró que más de la mi-- tad de los alumnos habitan en casa 85.4%; un solo cuarto el 5.4% y el resto (8.3%) ocupa otro tipo de vivienda.

Los servicios públicos con los que cuentan son: el 89.6% de las viviendas cuentan con agua potable dentro de las mismas y el 8.9% se encuentra fuera; el 90.7% cuenta con drenaje y el 8.8% carece de él; la mayoría 99.6% tiene servicio de alumbrado; el 81.3% tiene teléfono, además de los servicios de telégrafo 34.2% y correo 65%.

Los medios de comunicación que más utilizan los alumnos son el teléfono 54.6% en comparación al telégrafo 2% y el correo 0.1%; los medios de transporte con los que cuentan son: el camión 94.3%, metro 82.1%, colectivos 78.3%, bicicleta 59.3%, taxi 51.3%, trolebús 47.9%, automóvil 42.5% y motocicleta 16.5%. Para trasladarse a su centro de estudios, los transportes más usados son: camión 66.9%, colectivo 52.1% y metro 51.9% y en ese mismo orden: trolebus, automóvil y bicicleta.

Con respecto a la calidad de vivienda, se encontró que el 52.9% esta construida con cemento, y el 37.6% de tabique.

El 84.3% de las viviendas cuentan con techo de concreto, el 9.1% de asbesto y el 4.2% de lámina. En cuanto al piso de la vivienda el 63.2% es de cemento y el 28.5% de otro tipo de material. La mayoría 93% tiene W.C. privado, el 3.4% baño comunal y el 1.7% fosa séptica. El 60.8% de las viviendas están formadas por 2, 3 y 4 cuartos, excluyendo el baño y la cocina, el 20.6% tienen de 5 a 6 cuartos; el 7.6% tiene de 7 a 8 cuartos, el 0.15% cuenta de 9 a 12 cuartos y solo el 5.4% está constituido por un cuarto, obteniendose un promedio de 3.9 cuartos por vivienda. En cuanto al número de personas que ha-

bitan por vivienda y en relación al número de cuartos con que cuenta la misma, se observó que 90 familias viven en hacinamiento, lo que corresponde a un 16.8% del total de la población, esto quiere decir, que duermen 3 o más personas en una misma habitación, si se toma como criterio que lo adecuado -- son 2 personas en cada cuarto⁷. Es importante señalar, que -- aunque es bajo el número de familias que padecen hacinamiento es decir, la proximidad obligada y persistente entre los ocupantes de una vivienda, esto puede propiciar una constante interferencia y a su vez traducirse, en mayores probabilidades de transmisión recíproca de enfermedades infecto-contagiosas, así como en daños afectivos probables.

En lo que se refiere al número de camas por familia es de 4.5. Casi la mitad 47% tienen entre 4 y 5 camas, el 23.2% entre 1 y 3 camas, el resto más de 6 camas. Se puede observar que la distribución de gentes por cama alcanzó un promedio de 1.3; pues el 94.4% duermen sólo o acompañados de una persona, el 1.9% comparten con 3 o 4 personas y el 3.5% no reportó.

El promedio de miembros por familia más representativo -- corresponde a 6 miembros con un porcentaje de 20.9; 5 miembros 18.3% y 7 miembros 14.3%.

La mayoría de la población 94.8% cuenta con televisión y radio el 93.9%, lo mismo que refrigerador el 86.3%, así como consola el 57.5% y un 39.8% tienen otros aparatos eléctricos.

Uno de los factores que influyen directamente en el esta

⁷ Criterio tomado de: Necesidades Esenciales en México, situación actual y perspectivas al año 2000, p. 23

La salud de la población, es la alimentación, que determina la calidad de vida de los miembros de la colectividad; al respecto se encontró que el 64.7% de la población consume leche en su dieta diaria, el 50.1% incluyen la fruta, el huevo el 30.7% y la verdura el 30.7%. En cuanto al cereal, lo consumen 2 veces por semana el 18%, la carne se consume con mayor frecuencia 3 veces por semana en un 28.2%; el pescado solo consumen 2 veces por semana el 20.9%.

Es necesario considerar la importancia que tienen estos alimentos en la dieta de los estudiantes. La carne, leche y los cereales tienen un alto valor energético, pues suministran más calorías que los carbohidratos. Los almidones, azúcares y carbohidratos están presentes en los cereales.

La deficiencia en el consumo de alguno de estos alimentos puede ser sustituida por otro con las mismas cantidades tanto en calorías, como en proteínas; así mismo, debemos tener en cuenta las necesidades del sujeto, en cuanto a su sexo, edad, tamaño del cuerpo, la actividad que realiza y su estado de salud; es por esto que en lo que se refiere a la etapa de adolescencia, existe un mayor desgaste de energía por las actividades que se realizan y si no existe una equilibrada alimentación, esto repercute en la salud y por lo tanto en el rendimiento escolar, ya que las investigaciones han demostrado que la relación entre la mayoría de las enfermedades y la desnutrición es directa y causal.

En lo que se refiere al aspecto económico-social se encontró que solo el 6.1% de la población es económicamente ac-

a, de los cuales el 0.2% labora como obrero y el 5.9% como
leado.

Los ingresos familiares solo se reportaron en el 70.5% --
los casos, de éstos el 5.6% tienen ingresos menores de --
000.00 pesos, es decir menos del salario mínimo mensual --
,235 pesos), el 20.9% fluctua entre 50,000 y 95,000 pesos,
18.3% de 95,001 a 140,000, el 8.3% de 140,0001 a 185,000,
6.6% entre 185,001 y 230,000 y finalmente el 10.8% de --
,001 en adelante. Se puede observar que un 39.2% gana men-
blemente 2 veces el salario mínimo.

Respecto a los servicios de salud, se encontró que un --
3% tienen seguro social, un 32.7% asisten a consultorio --
ticular. El 15.8% cuenta con los servicios del ISSSTE, un
% asisten a otro tipo de servicios y el 2.4% acuden al dis-
sario.

Al evaluar el nivel de salud mental de los estudiantes,
encontró que un 43.8% de la población es sana, esto es, que
presentan alteraciones mentales, un 41.8% de los alumnos -
ron detectados con alto riesgo de iniciar algún problema o
storno psicológico y el 14.2% se detectó con enfermedades
tales.

De esta población enferma, se encontró como padecimiento
frecuente la neurosis en el 82.1% de la población, la psi-
is en el 11.9%, la psicopatía en el 2.4%, el alcoholismo,
epilepsia y la farmacodependencia en el 1.2% prevalecen --
la misma frecuencia respectivamente.

De lo anterior se desprende una tasa de morbilidad de --

astornos mentales de 141.6 por cada 1000 estudiantes, de los cuales se jerarquizan de la siguiente manera: neurosis 116.3, psicosis 16.8, psicopatías 3.3, alcoholismo, epilepsia y farmacodependencia 1.6 respectivamente, éstas últimas se manifiestan en la misma proporción.

PITULO V.- DISCUSION Y CONCLUSIONES

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En lo que se refiere al estado de salud mental en la población estudiantil se detectó que un porcentaje relativamente alto, el 41.8% se encuentra en riesgo de padecer algún tipo de trastorno mental, el 14.2% se encuentra enferma y el 44.0% sana.

Los trastornos con mayor prevalencia en la población estudiada son la neurosis y la psicosis que se presentan en 14.3 y 16.8 estudiantes de cada mil, respectivamente. Dentro de la población total (5259 alumnos) existen por lo menos 700 que padecen algún trastorno mental.

En el plantel predomina el sexo femenino, lo cual se explica por el tipo de carreras que en ella se imparten. El promedio de edad de los estudiantes es de 17 años, por lo que se entiende que en su mayoría sean solteros y que además no desempeñen una ocupación de tipo laboral.

Se considera que gran parte de la población tiene una vida adecuada, pues un alto porcentaje de ellos habitan en viviendas que cuentan con los servicios indispensables como: agua, calefacción, luz, etc. Así mismo, los materiales con que están construidas estas viviendas les proporcionan seguridad y una adecuada protección de los factores externos que pudieran dañar su salud; el hacinamiento está ausente en la mayoría de las viviendas.

De acuerdo a las condiciones que prevalecen en la Ciudad de México, en lo que se refiere al transporte público y medios de comunicación, se ha observado que los alumnos cuentan

los servicios suficientes. Además la mayoría posee aparatos eléctricos que se consideran necesarios para la vida actual.

En lo que se refiere a su alimentación podemos decir que es variada y cubre los requerimientos mínimos, sin embargo es necesario anotar que no se encontraron criterios nutricionales específicos para dicha población. En lo que respecta a los ingresos por familia, un porcentaje reducido se encuentra por debajo del salario mínimo, por lo que se infiere que la mayoría puede cubrir sus necesidades básicas como vivienda, alimentación y vestido.

Con el objeto de observar si el riesgo de enfermar es mayor en algún grupo de población que en otros, es necesario comparar la frecuencia de una enfermedad mental determinada, que nos permite ver si existen probables asociaciones causales de enfermedad con factores personales o ambientales de los grupos. Para lograr esto se contrastaran los resultados obtenidos en la presente investigación con los obtenidos en otros estudios que se mencionan en la parte de antecedentes científicos; estos datos se presentan en términos de porcentajes y/o tasas de prevalencia y morbilidad y se refieren a los trastornos mentales: a) en la población a nivel mundial (p. 7 y 8), b) en la población a nivel nacional (p. 9), c) en la muestra representativa de familias en una colonia del Distrito Federal (tabla 1 p. 10) y d) en una muestra representativa de alumnos de un plantel de nivel medio superior "Nariso Bassols" (tabla 2 p. 10).

Como primera instancia nos referiremos a las diferencias existen, según los datos estadísticos, entre la investigación realizada por nosotros y las arriba mencionadas, para -- después llevar a cabo un análisis cualitativo de los datos.

Todas las cifras con que contamos nos indican un alto -- índice de neurosis, tan alto que no ha sido posible cuantificarlo a nivel mundial, ni nacional; en nuestro estudio encontramos que 116 alumnos de cada mil padecen neurosis, una prevalencia mucho más elevada que la encontrada en familias -- (2.1/1000) y en los estudiantes del plantel "Narciso Bassols" (9/1000).

Se encontró que en la población de este estudio el padecimiento que se da con mayor frecuencia, aparte de la neuro-- sis, es la psicosis cuya prevalencia (16.8/1000) es mayor que que se reporta a nivel nacional (10.1 a 14 por cada 1000), nivel de familias (2.1/1000) y en comparación al otro plantel (9/1000); a nivel mundial se considera que este padeci--- miento se presenta por lo menos en 45 millones de personas.

El trastorno que sigue en importancia de acuerdo a la -- prevalencia encontrada en nuestro estudio, se refiere a la -- psicopatía que se presenta en cada 3 de mil estudiantes, esto acerca a la prevalencia reportada en el estudio con fami-- lias (2.8/1000), pero no así con la otra población de estu--- dantes en la que se presenta en el doble de casos.

El alcoholismo, la epilepsia y la farmacodependencia pre-- sentan la misma tasa de prevalencia (1.6/1000) en nuestra población. En cuanto a la aparición de epilepsia encontramos

ue difiere significativamente de la prevalencia que se presenta a nivel mundial en los países en desarrollo, pues existen de 15 a 20 o hasta 50 enfermos por cada 1000 habitantes, en la población nacional se presenta en 10.3 de cada mil y en la población del plantel "Narciso Bassols" en 6 de cada mil - estudiantes; no se encontró diferencia significativa en relación al estudio con familias.

En cuanto a la prevalencia encontrada en nuestro estudio en lo que se refiere a farmacodependencia y alcoholismo, podemos considerar que es baja y difiere de la que se presenta en familias, donde el alcoholismo se da en 13.6 personas de cada mil y la farmacodependencia en 2.8 de cada 1000. En relación a la población del plantel "Narciso Bassols" encontramos que el alcoholismo se presenta en 12 estudiantes de cada mil y la farmacodependencia en 6 de cada mil. Se considera que a nivel mundial existen por lo menos 48 millones de farmacodependientes, en el nivel nacional el .46% de la población pade también este problema y se plantea que por lo menos de 5.7 a 7% de la población del país mayor de 14 años presenta problemas de alcoholismo.

A pesar de la imprecisión de los conocimientos sobre la epidemiología de las enfermedades mentales, se ha demostrado la influencia de ciertas variables sobre la frecuencia con la que se presentan; esto nos lleva a plantear que las diferencias encontradas en cuanto a la prevalencia y morbilidad de los trastornos mentales en nuestro estudio y los datos presentados en el capítulo de antecedentes históricos y científ

icos (p. 1) no se deben al azar sino a diferencias en cuanto a edad, sexo, profesión, tipo de trabajo, clase socioeconómica, lugar de residencia, diferencias étnicas y culturales, etc. Por ejemplo, podemos pensar que las diferencias encontradas entre nuestro estudio y los datos que se refieren a los trastornos mentales a nivel mundial y nacional, se deben a -- que nosotros solo trabajamos con población estudiantil adolescente, mientras que ellos toman en cuenta a la población general, que incluye además de adolescentes, niños, adultos y posiblemente hasta ancianos; amén de que cuando hablamos de población general, incluimos también una amplia gama de estratos socioeconómicos, diferencias étnicas y culturales marcadas, diferentes niveles de escolaridad, etc. Las diferencias encontradas con respecto a las familias estudiadas pueden hallar su explicación en que se manejó el trastorno mental a nivel de la población general y a que el estudio se realizó en una colonia popular donde se considera que las pautas culturales y de conducta son muy diferentes de las que se presentan en una comunidad estudiantil.

En cuanto al estudio realizado en el plantel de nivel medio superior "Narciso Bassols", contemplaremos en la medida de lo posible cada uno de los trastornos mentales estudiados para poder lograr una comparación adecuada, ya que se trata de una población que se iguala a la estudiada por nosotros en aspectos importantes, tales como edad, nivel de escolaridad, lugar de residencia (México, D.F.), etc.

Es importante mencionar que la población del plantel --

ciso Bassols" es predominantemente masculina (87%) mientras que en el estudio realizado en el plantel "Ricardo Flores Magón" prevalece el sexo femenino (61.2%). Esta diferencia nos explica de alguna manera la mayor tasa de prevalencia de esquizofrenia en la población por nosotros estudiada, ya que es conocido que dicho trastorno se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. La mayor prevalencia de alcoholismo, farmacodependencia y psicopatías en el plantel "Narciso Bassols" puede también ser explicada en base al sexo, pues este plantel, ya se mencionó, cuenta en su mayoría con alumnos varones. Sabemos que dichos trastornos se presentan en mayor número en la población de sexo masculino; esto puede deberse a factores culturales y sociales, pues en nuestra sociedad es permitido en el hombre el uso de drogas (alcohol, marihuana, etc.) y el tipo de conductas que caracterizan a las psicopatías.

En general podemos concluir que las diferencias encontradas entre las poblaciones de los dos planteles pueden deberse al sexo y al tipo de intereses que presentan los estudiantes, ya que en el plantel "Narciso Bassols" se maneja el área de Ingeniería y Ciencias Físico-Matemáticas y en el plantel "Ricardo Flores Magón" el área de Económico-Administrativas.

Es importante mencionar que la tasa de morbilidad total en nuestra población es más alta que en el otro plantel y que se dio en el estudio con familias; esto nos hace pensar en una mayor urgencia de programas preventivos que ayuden a detener la aparición y/o el progreso de los trastornos mentales.

la población juvenil que cada día se ve más afectada por -
os; en detrimento de su desarrollo como personas producti-
y capaces de lograr un ajuste adecuado a su entorno so---
l.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Por limitaciones de tiempo, recursos humanos y materia--
s; en la presente investigación no se estableció la rela---
ón exacta entre salud mental con índices de deserción, re--
obación y desorientación vocacional; aunque puede existir -
ta relación y por ello se sugiere investigar más al respec-

Este trabajo se limitó a explorar, la salud mental de --
s estudiantes y los factores demográficos, por lo cual se--
a conveniente ampliarlo tomando en cuenta otros factores --
e pudieran incidir en la salud mental de los alumnos. En lo
e respecta al estado de salud, prevalencia y tasa de morbi-
dad de los trastornos mentales en dicha población, sugeri--
s llevar a cabo programas preventivos en sus tres niveles:
imario, secundario y terciario. Es preciso conocer con que
cursos humanos, físicos y financieros cuenta la escuela, pa
poder planear acciones de investigación, prevención y con-
ol de los trastornos mentales.

Según el estado de salud mental de los estudiantes exis-
un 43.8% de la población sana, por ello sugerimos llevar a
bo conferencias, pláticas y películas con el fin de preve--
r futuros trastornos mentales y fomentar la salud en los --
umnos y padres de familia, para que a su vez ambos se con--
ertan en promotores y fomentadores de la salud, con persona
dades más robustas y con una vida más estable para enfren--
r el medio ambiente familiar y social. Estos eventos pueden
r expuestos por los propios orientadores, trabajadores so--

es, médicos y maestros con los que cuenta el propio CECyT. Por lo que se refiere a la cifra significativa en riesgo de padecer alguno de los trastornos mentales, sugerimos llevar a cabo orientación de tipo terapéutico o dinámicas grupales -- dichos alumnos y en los casos necesarios realizar orientación familiar con el fin de involucrarlos para mejorar el estado de salud y frenar los procesos psicológicos que pudieran -- dar lugar a una patología o trastorno mental.

Para aquellos alumnos que presentan algún trastorno grave es conveniente canalizarlos a un centro de salud mental o con un especialista en la materia, para lograr su rehabilitación y ajuste al medio ambiente social.

Cabe también sugerir la necesidad de una mejor capacitación psicológica a los orientadores, maestros, trabajadores sociales y personal encargado de educar y vigilar la salud mental de los alumnos, de esta manera se podrían tener más elementos teóricos y técnicos para detectar un trastorno mental y prevenirlo, controlarlo o canalizar a la persona que lo padece en caso necesario.

Podemos concluir que los trastornos de salud mental que presentan los alumnos, están vinculados a diversos factores -- que inciden en la salud y no exclusivamente a los demográficos como único elemento causal, sin embargo, no se descarta la influencia de ellos. Habría que seguir investigando que otros factores influyen en la salud mental de los estudiantes y realizar nuevos estudios al respecto. Por lo pronto, es preciso elaborar y operar programas preventivos para reducir la fre---

uencia de los trastornos mentales; estos programas deben incluir a los orientadores, padres de familia y alumnos como --
romotores de salud.

ANEXO I

A continuación se presentan las frecuencias, porcentajes y tasas de prevalencia y morbilidad obtenidas en la presente investigación.

INDICADORES DEMOGRAFICOS

- SEXO
- EDAD
- ESTADO CIVIL

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN SEXO

SEXO	F	%
MASCULINO	229	38.6
FEMENINO	363	61.2
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN EDAD

EDAD	F	%
15	35	5.9
16	107	18
17	190	32
18	177	29.8
19	53	8.9
20	10	1.7
21	3	0.5
22	6	1.0
23	0	0
24	4	0.7
25	1	0.2
26	3	0.5
27	1	0.2
28	0	0
29	1	0.2
30	0	0
31	1	0.2
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

 $\bar{X} = 17$ AÑOS

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	F	%
SOLTEROS	573	96.6
CASADOS	6	1.0
DIVORCIADOS	1	0.2
NO REPORTARON	12	2.0
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

INDICADORES DE SANEAMIENTO Y VIVIENDA

- TIPO DE VIVIENDA
- SERVICIOS PUBLICOS
- MEDIOS DE COMUNICACION
- MEDIOS DE TRANSPORTE
- CALIDAD DE VIVIENDA
- ALIMENTACION

CUADRO No. 4

T I P O D E V I V I E N D A

VIVIENDA	F	%
CASA	507	85.4
CUARTO	32	5.4
OTROS	49	8.3
NO REPORTARON	4	0.7
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

CUADRO No. 5

SERVICIOS PUBLICOS

AGUA POTABLE	F	%
DENTRO	531	89.6
FUERA	53	8.9
NO REPORTARON	8	1.3
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

CUADRO No. 6

SERVICIOS PUBLICOS

DRENAJE	F	%
SI	538	90.7
NO	52	8.8
NO REPORTARON	2	0.3
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

CUADRO No. 7

SERVICIOS PUBLICOS

L U Z	F	%
SI	591	99.6
NO	0	0
NO REPORTARON	1	0.2
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

CUADRO No. 8

MEDIOS DE COMUNICACION

CON LOS QUE CUENTAN LOS ALUMNOS

T I P O	F	%
TELEFONO	482	81.3
TELEGRAFO	203	34.2
CORREO	386	65.0
NO REPORTARON	7	1.2
INVALIDADOS	1	0.2

CUADRO No. 9
MEDIOS DE COMUNICACION
QUE MAS UTILIZAN LOS ALUMNOS

T I P O	F	%
TELEFONO	324	54.6
TELEGRAFO	12	2.0
CORREO	89	0.1
NO REPORTARON	4	0.7
INVALIDADOS	1	0.2

MEDIOS DE TRANSPORTE

CON LOS QUE CUENTAN LOS ALUMNOS

T I P O	F	%
AUTOMOVIL	252	42.5
TAXI	304	51.3
COLECTIVO	467	78.7
CAMION	559	94.3
METRO	487	82.1
TROLEBUS	284	47.9
MOTOCICLETA	98	16.5
BICICLETA	352	59.3
NO REPORTARON	7	1.2
INVALIDADOS	1	0.2

CUADRO No. 11

MEDIOS DE TRANSPORTE QUE UTILIZAN LOS ALUMNOS
PARA TRANSLADARSE A SU CENTRO DE ESTUDIOS

T I P O	F	%
AUTOMOVIL	54	9.1
TAXI	5	0.8
COLECTIVO	309	52.1
CAMION	397	66.9
METRO	308	51.9
TROLEBUS	100	16.7
MOTOCICLETA	0	0
BICICLETA	5	0.8
NO REPORTARON	4	0.7
INVALIDADOS	1	0.2

CUADRO No. 12

CALIDAD DE VIVIENDA

P A R E D E S	F	%
TABIQUE	223	37.6
CEMENTO	314	52.9
ASBESTO	6	1.0
LAMINA	1	0.2
OTROS	17	2.9
NO REPORTARON	31	5.2
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

CUADRO No. 13

CALIDAD DE VIVIENDA

T E C H O	F	%
LAMINA	25	4.2
ASBESTO	54	9.1
CONCRETO	500	84.3
NO REPORTARON	13	2.2
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

CUADRO No. 14

CALIDAD DE VIVIENDA

P I S O	F	%
TIERRA	4	0.7
CEMENTO	375	63.2
OTROS	169	28.5
NO REPORTARON	44	7.4
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

CUADRO No. 15

CALIDAD DE VIVIENDA

W. C.	F	%
PROPIO	552	93.0
COMUN	20	3.4
FOSA SEPTICA	10	1.7
LETRINA	1	0.2
AL AIRE LIBRE	0	0
NO REPORTARON	9	1.5
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

CUADRO No. 16

CALIDAD DE VIVIENDA

No. DE CUARTOS	F	%
1	32	5.4
2	95	16
3	143	24.1
4	123	20.7
5	76	12.8
6	46	7.8
7	23	3.9
8	22	3.7
9	5	0.8
10	3	0.5
11	0	0
12	1	0.2
NO REPORTARON	23	3.9
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

CALIDAD DE VIVIENDA

DISTRIBUCION DE CASOS, SEGUN EL NUMERO DE PERSONAS QUE HABI
AN EN LA VIVIENDA, TOMANDO EN CUENTA EL NUMERO DE CUARTOS.

NUMERO DE CUARTOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	F	%
1	<u>1</u>												1	0.2
2	4	5	3					1					13	2.2
3	<u>4</u>	10	10	6	1		2						33	5.6
4	<u>1</u>	13	16	11	3	3	1	3					51	8.6
5	<u>8</u>	21	31	20	17	2	2	8					109	18.3
6	<u>3</u>	<u>22</u>	26	25	21	15	7	3	1	1			124	20.9
7	<u>1</u>	<u>10</u>	26	20	10	7	5	4	1			1	85	14.3
8	<u>6</u>	<u>8</u>	14	16	15	5	4	1	1				70	11.8
9	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>8</u>	14	2	11	1	2	1	1			45	7.6
10	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>5</u>	7	3	2							20	3.3
11	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	4	4		1		1	1			14	2.3
12			<u>2</u>			1							3	0.5
13			<u>1</u>										1	0.2
NO REPORTARON													23	3.9
INVALIDADOS													1	0.2
TOTAL													593	100

NOTA: Las casillas donde se encuentran los números subrayados, indican hacinamiento.

En total en 90 casos se presenta hacinamiento.

CUADRO No. 18

CALIDAD DE VIVIENDA

No. DE CAMAS	F	%
1	2	0.3
2	30	5
3	106	17.9
4	166	28
5	113	19
6	77	13
7	35	5.9
8	14	2.4
9	5	0.9
10	2	0.3
NO REPORTARON	42	7.1
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

$\bar{X} = 4.5$

CUADRO No. 19

CALIDAD DE VIVIENDA

No. DE GENTES POR CAMA	F	%
1	380	64.1
2	180	30.3
3	10	1.7
4	1	0.2
NO REPORTARON	21	3.5
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

$$\bar{X} = 1.3$$

CUADRO No. 20

CALIDAD DE VIVIENDA

APARATOS ELECTRICOS	F	%
TELEVISION	562	94.8
RADIO	557	93.9
CONSOLA	341	57.5
REFRIGERADOR	512	86.3
OTROS	236	39.8
NO REPORTARON	19	3.2
INVALIDADOS	1	0.2

CUADRO No. 21

ALIMENTACION DE 7 DIAS POR SEMANA

T I P O	F	%
CARNE	53	8.9
LECHE	384	64.7
HUEVO	192	32.4
CEREAL	73	12.3
VERDURA	182	30.7
FRUTA	297	50.1
PESCADO	3	0.5
NO REPORTARON	0	0
INVALIDADOS	1	0.2

CUADRO No. 22

ALIMENTACION DE 3 DIAS POR SEMANA

T I P O	F	%
CARNE	167	28.2
LECHE	37	6.2
HUEVO	104	17.5
CEREAL	91	15.3
VERDURA	91	15.3
FRUTA	69	11.6
PESCADO	41	6.9
NO REPORTARON	0	0
INVALIDADOS	1	0.2

CUADRO No. 23

ALIMENTACION DE 2 VECES POR SEMANA

T I P O	F	%
CARNE	102	17.2
LECHE	16	2.7
HUEVO	67	11.3
CEREAL	107	18
VERDURA	58	9.8
FRUTA	35	5.9
PESCADO	124	20.9
NO REPORTARON	0	0
INVALIDADOS	1	0.2

INDICADORES ECONOMICO-SOCIALES

-OCUPACION

-INGRESOS

CUADRO No. 24

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN OCUPACION

OCUPACION	F	%
ESTUDIANTE	556	93.7
OBRERO	1	0.2
EMPLEADO	35	5.9
NO REPORTARON	0	0
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

CUADRO No. 25

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN INGRESOS

INGRESOS	F	%
MENOS DE 50,000	33	5.6
DE 50,000 A 65,000	54	9.1
DE 65,001 A 80,000	44	7.4
DE 80,001 A 95,000	26	4.4
DE 95,001 A 110,000	47	7.9
DE 110,001 A 125,000	38	6.4
DE 125,001 A 140,000	24	4
DE 140,001 A 155,000	20	3.4
DE 155,001 A 170,000	13	2.2
DE 170,001 A 185,000	16	2.7
DE 185,001 A 200,000	22	3.7
DE 200,001 A 215,000	6	1.0
DE 215,001 A 230,000	11	1.9
DE 230,001 EN ADELANTE	64	10.8
NO REPORTARON	174	29.3
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

INDICADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CUADRO No. 26

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN SERVICIOS DE SALUD

SERVICIOS	F	%
IMSS	221	37.3
ISSSTE	94	15.8
DISPENSARIO	14	2.4
CONSULTORIO PARTICULAR	194	32.7
OTROS	57	9.6
NO REPORTARON	12	2.0
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

NIVEL DE SALUD

- ESTADO DE SALUD MENTAL
- TRASTORNOS MENTALES

CUADRO No. 27

ESTADO DE SALUD MENTAL

POBLACION	F	%
SANA	260	43.8
EN RIESGO	248	41.8
ENFERMA	84	14.2
INVALIDADOS	1	0.2
TOTAL	593	100

M-0056452

CUADRO No. 28 A

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES

TRASTORNOS	F	PREV.
TRASTORNOS DE ADAPTACION EN LA ADOLESCENCIA	0	0
ALCOHOLISMO	1	1
NEUROSIS	69	82
EPILEPSIA	1	1
PSICOSIS	10	12
FARMACODEPENDENCIA	1	1
PSICOPATIAS	2	3
TOTAL	84	100

CUADRO No. 28 B

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES

TRASTORNOS	F	PREV.
TRASTORNOS DE ADAPATACION EN LA ADOLESCENCIA	0	0.0
ALCOHOLISMO	1	0.2
NEUROSIS	69	11.6
EPILEPSIA	1	0.2
PSICOSIS	10	1.6
FARMACODEPENDENCIA	1	0.2
PSICOPATIAS	2	0.3
TOTAL	593	14.1

2
2

CUADRO No. 29

TASA ESPECIFICA DE MORBILIDAD DE TRASTORNOS

MENTALES

TRASTORNOS	F	TASA
TRASTORNOS DE ADAPTACION EN LA ADOLESCENCIA	0	0
ALCOHOLISMO	1	2
NEUROSIS	69	116
EPILEPSIA	1	2
PSICOSIS	10	17
FARMACODEPENDENCIA	1	2
PSICOPATIAS	2	3
TOTAL	84	142

Nota: para obtener la tasa de morbilidad se to
mó en cuenta la población muestra (593 a
lumnos). Lo que resulta en una tasa de -
morbilidad de 142 alumnos enfermos por -
cada 1000.

ANEXO II

A continuación se presentan
las encuestas utilizadas en
la presente investigación.

H A B I T A T

e si___ no___

i___ no___

n con animales si___ no___

n en: casa___ cuarto___ otros___

ina está dentro del cuarto si___ no___

agua potable dentro___ fuera___

an W.C.: propio___ común___

letrina___ fosa séptica___

al aire libre___

de cuartos___
(contar cocina y baño)

de camas___

de gentes por cama___

): Piso:

t___ Tierra___

l___ Cemento___

co___ Otros___

eto___

Paredes:

Tabique___

Cemento___

Asbesto___

Lámina___

Otros___

Aparatos eléctricos:

T.V._____

Radio_____

Consola_____

Refrigerador___

Otros_____

Medios de comunicación:

Telégrafo___ Correo___

Teléfono___ Taxi___

Camión___ Metro___

Bicicleta___ Motocicleta___

Colectivo___ Trolebus___

Tranvía___ Carro propio___

llegar a tu centro de estudios, qué medios de transporte utilizas?

ENCUESTA SOBRE SALUD MENTAL

STRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de preguntas, para contestarlas con la mayor veracidad posible. Al final de la pregunta responde SI o NO según sea tu caso.

- ¿Tienes dificultad para concentrarte en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención constante?_____
- ¿Frecuentemente faltas a la escuela?_____
- ¿Acostumbas fugarte de tu hogar pasando la noche fuera?_____
- ¿Constantemente, por timidez, evitas relacionarte con tus compañeros?_____
- ¿Tuviste o tienes problemas para hablar, o trastornos del lenguaje?_____
- ¿Has reprobado varias veces el mismo año escolar?_____ ¿cuál?_____
- ¿Acostumbas emborracharte, al grado de que la bebida te haya ocasionado daño en tu trabajo o escuela?_____
- ¿Has llegado al grado de no poder dejar la bebida?_____
- ¿Te enfermas cuando haces coraje, eres muy nervioso?_____
- ¿Sufres frecuentemente de insomnio, es decir que no puedas dormir en la noche?_____
- ¿Te pones triste con facilidad?_____
- ¿Sientes miedo o susto como si te fuera a pasar algo, sin saber porqué?_____
- ¿Eres muy enfermizo?_____
- ¿Has intentado suicidarte?_____ ¿cuándo?_____ ¿cuántas veces?_____
- ¿Eres muy irritable, te peleas fácilmente?_____
- ¿Padeces de ataques o convulsiones?_____
- ¿Te has golpeado alguna vez durante la crisis?_____

- ¿Te muerdes la lengua durante la crisis?_____
- ¿Eres muy tímido, que casi no hablas con nadie y no te gusta salir de tu casa?_____
- ¿Alguna vez has perdido la razón?_____ ¿cuándo?_____
- ¿Consideras que no estás bien de tus facultades mentales?_____
- ¿Has visto visiones, oído voces, sentido que te persiguen y quieren hacerte daño?_____
- ¿Frecuentemente estás tan triste que no quieres ni comer ni moverte?_____
- ¿Has usado drogas tales como: cemento, pastillas, marihuana, thinner o algo semejante?_____
- ¿Has tenido problemas con tu familia a causa del uso de las drogas?_____
- ¿Has tenido pleitos callejeros o perteneces a alguna pandilla?_____
- ¿Has tenido algún tipo de problemas con la policía?_____ ¿cuáles?_____
- ¿Has sido detenido por algún delito?_____
- ¿Has participado en pequeños robos?_____
- ¿Has participado en asaltos, robos, fraudes o algún otro tipo de actividad ilegal?_____

REFERENCIAS

- 1.- Aberastury, A y col. Adolescencia. Ediciones Kargieman. Buenos Aires, 1978.
- 2.- Aberastury A. y Knobel, M. Las Enfermedades Mentales en el Niño y el Adolescente. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1972.
- 3.- Ajuriaguerra, J. Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Masson. Barcelona-México, 1983.
- 4.- Ballesteros, A. La Adolescencia. Ed. Patria. México, 1975.
- 5.- Bertalanffy, L. Robots, hombres y mentes. Ed. Guadarrama, Madrid, 1967.
- 6.- Bertalanffy, L. Teoría General de los Sistemas. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1980.
- 7.- Calderón, G. Salud Mental Comunitaria. Ed. Trillas. México, 1984.
- 8.- Caplan, G. y Lebovici, S. Psicología Social de la Adolescencia. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1973.
- 9.- Caraveo, J. Análisis Crítico y Perspectivas Futuras de la Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. Vol. V No. 1 Primavera, 1982.
- 10.- Caraveo, J. La Vigilancia Epidemiológica en el Campo de la Psiquiatría y la Salud Mental. Salud Mental. Vol. VIII No. 2 Junio, 1985.
- 11.- Criterios Diagnósticos DSM-III. Breviario. American Psychiatric Association, 1983.
- 12.- De la Fuente, R. Acerca de la Salud Mental en México. Salud Mental. Vol. V No. 3 México, 1982.
- 13.- De la Fuente, R. Simposio "Los Diez Grandes Temas de la Medicina". Instituto Sintex. México. Abril, 1977.
- 14.- De la Fuente, R. Trabajo presentado en el simposio "Ambiente y Salud". Julio, 1978.

- 5.- Diagnóstico de Educación Media Superior. Comisión de Estudios Sobre la Educación Media Superior en el Area Metropolitana de la Ciudad de México. Abril, 1983.
- 6.- Dorsch, F. Diccionario de Psicología. Ed. Herder. Barcelona, 1985.
- 7.- Eysenck, H. Handbook of Abnormal Psychology. Ed. Pitman - Medical Publishing. Co., LTD. London, 1960.
- 8.- Floyd, L. Psicología y Vida. Ed. Trillas. México, 1975.
- 9.- Freedman, A. Kaplan, H. y Sandock, B. Tratado de Psiquiatría. Tomos I y II. Ed. Salvat. Barcelona, 1982.
- 10.- Gabinete Interdisciplinario de Grupos Integrados. Tríptico IPN. Enero 1986.
- 11.- Gutiérrez, J. y Tovar, H. La Vigilancia Epidemiológica de las Alteraciones Mentales. Salud Pública. México, 1984.
- 12.- Haber, A. Estadística General. Ed. Fondo Educativo Interamericano. México, 1972.
- 13.- Hochman, J. Hacia una Psiquiatría Comunitaria. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1980.
- 14.- Hurlock, E. Psicología de la Adolescencia. Ed. Paidós. -- Buenos Aires, 1976.
- 15.- Kaplan, H. Comprehensive Text Book of Psychiatry/IV. Ed. -- Williams and Wilkins. Baltimore. London. Los Angeles. Sydney, 1985.
- 16.- Kolb, L. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1978.
- 17.- López-Arce, A. Diagnóstico de la Salud Comunitaria en la Colonia Ruiz Cortinez. Facultad de Psicología de la UNAM, 1981.
- 18.- López-Arce, A. Estudio Descriptivo Sobre Salud Mental y Expectativas de Orientación Educativa en una Muestra Representativa de la Población del CECyT "Narciso Bassols". México, 1985.

- 29.- Manual de Organización. Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos, "Ricardo Flores Magón" IPN, 1981.
- 30.- Mayer, W. Gross, y col. Las Enfermedades Mentales en el Niño y en el Adolescente. Ed. Paidós. Buenos Aires 1967.
- 31.- Necesidades Esenciales en México, Situación Actual y Perspectivas al año 2000. Ed. Siglo XXI. México, 1982.
- 32.- Nutrición, Desarrollo y Comportamiento Social. Publicación Científica No. 269. OMS-OPS. Washington, D.C. EUA, 1973.
- 33.- Organización Mundial de la Salud-OPS. Epidemiología. Guía de Métodos de Enseñanza. Publicación Científica No. 266 Washington, D.C. EUA, 1973.
- 34.- Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Poder Ejecutivo Federal.
- 35.- Powell, M. La Psicología de la Adolescencia. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1975.
- 36.- Prevención de los Trastornos Mentales, Neurológicos y Psicosociales 39a. Asamblea Mundial de la Salud. OMS, Febrero, 1986.
- 37.- Programa de Orientación para Nivel Medio Superior. Dirección de Orientación Educativa. IPN, 1983.
- 38.- Rojas, A. El Adolescente Mexicano. Ed. Federación Editorial Mexicana, México, 1974.
- 39.- Rojas, R. El Proceso de la Investigación Científica. Ed. Trillas. México, 1984.
- 40.- San Martín, H. Salud y Enfermedad. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1984.
- 41.- Servicios Comunitarios de la Salud y Participación de la Población. Publicación Científica No. 289 OMS-OPS. Washington, D.C. EUA.
- 42.- Terris, M. La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. Ed. Siglo XXI. México, 1982.

- 3.- Tovar, H. y col. La Investigación Epidemiológica de las - Alteraciones Mentales: Trascendencia, Métodos y Lineamientos para Su Desarrollo en México. Salud Mental. Vol. VII año 7 No. 4, 1984.
- 4.- Trastornos Mentales: Clasificación Según la CIE 9. Publicación Científica No. 400. OMS-OPS. Washington, D.C. -- EUA.
- 5.- Turner, C. Higiene del Individuo y la Comunidad. Ed. Manual Moderno. México, 1985.
- 6.- Tyler, L. La Función del Orientador. Ed. Trillas. México, 1981.
- 7.- Vega, L. Bases Esenciales de la Salud Pública. Ed. La -- Prensa Médica Mexicana. México, 1985.
- 8.- Wayne, D. Estadística con Aplicaciones a las Ciencias Sociales y a la Educación. Ed. Mc. Graw Hill. México, 1981.
- 9.- Zax, M. Introducción a la Psicología de la Comunidad. Ed. Manual Moderno. México, 1981.