



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"PREVENCION PRIMARIA EN
SALUD MENTAL"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ROCHA FERNANDEZ ADRIANA DE JESUS
TORRES GUTIERREZ NELLY MARIA ANTONIETA

ASESOR:
LIC. LYDIA BARRAGAN TORRES

DIRECTOR
DR. FEDERICO PUENTE SILVA

11-0064125

DICIEMBRE DE 1987



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.

Agradecimientos

Al Dr.

Agradecemos al Dr. Federico Puente Silva por invitarnos a participar en su investigación.

A Lic.

Lydia Barragan Torres, por haber dirigido nuestra tesis.

T. Ps. 4482

INDICE

INTRODUCCION	
MARCO TEORICO	3
PREVENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL	3
- Niveles de Prevención	3
- Niveles de Atención	15
- Concepto de Salud Integral y Salud Mental	17
- Promoción y Educación para la Salud	22
- Programas de Prevención Primaria en Salud Mental en Comunidad	26
- Familia y Prevención Primaria	31
- La Escuela y la Prevención Primaria	35
- Los Medios Masivos de Comunicación y la Prevención Primaria	36
- El Significado de las Crisis Vitales como Aspecto Preventivo de Salud Mental	39
II. INFORMACION Y PUBLICACIONES	47
METODOLOGIA	51
Tipo de Estudio	52
Planteamiento del Problema	52
Hipótesis	52
Variables	53
Sujetos	59
Escenario	60
Instrumentos	60
Procedimiento	60
RESULTADOS	61
Descripción de Resultados	62
Análisis de Resultados	77

M-0064125

CONCLUSIONES	79
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	84
BIBLIOGRAFIA	85
ANEXO 1 Manual de Codificación	88
ANEXO 2 Cédula de Registro	108
ANEXO 3 Lista de Publicaciones Revisadas	112

INTRODUCCION

Es indudable que para conocer el desarrollo de una ciencia se recurre siempre a consultar lo que sobre ella se ha escrito, es decir, las publicaciones que se han realizado en el tema, por tal motivo se considera importante realizar una búsqueda e investigación de que es lo que se publica en nuestro país sobre psicología clínica. Para ello es necesario conocer si se está publicando o no, de que manera se difunden estas publicaciones, saber que corrientes predominan en el material escrito sobre psicología clínica en México.

Por ello la Federación Mundial de Salud Mental, creó una investigación sobre el material publicado en los últimos diez años a nivel nacional en 10 áreas prioritarias de la psicología clínica en México. De ellas la correspondiente a esta tesis es la de PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL.

El concepto de prevención primaria lleva implícito el hecho de que es "mejor prevenir que remediar", pero se debe entender que en psicología el hecho es no sólo prevenir la enfermedad sino también mantener la salud, enfatizando el aspecto económico que es de gran importancia en la época actual. Ya que es más costeable evitar o prevenir una enfermedad que curarla una vez que se presenta.

La prevención se considera como una parte esencial del trabajo del psicólogo clínico, ya que de él depende que la calidad del estilo de vida mejore o por lo menos se mantenga a nivel que garantice la salud mental de los individuos. Se ha observado que las medidas preventivas son más difíciles de llevar a cabo mientras el individuo sea más responsable de ellas (por ejemplo el control en el uso de drogas, alcohol o tabaco).

Por tanto la literatura revisada sugiere la creación de programas preventivos en los que participen los especialistas de la salud mental responsabilizando a la comunidad de su salud. Para la difusión de estos programas se plantea retomar aspectos de la comunidad misma y a todo el equipo de salud (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) Además de la población en general y algunos sectores que tienen gran influencia en los individuos como son la escuela, la iglesia, etc. Es decir, las acciones preventivas deben cubrir a todos los grupos humanos, sin embargo, pueden hacer énfasis en los que se consideran de alto riesgo de acuerdo a los diferentes problemas que se plantean como prioritarios en una

sociedad dada.

Esta tesis pretende dar una visión global de las características generales de las publicaciones nacionales sobre la prevención primaria en salud mental. Y proporcionar los lineamientos teóricos básicos sobre el tema, estructurados de la siguiente manera:

Descripción y análisis de los conceptos más importantes en prevención primaria tales como; niveles de prevención y niveles de atención.

Ubicar al proceso de Salud Mental dentro del contexto de Salud Integral.

Plantear las acciones específicas para llevar a cabo programas preventivos; en la familia, en la comunidad, en la escuela y en los medios masivos de comunicación.

Retomar el significado de las crisis vitales como aspecto preventivo de Salud Mental.

Y por último hacer énfasis en la importancia de los sistemas de información y en las publicaciones como un medio de difusión.

MARCO TEORICO

NIVELES DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA.

El reciente interés en la medicina preventiva ha surgido, en parte, por la progresiva desilusión frente a la medicina curativa. Es a partir del desarrollo de un modelo mecanicista y unicausal que se instituye una práctica de intervención que tiene como objetivo, más que la recuperación de la salud, la conservación de la misma.

Caplan (1985), menciona que la expresión "Psiquiatría preventiva" se refiere al cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir (1) la frecuencia en una comunidad, de los trastornos mentales de todo tipo (prevención primaria), (2) la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan ("Prevención secundaria"), y (3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos ("Prevención terciaria"). Retomando estos conceptos básicos y ampliando el campo de la prevención, en sus tres niveles, a todos los especialistas que de alguna manera están relacionados con la salud mental, trataremos de ampliar las definiciones de estos niveles de prevención.

Las actividades preventivas deben incluir la prevención primaria como elemento esencial y promover la salud mental entre los miembros de la comunidad que corrientemente no están alterados, tratando de reducir el riesgo de que enfermen.

Haciendo énfasis en salud mental vemos que su rol fundamental en el marco educativo es la prevención, Bower (1976) la define como "cualquier intervención específica, biológica, social o psicológica que promueve y fortalece la salud mental y emocional; o reduce la incidencia y la frecuencia de desórdenes de aprendizaje y conducta en la población en general. Distingue entre prevención primaria, como aquella que se da a la población en toda su extensión; la secundaria, tendiente a la identificación de grupos vulnerables; y la terciaria, a la que se da en forma de tratamiento y rehabilitación. Así la prevención primaria es un concepto comunitario; implica la disminución de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante cierto período, contrarrestando las circunstancias perniciosas

sas antes de que tengan ocasiones de producir enfermedad. No trata de evitar que se enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda una población, de manera que aunque algunos puedan enfermarse, su número sea reducido. Contrasta con los enfoques orientados hacia el paciente de manera individual, que se centran en una sola persona y se ocupan de las influencias generales que sólo afectan a ese sujeto. Cuando un programa de prevención primaria se ocupa de un individuo lo ve como representante de un grupo, y su tratamiento está determinado no sólo por las necesidades de la persona en cuestión, sino principalmente por su relación con el problema comunitario que representa y con los recursos asequibles para enfrentarlo.

Un programa de prevención primaria debería tender a identificar las influencias perjudiciales corrientes, las fuerzas ambientales que ayudan a los individuos a resistirlas, y aquellas otras que influyen sobre la resistencia de la población a las futuras experiencias patógenas. Al modificar los tres grupos de factores cabe esperar que el equilibrio de fuerzas del presente y del futuro cambie de tal manera que la frecuencia del trastorno mental descienda, que las presiones perjudiciales se reduzcan en intensidad, que la gente reciba ayuda para encontrar formas sanas de enfrentarlas, y que aumente su capacidad para tratar futuras dificultades. Este enfoque, obviamente, se basa en el supuesto de que muchos trastornos mentales resultan de la inadaptación o el desajuste, y de que, alterando el equilibrio de fuerzas, se hacen posibles una adaptación y un ajuste sano.

Por otro lado también es importante observar que algunos de los más exitosos programas de prevención primaria se instituyeron antes de que se contara con etiologías válidas de las enfermedades que se prevenían. Por ejemplo la prevención de la viruela por la vacuna, y la prevención del escorbuto mediante la ingestión de limas y verduras frescas, precedió en muchos años al conocimiento de las causas de estas enfermedades. Incluso la histórica acción preventiva de Show, al quitar el manubrio de la calle Broad para detener la epidemia de cólera de Londres, en el siglo diecinueve, no se basó en el conocimiento de la existencia del microorganismo del cólera en las aguas contaminadas, ni en la comprensión de la función de este microorganismo en la etiología de la epidemia.

Los profesionales de salud pública en este y otros casos no esperaron a conocer la etiología para aplicar sus programas preventivos. Confiaron en los mejores juicios conocidos acerca de los factores que parecían estar asociados con la presencia o ausencia de enfermedad en los diferentes sectores de la población.

Sin embargo, esto no significa que el conocimiento pleno de la etiología es inútil en el desarrollo de un programa de prevención primaria. Por supuesto, en la historia de la salud pública abundan los programas preventivos que resultaron infructuosos, a pesar de estar basados en los mejores juicios contemporáneos sobre los factores relacionados con la enfermedad, porque estos juicios eran erróneos. Lo que si implica esta postura es que, mientras esperamos los resultados de la investigación etiológica nos es posible lograr algún éxito en la prevención primaria explotando nuestros conocimientos presentes, no muy perfectos, asociados con los trastornos mentales.

Faltando un conocimiento completo sobre las causas de los trastornos mentales, la prevención primaria debe actuar sobre los recursos generales de la comunidad, y reducir las condiciones que por alguna razón podemos considerar perjudiciales, aún cuando no podamos citar ninguna prueba decisiva de que conducen a algún trastorno mental particular. La vaguedad de los planteamientos y la falta de una base confirmada, hacen que nos sea necesario organizar nuestras ideas de una forma sistemática, para que los programas tengan objetivos claramente definidos, esto nos permitirá modificar y evaluar nuestros métodos mientras perfeccionamos nuestras hipótesis sobre las influencias perniciosas y las útiles de acuerdo con la mayor experiencia y con los adelantos en la investigación etiológica. El primer paso es establecer algún modelo o esquema conceptual que permita hacer patentes la consecuencia sobre la prevención, de nuestras mejores ideas relativas a los factores que operan ampliamente y que influyen sobre la susceptibilidad al trastorno mental característica de la población total o de grupos particulares.

Este modelo ha de parecerse a los mapas regionales en pequeña escala que guían a los automovilistas, más que a las cartas en gran escala de áreas pequeñas que necesita un caminante. Esta analogía hace notar la diferencia que existe entre el modelo macroscópico necesario para planear

servicios preventivos comunitarios, y la estructura teórica microscópica que necesita el clínico que se limita al diagnóstico y tratamiento de pacientes individuales. En el modelo preventivo deben diluirse hasta cierto punto los detalles individuales. Lo que se necesita es un cuadro que acentue los perfiles y direcciones más importantes.

El modelo conceptual que plantea Caplan (1985) se basa en la hipótesis de que, para no sufrir un trastorno mental, una persona necesita de continuos "aportes", adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo. Estos aportes pueden clasificarse en tres grupos: físicos, psicosociales y socioculturales.

Los aportes físicos incluyen la alimentación, la vivienda, la estimulación sensorial, la oportunidad de ejercicio, etc.; estos factores son necesarios para el desarrollo y crecimiento corporales y para el mantenimiento de la salud y la protección contra el daño físico, tanto antes como después del nacimiento.

Los aportes psicosociales incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de una persona por medio de la interacción personal con los miembros significativos de la familia y con los iguales y superiores de la escuela, la iglesia y el trabajo. Aquí está implícita la influencia de los intercambios frente a frente entre cada individuo y las personas con las que se compromete emocionalmente y con las que desarrolla relaciones continuas. En esta área, la provisión de aportes es lo que generalmente llamamos "Satisfacciones de las necesidades interpersonales"

Las listas de necesidades son generalmente algo arbitrarias: el punto principal es que las necesidades innatas del conjunto biológico primario se modifican continuamente por la interacción con el medio ambiente humano y no humano, y se satisfacen o no en el contexto social. Una lista útil podría tomar en cuenta tres áreas principales: 1) La de las necesidades de intercambio de amor y afecto; 2) La de las necesidades de limitación y control (estructuras de afirmación y mantenimiento de la autoridad); y 3) La de las necesidades de participación en la actividad colectiva (relativas, por ejemplo al grado de apoyo o independencia con que se encara una tarea).

Las necesidades interpersonales se experimentan en relación con las personas significativas que son focos de continuas vinculaciones emocionales. La resistencia al trastorno mental depende de la continuidad y "salud" de estas relaciones. Una relación "sana es aquella en la que la persona significa

tiva percibe, respeta y trata de satisfacer las necesidades del sujeto en una forma que está de acuerdo con sus respectivos roles sociales y con los valores de su cultura.

Debemos tomar en cuenta que mientras más rica sea la herencia cultural, más complejos serán los problemas de cada miembro del grupo aprenderá a manejar. Cuanto más estable sea la sociedad, mayor es la probabilidad de que los individuos sean previstos, de instrumentos perceptivos, habilidades para resolver problemas, y valores de orientación para enfrentar los problemas de la vida. Por el contrario en las sociedades en transición no existen en general formas bien ensayadas de manejo de los nuevos problemas que cada individuo enfrenta, y este queda dependiendo sólo de sus recursos personales. Los valores, las formas de ver y las costumbres tradicionales, quizá adecuadas para tratar los problemas del pasado, pueden haberse vuelto insuficientes en la actualidad. También las instituciones sociales asistenciales y sus sistemas pueden ser dejados atrás rápidamente por las condiciones cambiantes de la época y no proporcionan el auxilio necesario a quien se dirige a ellas en busca de ayuda.

Por otra parte, el individuo no es sólo un receptor pasivo de estos aportes, ni una víctima inactiva cuando ellos son deficientes en calidad o cantidad, sino que modifica significativamente su medio físico y social desde los primeros años, y, como miembro de grupos políticos y sociales, puede actuar también sobre los aportes socioculturales.

Al tener en cuenta esta lista de probables factores perjudiciales en un programa de prevención primaria, es particularmente útil el concepto de salud pública de "poblaciones con riesgo especial". Es probable que muchos factores perjudiciales no sean igualmente patogénos para todos los grupos de la población. La patogenicidad varía con la edad, sexo, y otras características de los que están expuestos. Así, es probable que la separación madre-niño tenga su máximo impacto en el niño pequeño, y la muerte del padre en los varones de seis a siete años. En todos los aspectos las privaciones físicas y psicosociales afectan más a los niños más pequeños mientras que los adolescentes y los adultos jóvenes son particularmente sensibles a ciertos factores socioculturales. Otros factores, tales como la muerte de los hijos se concentran en torno a las mujeres en climaterio. Estas consideraciones revelan el valor de definir subpoblaciones con riesu

go especial, estas subpoblaciones deberían recibir una atención especial preventiva particular, que se concentraría sobre los sujetos más vulnerables a los factores perjudiciales que se trata de neutralizar.

PREVENCION SECUNDARIA

Es definida como la posibilidad de identificar en forma temprana la presencia de procesos psicopatológicos o de trastornos funcionales resultantes de conflictos intra o interpersonales. Esta actividad hace posible el tratamiento oportuno de los mismos evitando así secuelas mayores en el individuo. Estas acciones también se extienden hacia las diferentes etapas de la vida ya que en cada una de ellas existe un riesgo mayor para de terminado tipo de psicopatología.

Prevención secundaria es el nombre que los especialistas en Salud pública dan a los programas tendientes a reducir la incapacidad debida a un trastorno, disminuyendo el dominio del trastorno mismo. En salud pública (Caplan 1985) el "dominio" es la proporción de casos probados del trastorno entre la "población en riesgo", en cierto período de tiempo. Son "casos probados" tanto los nuevos como los ya existentes (incidencia y prevalencia respectivamente.) La "población en riesgo incluye a todos los miembros de la comunidad que podrían sufrir el trastorno.

Los programas de prevención secundaria deben prestar atención no sólo a los programas técnicos profesionales de prevención y terapia, sino también a la logística de la óptima utilización de los recursos (especialistas y conocimientos), de manera que el número de pacientes cuyas enfermedades se abrevien sea lo suficientemente amplio como para establecer una diferencia importante en los valores comunitarios. Para comprender la verdadera extensión del problema comunitario, el clínico debe estar relacionado, no solo con los pacientes que atiende en su consultorio o en instituciones, sino también con el resto de los individuos enfermos de la comunidad. Debe elaborar formas de identificarlos y de hacerles llegar el tratamiento. Debe decidir a la luz de su número y características (incluyendo su pronóstico si no han sido tratados), la medida en que pueden afectar a otras personas, su probable respuesta al tratamiento, y las distintas formas de tratar los diversos casos. Por esta característica de los programas de prevención secundaria, el trabajador de la salud mental

se enfrentará a los siguientes problemas:

a) Diagnóstico Precoz

Se cree que, en sus primeras etapas, toda enfermedad existe en una forma no diagnosticable, cuando sus manifestaciones aumentan cualitativa y cuantitativamente, alcanzan la etapa en la cual pueden identificarse me diante nuestros medios diagnósticos, suponiendo que éstos resulten aplicables al caso. El lapso que media entre el comienzo y el descubrimiento de una enfermedad depende generalmente del grado de malestar sentido por el paciente o la comunidad en relación con los signos y síntomas, y del periodo de tiempo que este malestar pueda ser tolerado antes de concurrir o ser enviado a un consultorio para obtener el diagnóstico.

El diagnóstico precoz puede por lo tanto lograrse: 1) perfeccionando los medios de diagnóstico de manera que el trastorno pueda identificarse a partir de unos pocos o leves signos y síntomas y por alteraciones objetivas mínimas; 2) alertando a los sospechosos y a sus redes sociales acerca de los indicios más débiles y motivándoles para que procuren una investigación diagnóstica precoz, y 3) proporcionando facilidades para que tal investigación se realice sin demora. Según Caplan (1985) existe una alterativa para el segundo punto; en vez de contar con el conocimiento de los síntomas por parte de la probable víctima o de las personas próximas a ella, podemos desarrollar procedimientos de búsqueda de sospechosos, por medio de los cuales se examine sistemáticamente a poblaciones enteras para identificar los casos aún antes de la aparición de los síntomas mínimos que llevarían al sujeto a un consultorio.

La dificultad que presenta el diagnóstico es que en la actualidad son escasos los trastornos mentales que tienen un cuadro clínico claro invariablemente asociado con una historia natural característica. El diagnóstico de la mayoría de los trastornos en sus primeras etapas depende de un complicado juicio clínico basado en la evaluación del significado total de muchos signos y síntomas, cada uno de los cuales puede asociarse a veces con los trastornos o hallarse en las personas sanas, especialmente a las comprometidas en crisis, en cuyo caso quizá defina una manera sana de enfrentar la situación peligrosa, y no constituya una manifestación de enfermedad.

Los programas de prevención secundaria procuran alentar la remisión precoz de dos maneras. La educación pública a través de los medios masivos de comunicación difunde información entre los posibles pacientes, y sus parientes y amigos, explican los signos y síntomas comunes del trastorno mental, la naturaleza del mismo, su etiología y su posible curabilidad, para despertar la esperanza de que el contacto con un especialista de la salud mental conduzca a buenos resultados, y para contrarrestar el estigma supersticioso y el miedo irracional. A la información sobre los trastornos mentales debe añadirse la relativa a los servicios de salud mental disponible en la comunidad y a la manera de hacer contacto con ellos. Debe reducirse todo lo posible la brecha entre la institución y la comunidad; hay que facilitar la posibilidad de vincularse con un servicio. Para lograrlo, es preciso acercar las instituciones a los centros de la población, por un lado, y reducir la rutina administrativa, por otro.

b) Tratamiento Rápido y Eficaz

El hallazgo y diagnóstico precoz de los casos sólo tienen valor en la prevención secundaria si llevan un tratamiento rápido y eficaz. La disponibilidad de recursos de tratamiento apropiados es el factor de limitación del programa; no debe permitirse que los casos descubiertos, particularmente por medio de la remisión a servicios de diagnóstico clínico, sean más de los que es posible tratar terapéuticamente en los servicios existentes. Este principio no siempre se respetó en el pasado y el resultado fueron largas listas de espera y la aparición de sentimientos de frustración y hostilidad hacia los especialistas en salud mental entre el público y los profesionales asistenciales.

Para contribuir significativamente a la reducción del número de casos el tratamiento no sólo debe ser precoz sino que también debe tener éxito. Teóricamente, los dos problemas están vinculados. Es probable que un trastorno tratado en sus primeras etapas, antes de que se haya transformado en una parte consolidada de la vida psicológica y social del paciente, responda a la terapia en un grado mayor y más rápidamente, que si el tratamiento se demora hasta que la perturbación se haya afianzado en toda una situación vital y el sujeto haya aprendido a sacar provecho

de las gratificaciones secundarias y dispensas que el papel de paciente le procura.

La esencia del problema radica así en el tratamiento eficaz en gran escala de muchos pacientes que no se recuperarían de modo espontáneo, o cuya recuperación se demoraría considerablemente de no mediar el tratamiento.

Una dificultad que se enfrenta al planear los programas de prevención secundaria es que carecemos de conocimientos seguros sobre la eficacia de los tratamientos; no se sabe siquiera en qué medida reducen la duración de los trastornos particulares. En general, se confía en la experiencia clínica relativa a los cambios aparentes observados en los pacientes sometidos a tratamientos de diversos tipos, generalmente sin controlar con pacientes similares que no hayan recibido estos tratamientos. Esto ha llevado a atribuir supuestos eficaces terapéuticos a una variedad de tratamientos basados en impresiones subjetivas de clínicos predispuestos de sus propios métodos y técnicas. También condujo a modas cambiantes, en las que ciertas técnicas se descartan en favor de otras, que son más nuevas, pero que científicamente no se ha demostrado que sean superiores.

Posiblemente el aspecto más perturbador de la situación es que sea imposible distinguir entre lo "correcto" y lo "incorrecto" en este asunto, y que profesionales que utilizan diferentes métodos basándose en sistemas teóricos antagónicos puedan obtener resultados exitosos comparables. Quizá se deba a que tratan diferentes tipos de enfermos; es notable cómo los pacientes y los agentes que los remiten conocen el tipo de caso que se adecua al enfoque de un clínico particular. Es también posible que se pueda ayudar a remediar el mismo trastorno con enfoques que difieren ampliamente; un trastorno mental es el resultado de un complejo multifactorial de fuerzas, cuyo equilibrio puede afectarse actuando sobre muchos y diversos factores.

Cuando se planea un programa de prevención secundaria es preciso aceptar objetivos modestos para los individuos que tratamos con el fin de extender nuestra ayuda a tantos como sea posible. Además debe concebirse la intervención de los especialistas en salud mental y de sus servicios como un factor benéfico temporalmente introducido en la vida de los pacientes para ayudarlos a manejar sus dificultades presentes mejor que si las en---

frentan por sí mismos, y no como una fuerza ilimitada de cambio capaz de modificarlas hasta que se ajusten a una imagen ideal o modelo de salud.

PREVENCION TERCIARIA

La prevención terciaria en salud mental sería la disminución de los efectos residuales que se presentan después de que los trastornos mentales han terminado. Residual es la limitación en la capacidad de un individuo para contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad. Consiste también en evitar recaídas y nuevos internamientos ayudando al individuo a funcionar a su máxima capacidad lo más pronto posible posteriormente a que fué dado de alta.

Es decir, la prevención terciaria procura reducir, en la comunidad, la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales. Así como la prevención secundaria incluye a la prevención primaria, la terciaria abarca a las dos, puesto que el defecto debido al trastorno mental incluye la incapacidad provocada por el funcionamiento alterado del paciente, así como la disminución de la capacidad que subsiste después de eliminado el trastorno. En el uso común, sin embargo, la prevención terciaria se limita a reducir la proporción de defecto residual, es decir, reducir la menor capacidad para poder contribuir a la vida social y laboral de la comunidad que queda al término del trastorno mental.

La prevención terciaria actúa mediante la rehabilitación en gran escala de los pacientes para devolverles su máxima capacidad productiva tan pronto como sea posible.

Caplan (1985) hace una diferenciación entre el término rehabilitación y la prevención terciaria y dice: "Al término rehabilitación le doy un alcance exclusivamente individual, y utilizó la expresión prevención terciaria para designar la acción comunitaria. Esta distinción puede ser oscurecida por el hecho de que la rehabilitación de un individuo se centra en sus relaciones con la comunidad, pero trato de subrayarla porque el proceso de prevención terciaria nos compromete una vez más en problemas de planeamiento comunitario relacionados con la necesidad de mirar más allá de los individuos, para considerar el cuadro social total del funcionamiento reducido de quienes han estado mentalmente alterados".

Entre los principales adelantos en la comprensión de la rehabilitación se cuentan con los siguientes:

a) La rehabilitación debe comenzar con el diagnóstico

Diferenciamos o no conceptualmente la incapacidad que acompaña al trastorno mental, del defecto que queda después de él, la rehabilitación del paciente debe comenzar en el momento del diagnóstico, y continuar sin interrupción durante la enfermedad, hasta que aquel haya recuperado su funcionamiento óptimo en la comunidad. Para comenzar la rehabilitación no se espera hasta la fase final del tratamiento ni a la terminación de la enfermedad, este proceso debe transcurrir paralelamente, o mejor, integrarse a los de diagnóstico y terapia, y continuar después de que estos han concluido.

b) Es preciso contrarrestar la alienación debida al prejuicio

Cuando un individuo se define como enfermo, y particularmente como enfermo mental, con todo lo que esto significa para mucha gente (paciente, su familia, amigos, comunidad en general) aparece un obstáculo significativo a su productividad y a su plena participación en la vida comunitaria. Si un paciente ingresa a el medio hospitalario, o aún, si es tratado en la práctica privada, se le proyecta un conjunto de estereotipos adicionales que modifican negativamente las expectativas de los otros sobre su eventual retorno a la vida productiva; estas expectativas ejercen una poderosa influencia inhibidora sobre la conducta del sujeto.

Esta situación se maneja mejor en la comunidad mediante la educación pública relativa a la naturaleza de los trastornos mentales y su historia natural. Pero en los casos individuales debe también enfrentarse desde el punto de vista de la rehabilitación, como parte de un plan de tratamiento total, que ha de iniciarse en el momento del ingreso y no cesar hasta que el paciente sea dado de alta.

c) Debe mantenerse la comunicación con la red social.

El alejamiento de un paciente de su familia, trabajo y contactos sociales, cuando ingresa a un hospital, interrumpe sus relaciones y lleva a que los otros reajusten sus vidas y sistemas sociales con el fin de transferir las tareas que el paciente acostumbraba cumplir en su rol habitual. Según las palabras de Cummings (1957), la red social "cierra sus filas" para com-

pensar la ausencia del internado. Cuando este retorna, encuentra que otros han tomado su lugar, tanto en la familia como en el trabajo, y puede que se comprometa en una difícil lucha para recuperar sus anteriores posiciones. En un momento en que se siente inseguro, puede verse obligado a desplazarse a otros que ocupan su puesto y que, activa o encubiertamente, pueden oponérsele. Por lo que siempre debe mantenerse abierta la comunicación entre el paciente y su comunidad.

d) Evitar el "hospitalismo"

Una característica fundamental de muchas enfermedades mentales es la perturbación de las relaciones entre el paciente y su medio habitual. Para tratar la enfermedad y también para satisfacer las demandas del grupo social que exige la supresión de las fuentes de alteración, se transfiere al paciente al medio terapéutico controlado de un hospital psiquiátrico. Allí el paciente encuentra la satisfacción de sus necesidades especiales, éste es el objetivo fundamental de la organización. Infortunadamente, la presión de los pacientes y la escasez del material y recursos humanos, han llevado a una situación insatisfactoria en muchos de los hospitales psiquiátricos.

Existe un problema claro; a pesar de sus complicaciones en sus relaciones con terceros, los pacientes que sufren alteraciones mentales son tan sensibles a los efectos dañinos del aislamiento social, y la privación emocional, como una persona sana, sino más. Esto implica que debemos organizar el sistema hospitalario de manera que los pacientes mantengan un contacto humano entre ellos y con el personal, aún cuando debemos también tratar su conducta alterada mediante sistemas que no se encuentran en la comunidad en general. El aislamiento hospitalario es una prolongación del rechazo reactivo del desviado mental por la comunidad exterior, y tiene incluso peores efectos, porque la pérdida de los derechos civiles hace que los pacientes sean impotentes para resistir, y el escenario médico nos persuade de que lo estamos dañando por su propio bien.

e) Graduar la lucha contra la alienación

Asegurar que subsista la interacción personal a pesar de la conducta manifestantemente desviada o de la retirada autista, es una contribución necesaria pero no suficiente a la rehabilitación de un enfermo mental. Se debe enfrentar el hecho de que algunos pacientes psicóticos o neuróticos

están durante un tiempo tan absorvidos por sus dificultades y tan alienados de la realidad de su medio, que son temporariamente incapaces de cualquier actividad productiva. En un hospital esto se va a grados extremos de dependencia e improductividad. Es de la mayor importancia, sin embargo, cuidar que por una mala interpretación de la conducta del paciente, o por descuido, no estemos cediendo a sus excesivas necesidades de dependencia más tiempo del indicado. Tan pronto como sea posible el paciente debe ser estimulado y exigido, tanto como por el personal, como por sus compañeros y miembros de la comunidad para que asuma responsabilidades, y un papel productivo, primero durante su estancia en el hospital y luego en la comunidad. Lo esencial del problema es instituir presiones y proveer trabajo y oportunidades sociales que gradúen según las capacidades del paciente, desde la improductividad hasta situaciones productivas cada vez menos protegidas, hasta una exigencia de trabajo que se aproxime a su productividad pasada o futura.

Finalizando retomemos a Espinoza (1983) menciona que la prevención para la salud debe ser entendida como el conjunto de acciones que ha venido desarrollando el ser humano como un acto instintivo, vestigios de sus antecedentes de animal, más tarde, como resultado de su evolución mediante expresiones de pensamiento mágico; posteriormente al regular este último como expresión del pensamiento religioso y muy recientemente, al sistematizar estas acciones como resultado de la observación, el registro y análisis de los hechos, como una disciplina científica. Ese conjunto de acciones tuvo siempre la finalidad de reducir el riesgo que los individuos o los grupos sufrieran de las consecuencias físicas, psíquicas o sociales de calamidades.

NIVELES DE ATENCION

En los últimos años se ha definido un concepto de tipo administrativo muy importante: el de que la atención de la salud puede impartirse en niveles progresivos de complejidad, desde el cuidado primario al terciario. En consecuencia se ha aceptado que ante los problemas de menor complejidad en todo lo que se refiere a la atención de la salud, prevención primaria y protección específica, así como en buena parte las acciones de contacto primario, a nivel diagnóstico y terapéutico, es posible responsa

bilizar al personal de tipo medio y auxiliar. Entendiéndose de antemano que es de vital importancia la adecuada supervisión del personal técnico y auxiliar, derivándose de esto el moderno concepto de equipos de salud.

Rodríguez Domínguez y López Acuña (1977) hacen una descripción de los modelos de atención y aclaran que sólo hay tres: Atención primaria, secundaria y terciaria. Enfatizan la atención primaria para la salud recomendando que las actividades se llevan a cabo por un equipo o grupo de salud.

Para entender mejor esto es necesario que retomemos la visión general: Epidemiológicamente para hablar de salud es necesario que haya un equilibrio entre el agente, el huésped y el medio ambiente, entendida la salud desde este punto de vista, con todo lo difícil que lo hace el hecho de referirnos a salud mental, observemos que entre la salud y la enfermedad no hay una línea divisoria clara.

Por otro lado si observamos la historia natural de las enfermedades tenemos que todas llevarían a la muerte si no hay una intervención de un especialista que la interrumpa en su cause. De esta manera observamos que se desprenden los niveles de atención, que de alguna manera su fin es interrumpir el curso natural de las enfermedades, para la enfermedad específicamente contamos con los erroneamente llamados, servicios de salud, que para proporcionar atención se han dividido en tres niveles. De esta forma tenemos que la atención primaria son todas aquellas acciones que lleva a cabo un profesional para la eliminación de un síntoma o enfermedad en los primeros estadios. Interesa captar el mayor número de gentes con sintomatología inicial para evitar que se complique. Un ejemplo de esta atención son los centros de salud, se observa por lo tanto que los profesionistas de este campo no deben ser altamente especializados.

En el segundo nivel, tenemos a pacientes con síntomas o padecimientos más graves, por lo que requieren atención más especializada para resolver su padecimiento, un ejemplo de esto son los hospitales generales de zona.

Y por último en el tercer nivel de atención tenemos atención ultraespecializada, y observamos que generalmente este nivel está relacionado con la investigación de alto nivel, para tener retroinformación acerca de estos padecimientos tan poco comunes o difíciles, por ejemplo el Instituto de cardiología.

Es importante tener en cuenta que en cualquiera de los tres niveles de atención en que estemos trabajando podemos hacer los tres tipos de prevención. Por ejemplo, un paciente tiene un infarto (tercer nivel de atención), se le da un tratamiento para ese problema (prevención terciaria) pero además se observa que es un paciente obeso y que si no hace ejercicio o baja de peso su enfermedad se le puede complicar, por lo que se le dan algunas recomendaciones para evitarlo (prevención primaria).

Por otra parte Beltran Brown (1982), considera que es una necesidad enseñar al usuario de los servicios médicos, a través de los medios de mayor difusión, de la importancia que tiene el asistir como paciente ambulatorio a las clínicas del primer nivel donde la atención es más personal para él y para el medio que lo rodea; persuadirlo de que concurrir a congestionar los hospitales ocasiona decremento en la atención a las enfermedades más graves, al distraer a los equipos médicos que para tal fin fueron conformados.

Estadísticamente el primer nivel de atención es el más importante y ahí son proyectados los problemas prioritarios de prevención primaria, planificación, detección de problemas de salud mental, etc. Requiere para tales acciones de un médico general con conocimientos de salud pública y gran sentido social que le permita reconocer y proyectar a los lideres de la comunidad serán auxiliares invaluable en las zonas rurales o marginadas.

Así, vemos la responsabilidad de atender a los enfermos de la psiquiatria y la salud mental en el primer nivel de atención y esto es una tarea que corresponde a todo el equipo de salud.

CONCEPTO DE SALUD INTEGRAL Y SALUD MENTAL

Desde los mitos de Higia y Esculapio, existen dos puntos de vista clásicos en medicina, que son complementarios entre sí, y que han existido siempre, simultáneamente, en todas las civilizaciones.

Para los adoradores de Higia, la salud es del orden natural de las cosas, atributo positivo al cual los hombres tienen derecho si gobiernan sus vidas sabiamente. El origen de la enfermedad se situa en las relacio

nes del hombre con el ambiente y en los estilos de vida; de hecho, estas explicaciones son modelos multicausales de enfermedad. Por ello la función más importante de la medicina consiste en describir y enseñar las leyes naturales que asegurarán al hombre la salud de la mente y el cuerpo. Los seguidores de Escalupio, más escépticos o más conocedores de los caminos del mundo, señalan que el papel primordial del médico es tratar enfermedades, restaurar la salud y corregir toda imperfección causada por los accidentes del nacimiento de la vida, por medio del dominio del cuchillo y del conocimiento de las virtudes curativas de las plantas.

Por este antecedente podemos deducir que definir la salud y la enfermedad no es cosa fácil. De ordinario se acude a criterios estadísticos, valorativos y clínicos para salir del paso, pero todos estos criterios son cuestionables por diversas razones. Lo único que parece claro es que la salud y la enfermedad constituyen los polos de un continuo que presenta gradaciones, y que lo que denominamos salud es un equilibrio casi nunca logrado.

Dentro del campo de la psicología preventiva, el tema fundamental es que el que responde a la interrogante sobre lo que se debe prevenir. La respuesta, aparentemente es simple: la psicología preventiva debe formular principios y programas tendientes a evitar la enfermedad mental y asegurar de esta manera las condiciones para que el mayor número posible de personas disfrute de lo que se puede denominar un estado de salud psíquica.

Si bien el problema de definir salud y enfermedad se agudiza en lo psíquico, no por eso está libre de las controversias en el plano biológico, en el cual estamos saturados de explicaciones lineales, en el sentido causa-efecto.

Wolff (1970) distingue tres tipos de normalidad: a) el concepto estadístico en el cual una persona es normal cuando está próxima a la tendencia de su grupo típico de individuos; b) el concepto normativo: es normal aquella persona que cumple con las reglas éticas del grupo a que pertenece, y c) el concepto clínico por el cual es anormal aquella persona que no puede gobernar su propia vida o pone en peligro su ambiente.

Caplan (1985) menciona entre los factores que determinan la vulnerabilidad de la población y por lo tanto sirven de elementos referenciales

para medir la salud o enfermedad los siguientes: a) la edad, el sexo, el status socioeconómico, el grupo étnico; b) la fortaleza del yo, la habilidad para resolver problemas, la capacidad para tolerar la ansiedad y la frustración, y c) factores económicos.

Pese a que habría que explicar cada uno de estos términos, esta clasificación tiene la ventaja de referirse a parámetros que podrían medirse para instrumentarlos al servicio de una definición más precisa. Es decir, tiene el mérito, pese a su ambigüedad, de que es necesario fijar criterios definibles objetivamente para decidir acerca de lo sano y de lo enfermo. Esto nos lleva también a la necesidad de establecer grados y/o clasificaciones en el continuo de salud y enfermedad.

Wittaker (citado por Sluzki 1969) plantea que se puede considerar mentalmente sana a una persona cuando presenta un adecuado monto de: a) autoconocimiento, conciencia de sus deseos y motivaciones, sus ambiciones y sentimientos. Apremiar de manera realista sus virtudes y sus defectos, y un adecuado equilibrio entre capacidad y aspiraciones; b) autoestima, sentimiento de ser tan capaz como cualquiera de enfrentar las vicisitudes cotidianas; c) sentimiento de seguridad, sensación de espontaneidad y tranquilidad en las relaciones interpersonales, capacidad para sustentar actitudes y opiniones independientes y expresar sentimientos de manera plástica; d) capacidad para aceptar y dar afecto, no efectuar requerimientos excesivos y tener cierto grado de sensibilidad a las expectativas ajenas; e) satisfacción de los deseos corporales, aceptar las funciones corporales y no tener preocupaciones para ellas. Obtener placer y satisfacción de las pulsiones y funciones y no depender en exceso de ellas; f) capacidad para ser productivo y feliz, empleo de la capacidad en una actividad con objetivos. La vida es encarada con ahínco y entusiasmo; g) ausencia de tensión e hipersensibilidad, tolerancia a las frustraciones.

Esta lista nos es útil porque tiene el propósito de detallar lo más posible los criterios de definición, y sobretodo valida de lo que en un momento dado puede ser considerado como "adecuado".

Jaspers (1951) dice que el punto de partida para la determinación del enfermar psíquico es el sufrimiento del enfermo "vivenciado como una realidad dolorosa que no existía antes", es decir, que la enfermedad tiene un aspecto subjetivo insoslayable: el sufrimiento.

Retomando el punto de vista clínico, pues si bien es conocida la ambigüedad de los parámetros utilizados, es necesario reconocer como aporte la introducción de los mismos, y que el camino a seguir parece ser la determinación y definición de los parámetros a utilizar. Esto entonces remite la cuestión de la salud y la enfermedad a criterios de tipo práctico y no a principios teóricos, los cuales tienen como finalidad formar un sistema explicativo de los fenómenos. Los fenómenos no son ni anormales ni enfermos, en función de los principios teóricos, estos nos permiten conocerlos, pero la cuestión de decidir si algo es sano o enfermo es una cuestión práctica. Y esto nos permite además descartar la tentación de buscar una definición de la enfermedad por vía especulativa, es decir, como una reflexión sobre la esencia de la misma, como si fuera una realidad totalmente distinta.

Tratar a la enfermedad como una realidad no distinta a la salud, significa que la división entre ambos conceptos es una cuestión de grados, de límites, donde los polos salud y enfermedad son sólo los polos de un continuo, y que la cuestión es decidir en que punto es necesaria la acción terapéutica o la acción preventiva.

Todas las dificultades que se encuentran en la definición de enfermedad reaparecen en la definición de salud. Y no podría ser de otra manera, pues, como concepto opuesto, la indeterminación de uno implica necesariamente la indeterminación del otro. Es decir, si estuviera definido únicamente uno de ellos, podríamos definir al opuesto cuando se apartara de las características del otro, pero el análisis anterior nos lleva a ver a la enfermedad no sólo como algo opuesto a la salud, sino como el polo de un continuo que presenta gradaciones y que lo que denominamos salud es sólo un equilibrio ideal nunca o casi nunca logrado.

Recíprocamente, lo que llamamos enfermedad es la ausencia de todas o de algunas de esas características que presenta ese equilibrio ideal, estando poblado el espacio intermedio entre ambas de un sin fin de estados, los cuales, sin que tenga demasiada importancia si los llamamos o no enfermedad, es deseable que tiendan hacia ese equilibrio ideal.

La noción de equilibrio no es exclusiva de las ciencias biológicas o psicológicas. La física trata como uno de sus temas al equilibrio. La noción del equilibrio supone la noción de estructura, de la cual es una de sus características, es decir, el equilibrio, o para ser más exactos, la

tendencia al equilibrio, es una de las características de las estructuras. La noción de estructura se ha ido extendiendo hasta comprender no sólo las estructuras físicas, orgánicas o psíquicas, sino también hasta alcanzar la lógica, la matemática, lo social, el lenguaje. La estructura ha sido caracterizada como un sistema de transformaciones que tiene por tanto las leyes de un sistema (por oposición a las propiedades de sus elementos) y que se conserva o evoluciona por el juego de sus transformaciones, sin recurrir a elementos exteriores.

Tales son, pues, las características de las estructuras: totalidad, transformación y autorregulación. Es precisamente esta última característica la que hace referencia al equilibrio, que será más estable en la medida que se más compleja la estructura. En este sentido, las estructuras orgánicas, como instancias más complejas tienen un equilibrio más complejo. En todo organismo podemos distinguir por lo menos, dos tipos de equilibrio: Un equilibrio de su medio interno, llamado homeostasis, y un equilibrio con el medio externo, que denominamos adaptación.

El ser humano no es capaz de transformar las formas naturales de relación frente a los problemas a menos que participe activamente y con la convicción de que gran parte del esfuerzo preventivo de los trastornos mentales depende del interés que el propio individuo tenga en su salud mental y del grado en que esté preparado para afrontar los riesgos que su crecimiento le impone.

El problema de la salud mental no es sólo de la competencia de la psicología, sino que es responsabilidad del individuo, de la familia, de la sociedad, de sus dirigentes y en fin, de la humanidad misma.

La salud mental debe ser vista como parte de la salud integral y tiene raíces biológicas y sociales, es decir, depende de las condiciones del ambiente natural y del ambiente constituido por el hombre en respuesta a sus necesidades de habitación, recreación y trabajo. De hecho ninguna de las condiciones interpersonales y humanas que modelan un estilo de vida particular son ajenas a la salud mental.

Llevar a cabo medidas preventivas en relación con la salud mental en la población, requiere no perder de vista esta dependencia de la salud mental con la salud general.

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD MENTAL

La prevención consiste en dos acciones particulares: promocionar la salud y brindar protección específica.

La educación para la salud mental se aplica a ambas acciones. En la promoción para la salud, la meta es educar "para la vida", lo cual se traduce en el mejoramiento de las relaciones familiares, interpersonales y de interacción social, como una medida directa e inespecífica.

En ambos casos, se utiliza tanto información como educación y la meta común es producir cambios de actitudes en los educandos.

La educación formal de la salud incurre en el error de dar por hecho que un sujeto entrenado por largos años, y que ha alcanzado altos grados de escolaridad, es capaz de transmitir información y de educar a la comunidad. Pero en realidad, esto no es así, ya que no existen disciplinas curriculares destinadas a aprender a educar. El profesional de la salud, además de sus actividades clínicas, habrá de organizar su práctica, planificando el movimiento de sus acciones, administrar los recursos de personal, financiero y de equipo, y al mismo tiempo podrá determinar las funciones que desempeñará en el trabajo de campo. También podrá desarrollar la función de supervisor y en este sentido podrá evaluar su práctica no sólo en función de la atención que presta, sino en terminos de la eficiencia que representa.

Fomentar el mantenimiento de la salud e impulsarla, requiere un cambio de enfoque. Un profesional dedicado a la prevención primaria, va a proporcionar educación e información a la comunidad en materia especializada, tiene la función de estructurar adecuadamente la información, deberá seleccionar cuidadosamente esta información y seleccionar los canales adecuados, además de fijar objetivos susceptibles de ser evaluados, facilitará el proceso de ayudar a la comunidad a estar mejor informada y preparada para cuidarse de sí misma.

Por lo tanto, durante la capacitación del profesional, habrán de desarrollarse en él, una habilidad para mantener relaciones interpersonales así como para adquirir conocimientos y destrezas en las técnicas y principios de la comunicación social y la educación para la salud.

Una experiencia muy común, es que si sólo se informa, y no se educa, la comunidad en vez de promover su autocuidado, eleva sus niveles de preo

cupación y busca atenderse directamente, saturando los servicios de salud mental.

Para organizar un programa de nivel informativo a la comunidad, hay que recordar las recomendaciones expresas de la OMS:

- Evitar al máximo el lenguaje técnico
- Evitar errores cualitativos de comunicación para que en lo menos posible el receptor distorciona el mensaje
- Evitar que la información induzca a conductas paradójicas

La OMS asienta que la salud mental ha de tratarse como una parte de la Salud Pública, y no sinónimo de la antigua denominación de higiene mental, sino ahora unida estrechamente al campo de conocimientos basados en la antropología, sociología, psicología, ciencias de la comunicación y otras, sin perder de vista la prevención y la enseñanza en salud mental, habrá de mostrar sensibilidad y congruencia con la realidad social de la comunidad donde se aplica.

Otro elemento importante es preocuparse porque la enseñanza tenga un enfoque en el cual la teoría y la práctica se complementen armónicamente.

Los puntos a tomar en cuenta para un proceso de comunicación adecuado son:

- Identidad, estatus y papel de los sujetos a quienes nos vamos a dirigir.
- Contenido, símbolos y formas que vamos a utilizar.
- Manejo de los tiempos tanto en formas como en contenidos.
- Situación, lugar, contexto sociocultural y sociopolítico.
- Vía o canal de transmisión
- Características del sujeto que va a recibir la información.
- Efecto, mensurabilidad estadística y significación absoluta o relativa.

El objetivo principal de un programa de salud mental es la capacitación de los individuos para hacerles más conscientes de sus problemas y necesidades, buscando soluciones apropiadas a través de los esfuerzos de su propia comunidad. Tal programa debe ser planificado, dirigido y realizado con la participación y bajo el consentimiento de la propia comunidad, la comunidad debe ser sensibilizada respecto a sus necesidades a través de una acción educativa-informativa consistente y práctica.

Se requiere de promover una actitud en la población, respecto a la responsabilidad de los asuntos comunitarios, los patrones alcanzados constituirán los puntos de partida para los cambios pretendidos. En necesario organizar los equipos de trabajo, que aseguren la continuidad de las acciones hasta que se establezcan los cambios.

La educación para la salud mental es hoy por hoy el pilar sobre el que se sustenta la prevención en salud mental.

Abijon (citado en Julio Frenk 1980) señala que en todas las acciones de educación para la salud es posible reconocer tres divisiones:

- 1) Educación primaria para la salud, que comprende la educación directa a individuos y al público en general
- 2) Educación secundaria para la salud, que consiste en preparar el personal encargado de impartir la educación primaria para la salud
- 3) Educación terciaria para la salud, es la investigación y el desarrollo de nuevos principios y prácticas de educación para la salud

El campo más propicio para las acciones educativas en salud es la prevención primaria. La clasificación para la salud sería la siguiente:

I. Educación hacia la salud

A. Educación individual

- 1.- Educación higiénica, se da a individuos sanos
- 2.- Educación a pacientes o enfermos

B. Educación colectiva

- 1.- Educación al público, es decir, a grupos no estructurados
- 2.- Educación a la comunidad, es decir, a grupos estructurados

II. Educación en salud

A. Educación para la salud

B. Educación en el cuidado de la salud

- 1.- Educación a promotores y técnicos de salud
- 2.- Educación profesional y paraprofesional en salud

III. Investigación en educación para la salud

La protección y la promoción de la salud requieren el desarrollo de la ciencia y la tecnología a la vez de la protección de los riesgos que esta última origina.

Dentro de la práctica de la promoción y la preservación de la salud mental se deben relacionar los esfuerzos del equipo de salud mental comunitario dirigido a resolver los problemas de grupos humanos, con los afanes de los profesionales de la salud mental encaminados a resolver problemas individuales, familiares y comunitarios.

Conforme han avanzado los estudios en comunidad se ha observado que es mejor favorecer que sea la propia comunidad la que establezca su propio orden de prioridades para facilitar la selección racional de opiniones conforme a las posibilidades locales, en función de los recursos disponibles y la viabilidad de las medidas propuestas para la solución de sus propios problemas.

Hasta ahora, uno de los caminos que se contempla como lógico y viable para el desarrollo de la autogestión y de la autoasistencia está constituido por la instauración de grupos de autoayuda en base a promover la cooperación. Para conformar estos grupos deben tomarse en cuenta las variaciones del ambiente psicosocial del lugar donde se decida proporcionarlos. Se pueden constituir como la base social para la promoción y preservación de la salud.

Para mantener la salud, la población requiere de disponer de información acerca de las diversas etapas del ciclo vital, sus consecuencias y necesidades en cada etapa. El conocimiento por parte de la población sobre el desarrollo deseable de la personalidad, la educación en salud y la orientación hacia el modo de vida más adecuado posible, puede promover el ideal de mente sana en cuerpo sano a través de la apreciación de las capacidades.

Así también como la evaluación objetiva de oportunidades, y el manejo de las opciones para superar las frustraciones de los planes y objetivos de la propia vida. La base en este aspecto, y lo arduo de la labor del profesional de salud mental, se centra en la calidad y las técnicas que se empleen para la educación en salud. Para esto, es necesario ensayar y modificar constantemente planes y técnicas educativas, adecuándolas a las necesidades locales, es decir, el profesional de la salud mental en su actividad como profesor, constituye una de sus funciones principales.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

El desarrollo de programas de psicología comunitaria ha surgido como la respuesta necesaria ante el fracaso de programas anteriores que partían de la concepción de la enfermedad mental como exclusivamente determinada biológica o psicogenamente, lo que implica la utilización de métodos y técnicas destinadas a la atención de algunos individuos, con el consecuente detrimento de la salud mental de la población en general. La introducción de un modelo social de la enfermedad que permita descubrir en la estructura socioeconómica concreta de cada grupo. Los factores generadores de enfermedad, así como los elementos sanos de la misma, permitirá en caminar nuestros esfuerzos al establecimiento de medidas concretas que transformen los determinantes sociopatogénos y que aprovechen los recursos sanos.

Esto no significa de ninguna manera que se niegue la importancia de los factores biológicos o psicógenos de la enfermedad mental, sino que es tos deben ser valorados adecuadamente y pasados por el filtro social en el cual estamos todos inmersos.

Flores Izquierdo y Meirigh Haik (citado en Blum 1979) mencionan que es necesario profundizar en nuestros análisis al enfrentarnos con grupos sociales para así poder diferenciar la enfermedad de sus miembros de la enfermedad de sus estructuras e instituciones y no caer en lo que algunos autores han dado en llamar la psicologización de la sociedad.

Por otro lado en una sociedad, o comunidad o individuo particularizando cada vez más, debemos buscar la "optimización" racional de los recursos y su distribución más equitativa y eficiente, esto tiende a satisfacer las necesidades de salud por orden de prioridad, además a los habitantes de la comunidad les permite mejorar su propia eficiencia con el propósito de ser impulsores de su autodesarrollo, a través de su capacitación de salud permitiéndoles participar concientemente en la identificación y solución de problemas en una interacción efectuada simultánea a los cambios institucionales y cuyo funcionamiento depende del individuo con intereses y capacidad para ser útiles a otros.

Promover la participación de la comunidad en el análisis de problemas sociales, así como, en la planeación y aplicación de soluciones, representa tomar en cuenta un recurso muy rico: el Humano:

El UNICEF y la OMS (Villareal 1979) han definido la participación de la comunidad como el proceso en virtud del cual, los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a la salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario, y a su vez, llegan a conocer mejor su propia situación y encontrar incentivos para resolver los problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo.

Nava Contreras y col. (1981), mencionan que la medicina comunitaria se caracteriza por ser activa, consciente, responsable, deliberada, organizada y permanente. Por lo tanto la atención primaria de la salud debe basarse en el conocimiento científico moderno en la tecnología de salud viables, así como en procedimientos de curación tradicionales aceptados y eficaces. Estos componentes deben dar lugar a técnicas y métodos adecuados, económicos, aceptables y de fácil aplicación para el personal de salud que trabaja en la comunidad.

Lo anterior se aplica también a cuestiones de salud mental, que como muchos autores mencionan, hay que tomar en cuenta las creencias o valores culturales y ponerlos en práctica para beneficio de una determinada cultura, en una comunidad.

Souza y Machorro (1984) explica que en los programas comunitarios hay que tomar en cuenta los siguientes principios:

- a) La filosofía del programa deberá tener como objetivos fundamentales capacitar a los individuos para hacerlos más conscientes de sus problemas y necesidades de manera que encuentren soluciones adecuadas y encaucen sus esfuerzos hacia la comunidad a fin de obtener un mejoramiento real de las condiciones generales de vida.
- b) Tal programa debe ser planificado, dirigido y realizado con la participación y consentimiento de la propia comunidad.
- c) Debe sensibilizarse a la comunidad respecto a sus necesidades a través de una acción informativa, educativa congruente y práctica.

- d) Se requiere promover una nueva actitud mental en la población respecto a su responsabilidad en sus asuntos comunitarios, dicho cambio de actitud será tan importante como las metas que se alcancen porque en el se habrán de sustentar.
- e) Las metas que se alcancen deben tomarse como punto de partida para hacer los cambios que se pretenden.
- f) Para asegurar el éxito de estos programas es necesario organizar los equipos de trabajo de manera que se aseguren la continuidad de las acciones hasta que se establezcan los cambios sociales.
- g) Es muy importante que en estos programas participe la comunidad, los técnicos mediadores, los municipios, los estados o entidades federativas, o en su caso, las autoridades gubernamentales.

Caplan (1985), menciona que es difícil identificar el exacto punto de comienzo de un programa comunitario de psicología preventiva. Siempre habrá habido hechos y actividades previas que pueden ser validamente incluidos como partes del programa, para este autor el comienzo del programa es cuando el equipo de salud llega por primera vez a la comunidad. Antes de la primera visita formal se tratará de aprender todo lo que se pueda sobre la comunidad en cuestión, con el objeto de tener impresión de la estructura y el funcionamiento sociales, además de observar la ecología, el tipo de población, lugar donde habita, modos de vida, oportunidades de trabajo y de residentes, vida religiosa y social, tipos de servicios de educación, bienestar y salud; personas con poder e influencia y principales problemas comunitarios y soluciones intentadas.

Sea cualquiera la información que se obtenga, los datos más significativos comenzarán a surgir de los contactos que se hagan en la presentación formal a la comunidad. Se deberá ser conciente de las expectativas que la comunidad tenga hacia el equipo y manejarlas de manera adecuada. En general lo que se pretende es tener una visión amplia de las principales estructuras del cuadro comunitario. A medida que se progresa en su conocimiento se diferenciarán áreas particulares para una exploración más cuidadosa.

En esta evaluación inicial de la situación, se debe tratar de determinar la forma en que cada líder percibe el problema de salud mental de

la comunidad, y que es lo que cree que deberá hacerse. Seguramente antes de que el equipo llegue a la comunidad ya habrá desarrollado algunas medidas del censo público.

Se deberá tomar nota también del grado de compromiso personal; la consiguiente posibilidad de participación activa y apoyo al programa dependerá de la medida en que este tienda a satisfacer lo que sienten como sus necesidades.

Sobre la base de esta información, el equipo de salud decidirá de que manera va a trabajar en esa comunidad, cual es la viabilidad del programa, es decir, con que recursos se cuentan en la comunidad o de las instituciones que patrocinan, cuales son los problemas que se pueden atacar y con que orden de prioridad.

Un paso esencial en el desarrollo de un programa es el establecimiento de relaciones con los miembros adecuados de la comunidad, de manera que ellos se dirijan al equipo, en busca de ayuda cuando la sientan necesaria y estén dispuestos a comprometerse en sus operaciones.

Todo programa de salud mental comunitaria requiere de los siguientes pasos:

1. Determinación de necesidades. En este paso se tiene como objeto recabar toda la información referente a las necesidades de la población a la cual se va a aplicar el programa, ya sean manifiestas o encubiertas. Este es un paso importante ya que la información sistemática de a quiénes, por qué y para qué, es lo que determina el contenido de los programas (Diagnóstico).
2. Elaboración del programa. Una vez sabemos a quiénes, en qué y para qué vamos a aplicar el programa, éste se elabora de tal manera que comprenda:
 - Redacción y análisis de objetivos.
 - Estructuración del contenido.
 - Selección de técnicas y materiales.
 - Instrumentación de la evaluación.
3. Ejecución del programa. Esto es, además de los aspectos de organización, llevar a cabo las acciones planeadas.

4. Evaluación, se presenta desde la elaboración del programa y se inicia también en el momento de la ejecución. La evaluación se realiza mediante la observación directa y a través de la aplicación de instrumentos. Se interpretan los resultados de manera que nos permitan retroalimentar las acciones. En un momento dado también va a servir para hacer las correcciones pertinentes y considerarlo en programas futuros.

Un aspecto muy importante de los programas son los objetivos. Los objetivos representan las metas que pretende el programa y estarán referidos siempre a la conducta de la población en estudio, nunca a lo que se espera o se quiere que haga el investigador. El concepto de objetivo podría definirse de la siguiente manera. Un objetivo es la formulación clara y explícita del cambio que se espera en la conducta de la población en estudio como resultado de las técnicas planeadas. La formulación de tales cambios de conducta esperados habrá de ser lo más clara y explícita posible, es decir, debe estar formulado en términos operacionales y observables. Un objetivo deberá comunicar en forma clara, precisa y completa, el mismo significado o mensaje, a cualquier persona que lo lea.

Las TECNICAS son procedimientos específicos que el método en general señala como instrumentos para lograr los objetivos propuestos. La aplicación de un método puede admitir el empleo de más de una técnica dependiendo de la naturaleza del objetivo, el contenido y los recursos disponibles.

Un aspecto muy importante es constatar si se han alcanzado las metas prefijadas para poder emitir un juicio de valor, lo que llamamos evaluación.

La evaluación es un proceso permanente, continuo y sistemático que permite valorar los cambios producidos en la conducta de los sujetos, tanto como la actuación del aplicador del programa, el uso de técnicas y materiales y todos aquellos elementos que intervienen en el proceso. La razón más importante para evaluar tanto el trabajo de los aplicadores como el de los sujetos, es que sin revisión y ajustes al programa, no se conocerá con objetividad en que medida se han logrado las metas propuestas y por tanto no se tendrán bases para continuar con el programa.

Otro aporte importante dentro de este campo ha sido el concepto de la formación de grupos de autoayuda. Se establece con ellos una estructura social con mayor número de interacciones y capacidad resolutoria que la célula básica social de la familia, sin embargo, los lazos grupales, repercuten también a nivel familiar.

Los grupos se organizan en función del riesgo al que están expuestos sus miembros, por ejemplo, un grupo de madres solteras que intercambian experiencias acerca de cuidado de los hijos, o un grupo de mujeres que comparten el problema de tener maridos violentos. Los grupos de autoayuda, idealmente, deben contar con el apoyo y asesoría de profesionales y profesionales de la salud mental, así como de promotores no profesionales cuyas funciones serán:

- La función del grupo
- Favorecer el surgimiento de líderes naturales positivos
- Orientar la planeación inductiva para la resolución de necesidades de salud
- Fomentar la adquisición de conocimientos o técnicas, que eleven los recursos de autogestión
- Promover la cohesión grupal
- Promover el intercambio de ayuda (trabajo, escuela, etc.)

Los grupos pueden ser orientados inicialmente a la resolución de no más de uno o dos problemas de salud, aumentándose en la medida que el funcionamiento sea más eficiente.

FAMILIA Y PREVENCIÓN PRIMARIA

La diferencia más llamativa entre las personas sanas y enfermas es la plasticidad de la conducta adaptativa del sano comparada con la monotonía rígida, constreñida y automatizada de las pautas de conductas enfermas. La salud mental sólo puede mantenerse gracias a un esfuerzo continuo y a la cercanía y apoyo emocional de los otros. Idealmente, es el resultado de un funcionamiento personal equilibrado y creativo que realiza lo mejor del hombre en las relaciones sociales. Es el resultado de la capacidad para poder realizar optimamente el potencial de un individuo para la vida en grupo.

Ackerman (1986) menciona que el resultado final para la adaptación yace no sólo en la naturaleza de los conflictos y síntomas del individuo sino en sus recursos totales para mejorarlos; esto es, el potencial de integración de su personalidad y el carácter psicológico del grupo familiar del que forma parte.

Cada individuo debe conservar su propia salud, con la única salvedad de que el niño deberá recibir de los progenitores adultos los cuidados y la formación necesaria para tomar conciencia de su responsabilidad progresiva a lo largo de su periodo de maduración para conservarla y promoverla. La familia desempeña una función primordial en el crecimiento de la competencia social de los niños, así como también en la creación y la conservación de la psicopatología infantil.

Sauceda García y Foncerrada Moreno (1985) menciona que la mejor forma de entender los trastornos emocionales y la conducta en la niñez es formulandolos en términos de interacción, es decir, como resultado de la interacción disarmonica entre las características del niño y su medio ambiente (familia, escuela, sociedad). Esto no significa que no existan trastornos psicológicos intrinsecos al niño sin relación con las dificultades familiares (autismo, trastorno de déficit de atención, etc.) ni tampoco que los padres sean siempre responsables de los problemas de sus hijos; pero muy frecuentemente observamos que la modificación de los aspectos negativos en la relación entre el niño y el ambiente conduce al control de los síntomas. No podemos decir que una dinámica familiar disfuncional sea la causa de un trastorno psicológico. Pero es cierto que en la mayor parte de los casos la influencia de la familia condiciona la persistencia o el agravamiento del síntoma.

Las variables familiares influyen en diversos grados en la psicopatología infantil, la discordia familiar (peleas, separación de los padres, etc) se relacionan firmemente con trastornos de conducta en los niños (oposicionismo, destructividad, agresividad, conducta sociopática, etc.) y la sobreprotección probablemente genera problemas emocionales. Por tanto el estudio y tratamiento de los problemas mentales de los niños no debe ser de la exclusiva responsabilidad de un especialista, sino de todos los trabajadores de la salud. Existen lineamientos especiales que pueden ser de utilidad en la exploración de la dinámica familiar y

de las condiciones psicológicas del niño. Y haciendo énfasis en la educación para la salud esto puede lograrse.

Finalmente, vale decir, que por ser los niños organismos en desarrollo poseen una flexibilidad que les permite superar muchas situaciones ambientales adversas. El niño emocionalmente dañado no está perdido, los errores tempranos de los padres no son irrevocables y las intervenciones preventivas y terapéuticas pueden casi siempre producir resultados favorables.

Por otro lado Caballero Pérez (1982) explica que la familia de nuestros días se ve en la necesidad de:

1. Considerar las condiciones de vida en las que se desarrollará el niño. Esto significa planear las condiciones óptimas de desarrollo en las que el niño tenga una infancia menos perturbada, más armónica y equilibrada.
2. Conocer los procesos de evolución del individuo con el objeto de tener una comprensión objetiva de los requerimientos psicosociales del niño y propiciar una educación fundada en el respeto al individuo mismo.
3. Prever los comportamientos que se desplegarán en la especial relación con el niño, ya que estos constituyen los parámetros de referencia básica de éste.
4. Planificar el proyecto educativo de los hijos desde el periodo de nacimiento, hasta su emancipación.
5. Contemplar las realidades sociales y educativas que cada vez son más inciertas, para poder ubicar al niño dentro de su realidad educativa y poder ofrecerle una perspectiva futura de su cambiante sociedad.

También es importante considerar el aspecto afectivo en la formación del niño. Si bien estos aspectos no se reflejan claramente en las estadísticas con datos confiables, ni son tan evidentes como la desnutrición, afectan sin embargo de manera considerable la parte más sensible de nosotros: las emociones.

Es deseable que la labor educativa y social de nuestro pueblo se dirija a elevar la calidad de vida, y para ello se debe pensar también en los aspectos afectivos. Por ello considerando que el rechazo es la forma más común de lesionar a los hijos y de generar la privación afectiva

consciente e inconsciente en sus formas diferentes, para fines de la prevención es conveniente evitar el rechazo. Para esto se deberán considerar por lo menos los siguientes ejemplos que menciona Souza y Machorro (1985): incompatibilidad social de los padres, pleitos frecuentes entre ellos, desilusión del padre o de la madre por su conyuge; evidente falta de afecto por el padre hacia la madre o vicerversa, falta de consideración del marido por la mujer; disgusto o temor de la madre hacia el embarazo, temor de que el hijo reciba una mala herencia, matrimonio obligado o combatido por los parientes, interrupción de la carrera o de las actividades sociales de los padres, y todas aquellas condiciones o circunstancias que lleven a un embarazo no deseado, lo que podría ser prevenido a través de la educación para la salud que se derive de programas institucionales tanto públicos como privados, y en especial, los generados por la propia comunidad.

En el caso de los niños, Miguel Foncerrada (1983), afirma que su prolongada dependencia, su inmadurez y vulnerabilidad, hacen que estén más expuestos a la acción adversa de nuestro país, en las circunstancias actuales, se localizan principalmente las siguientes:

- a) Pobreza, asinamiento e insalubridad.
- b) Desnutrición de primero y segundo grado en el 70% de la población infantil.
- c) Analfabetismo en cerca del 25% de la población mayor de 15 años.
- d) Alto índice de crecimiento demográfico.
- e) Ausencia del padre en la tercera parte de las familias.
- f) Alta incidencia de violencia, alcoholismo y farmacodependencia.

Por lo tanto resulta lógico afirmar que estos factores interfieren en el desarrollo del niño y en su salud mental, y cabe esperar que su modificación ejerza una influencia benéfica, sin embargo es indispensable desarrollar acciones sobre salud mental infantil, ya sea para promoverla o para prevenir la psicopatología.

En relación a las acciones que se pueden llevar a cabo existen tres principios fundamentales de alto valor preventivo cuando se aplican adecuadamente a la vida familiar (como menciona Foncerrada 1983).

1. El referente a que la familia funciona como unidad, por lo general, el malestar de uno de sus miembros es siempre sintomático de un trastorno que a todos afecta.
2. El relativo a que los niños son seres humanos con necesidades propias y cambiantes según la etapa del desarrollo por la que atraviesan, cuya expresión y satisfacción son tareas y responsabilidades compartidas, en ocasiones, con sus padres y hermanos, y en otras, de su exclusiva competencia.
3. El que afirma que un niño aceptado y querido tiene muchas mejores oportunidades de crecer y desarrollarse sanamente que uno que no lo es.

Por lo tanto, podemos considerar que la familia es el principal lugar donde la salud y el cuidado de la misma puede lograrse y que mientras más información se tenga de ello, más fácil será lograrlo.

LA ESCUELA Y LA PREVENCIÓN PRIMARIA

La institución educativa debe asumir la responsabilidad de adaptarse a los procesos de cambio. Es conveniente acentuar la función que la escuela tiene en tanto posibilidad de afirmar valores de solidaridad y participación máxima si se convierte en una estructura de acogida y un buen modelo de identidad para los individuos. En este contexto, la acción de la escuela debe, ser promotora de salud mental, entendiendo que ésta no se refiere sólo a la ausencia de enfermedad, sino también (y en forma especial) al creciente bienestar personal y social. Considerando que todo mensaje de salud física o mental es educativo y motiva la prevención.

La mayoría de los expertos en salud mental está de acuerdo en que las bases de la salud mental residen en la infancia temprana y que es importante que el individuo viva en un ambiente que le dé seguridad y felicidad, lo que puede lograrse por medio de:

- La dependencia Infantil: Los primeros meses de vida son de gran importancia, un lactante es totalmente dependiente y necesita experimentar un sentimiento de seguridad y amor. Inclusive los recién nacidos son sensibles a las actitudes que se tienen para con ellos, requieren de un contacto humano cálido, cercano y personal.

La Exploración del Escolar: Los niños aprenden a tener seguridad y confianza en sí mismos al explorar el mundo que los rodea, haciendo cosas por su propio esfuerzo y aprendiendo a ganar la aprobación de los demás. El menospreciar los logros de un niño o el sobreprotegerlo, hará que se sienta inferior o inútil.

El período entre los dos y los seis años es muy importante por lo que se requiere de cuidados y paciencia.

La sociabilidad del Escolar: Generalmente los primeros contactos fuera del hogar son los que se llevan a cabo en la escuela. La socialización es importante para aprender a llevarse bien con distintas personas, de edades diferentes y lograr aprender por medio de las experiencias. Los niños demasiado tranquilos necesitan tener confianza en sí mismos, mientras que los niños agresivos necesitan encontrar desahogos constructivos.

Debemos considerar siguiendo a Foncerrada (1983); que la función básica de la escuela ya no se limita a la tarea de transmitir conocimientos que pasivamente reciba el educando. Con énfasis creciente se espera que el escolar desarrolle los hábitos mentales para que pueda establecer juicios por sí mismo, acumule conocimientos útiles, aprenda a aprender, a innovar y a controlar, a la vez que desarrolla su espontaneidad, su espíritu de solidaridad y de cooperación con los demás.

Mientras más se fomente lo anterior mejor será el estilo de vida posterior que puedan lograr los niños.

Es importante que los profesores responsabilicen al niño del cuidado y mantenimiento de su salud tanto física como mental.

LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION Y LA PREVENCION PRIMARIA

La contaminación del ambiente psicológico por los medios de comunicación masiva es un aspecto importante a considerar para el mantenimiento y promoción de la salud mental. El cine, el radio y la televisión, puestos al servicio exclusivo de intereses mercantiles, manipulan a la gente persuadiendola de usar o abusar de productos nocivos para la salud como el tabaco y el alcohol.

Las escenas de violencia y de guerra contempladas en forma repetida se ven como hechos normales y hay en los espectadores una habituación psicológica, un embotamiento de la sensibilidad que les impide ver su carácter inhumano.

Los medios masivos de comunicación podrían ser utilizados en favor de la salud pública si se siguieran los procedimientos adecuados, pertinentes y deseables. El hablar de higiene mental exige no solamente ocuparnos de las personas, especialmente de los indigentes, sino involucramos a los líderes naturales de esta disciplina para enviar mensajes especializados. Souza y Machorro (1984) cita algunas experiencias respecto a las enfermedades mentales y los trastornos emocionales, cuando estos se presentan al público mediante una explicación sencilla para su mejor comprensión con intención preventiva y para que aprendan a utilizar los datos con fines de diagnóstico precoz, frecuentemente sucede que el público se impacta y se confunde, y eleva rápidamente sus niveles de preocupación, somatizandolos y reaccionando en forma paradójica, tratando de resolver directamente el caso en vez de canalizarlo con la propiedad requerida. Conviene hacer notar que lo mismo se ha experimentado con la población constituida por los maestros de escuelas primarias. Para organizar un programa de orientación primaria en salud mental debemos recordar las recomendaciones expresas y las indicaciones de la OMS en lo que toca a la transmisión de conocimientos de nivel informativo a la comunidad. Estas se refieren a que hay que evitar lo más que se pueda el lenguaje técnico que se utiliza, al igual que el contenido conceptual de los mensajes, a fin de evitar errores cualitativos de comunicación, y que algunos receptores puedan mal comprender o distorsionar los mensajes, aún cuando estos no hayan sido oscuros, poco explícitos o indirectos como para generar la mala comprensión.

La enseñanza de la salud mental habrá de mostrarse sensible y congruente con la realidad social para que sea significativa y se adopte como un modelo prototípico, particularmente en nuestros países de Latinoamérica, ya que "nuestros" textos provienen en su mayor parte de países anglosajones, cuyos datos son una realidad objetiva pero distinta a la nuestra.

El mismo autor menciona, que cuando necesitamos comunicarnos debemos tener en cuenta lo siguiente:

1. La identidad, el estatus y el papel que juegan los sujetos a los que nos vamos a dirigir.
2. El contenido, los símbolos y la forma en que se van a utilizar.
3. La etapa cronológica.
4. El contexto psicopolítico y sociocultural, la situación y el lugar en que se lleva a cabo.
5. La vía por la cual se transmiten las instrucciones.
6. Las características del sujeto que va a recibir la información, su identidad, su valor social, su papel asignado o asumido, y finalmente la ideología que sustenta, ya sea que se maneje deliberadamente o conscientemente, pues de todas maneras el sujeto participa de ella de manera inconsciente.
7. El efecto que podemos lograr en este proceso; su mensurabilidad estadística y su significancia absoluta o relativa.

También existen otros problemas que no son fáciles de vencer ya que han obstaculizado la calidad de los mensajes destinados a sensibilizar a la comunidad, como son decir las cosas fuera de tiempo o decir las de tal manera que resultan incomprensibles para el receptor; cuando el emisor no comprende claramente lo que se afirma o no está convencido de la eficacia que intenta promover o inclusive cuando no puede evaluar los resultados y no puede retroinformarse de la validez de lo que se está diciendo y en su lugar pone un juicio subjetivo. Esto sin contar que el lenguaje puede ser inadecuado o no pueda decodificarse de manera conveniente, o bien que el mensaje no se vincule ni se valide con el ejemplo, creando así un doble mensaje y confusión.

Roan (1971) considera que la acción preventiva por los medios masivos de comunicación es la respuesta auxiliar más valiosa al problema de los trastornos de comportamiento que sufre la sociedad. Si el contenido de los medios es "funcional" para la vida diaria del espectador este tendrá oportunidad de practicar lo aprendido, y si las formas

transmitidas por los medios para resolver los problemas son apropiadas probablemente el espectador será recompensado por el medio ambiente social.

De esto se puede deducir que los psicólogos pueden contribuir al estudio del contenido de los productos de los medios de comunicación social en los efectos que producen en las audiencias y producir mensajes que tengan como objetivo la previsión de problemas de comportamiento en forma masiva.

Por ejemplo: Ultimamente se ha visto en la T.V. mexicana algunos cortes comerciales que intentan prevenir el maltrato infantil, como los de "Cuente hasta diez" o los de "ojo, mucho ojo".

EL SIGNIFICADO DE LAS CRISIS VITALES COMO ASPECTO PREVENTIVO DE SALUD MENTAL.

En esta tesis, se consideró importante incluir a las situaciones de crisis, ya que, a veces la salud o la enfermedad se ve determinada por ellas. Además tener este enfoque permite hacer un énfasis preventivo en aquellas personas que están atravesando una crisis y que más rápidamente pueden enfermar.

El desarrollo de la personalidad se describe desde hace mucho tiempo como una sucesión de fases diferenciadas. Entre fase y fase existen períodos de conducta indiferenciada, periodos transicionales caracterizados por trastornos en las áreas intelectual y afectiva. Estos períodos se denominan "crisis evolutivas" (Erikson 1959). Como lo son por ejemplo el paso de la niñez a la adolescencia.

Recientemente se ha comenzado a prestar atención a periodos similares de alteración psicológica y de la conducta, precipitados por azares de la vida que implican una pérdida, o las grandes exigencias asociadas con la oportunidad de tener nuevos aportes. Estos períodos de alteración que pueden abarcar desde unos pocos días hasta unas semanas, han sido denominados "crisis accidentales" (Erikson 1959), como por ejemplo el terminar una carrera o el cambio de empleo.

El interés en este tema surgió del hallazgo de que en muchas personas que sufren trastornos mentales, los cambios significativos en el desarrollo de la personalidad parecen haber ocurrido durante períodos de crisis bastante cortos. Estos puntos transicionales se caracterizan general-

mente por una alteración psicológica aguda, con una duración aproximada entre una y cinco semanas, alteración que más que un signo de trastorno mental parece resultar de la lucha para lograr ajuste y adaptación frente a un problema temporariamente insoluble. Estos problemas radican por lo común en situaciones nuevas que el individuo no puede manejar rápidamente con los mecanismos de superación que ya posee. Los problemas son a la vez serios e inevitables: la muerte de una persona amada; la pérdida o cambio de empleo; alguna amenaza a la integridad corporal por enfermedad, accidente o intervención quirúrgica, etc.

El examen de historias de algunos pacientes muestra que durante alguno de estos períodos de crisis, el individuo parece haber encarado sus problemas en una forma inadaptada, y haber emergido de la crisis con la pérdida de la salud.

En tales casos, la progresión hacia la eventual enfermedad mental parece haberse acelerado durante períodos sucesivos de crisis. En otros pacientes, aunque también se enferman eventualmente, su trayectoria parece haberse demorado como consecuencia de una experiencia adaptativa durante crisis particulares.

Esta visión de la crisis como un período transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad de trastorno mental, cuyo desenlace en cualquier ejemplo particular depende hasta cierto punto de la forma en que se maneje la situación, debe oponerse a las primeras concepciones que consideraban el estrés y los traumatismos como factores etiológicos del trastorno mental.

La exposición del individuo a situaciones de mayor exigencia para estimular el desarrollo personal, ayudar a hallar formas constructivas de dominar situaciones penosas y fortalecer el carácter fué un método utilizado durante mucho tiempo por los educadores. Este enfoque tiene obvias consecuencias para la Psicología preventiva. La resistencia al trastorno mental puede aumentarse ayudando al individuo a extender su repertorio de habilidades efectivas para resolver problemas, de manera que no necesite recurrir a formas regresivas, no basadas en la realidad o socialmente inaceptables, al enfrentar las situaciones difíciles que en caso contrario pueden provocar la aparición de síntomas neuróticos

o psicóticos como formas de evitar o dominar simbólicamente al problema.

La concepción de las crisis como puntos decisivos que pueden tanto acercar como alejar el trastorno mental, permite así mismo que se pueda aprender lo suficiente sobre los factores situacionales corrientes que de terminan el desenlace de las mismas, de manera que se haga posible intervenir oportunamente y aumentar la probabilidad de un resultado saludable.

En una crisis, este proceso se amplifica porque el estímulo del problema es mayor, y las fuerzas reequilibradoras ordinarias no alcanzan a actuar dentro del margen de tiempo común. El período de incongruencia de las estructuras de conducta es más prolongado que el de costumbre, y, cuando se logra eventualmente un equilibrio, la nueva estructura puede diferir significativamente de la previa, pero ser estable y constituir a su vez un equilibrio sostenido por fuerzas homeostáticas, como en el pasado.

El factor esencial que determina la aparición de una crisis es el equilibrio entre la dificultad y la importancia del problema y los recursos de los que se dispone inmediatamente para enfrentarlo. Los mecanismos directos, los dispositivos homeostáticos comunes son inútiles, y el problema es tal que ningún otro método puede utilizarse.

En cada etapa del desarrollo la experiencia previa modela los sucesos, pero no los determina completamente. Cada crisis representa una situación nueva que implica nuevas fuerzas, tanto internas como externas. El desenlace está determinado por las elecciones, activas en parte y en parte azarosas, y por otros aspectos de la situación. El estado corporal del individuo en ese momento, los aspectos puramente fortuitos de la evolución de la dificultad externa, la disponibilidad de recursos sociales y el sistema de comunicación del medio, son todos factores importantes, como también lo es la personalidad del individuo, que es la cristalización psicológica de su experiencia.

Es posible ordenar la lista de circunstancias peligrosas según la probabilidad de que produzcan crisis importantes en porcentajes significativos de la población, y aunque esto solo no puede permitirnos predecir si un individuo en particular entrara en crisis cuando enfrente una situación de este tipo, el procedimiento sería útil desde el punto de vista epidemiológico. Entre las circunstancias peligrosas se cuentan las transiciones biológicas y de rol (nacimiento, pubertad, climaterio, enfermedad

o muerte de un miembro de la familia); el ingreso al jardín de niños, a la escuela primaria, secundaria, el egreso de la escuela; la mudanza a una nueva comunidad, un nuevo empleo, etc. En tales situaciones hay una pérdida de los aportes básicos, una amenaza de pérdida, o una exigencia que implica la posibilidad de aportes mayores, pero a un costo también mayor. Por lo que se ha escrito hasta aquí, es evidente que los detalles de la resolución de la crisis tienen una considerable significación para la futura salud mental del individuo. Su nuevo equilibrio puede ser mejor o peor que el del pasado, por cuanto el reordenamiento de fuerzas tanto dentro de la personalidad como en las relaciones con las personas significativas de su medio. Puede conducir a una menor o mayor satisfacción de sus necesidades. Si ha encarado los problemas de la crisis desarrollando nuevas técnicas socialmente aceptadas y basadas en la realidad, habrá aumentado su capacidad para enfrentar en forma sana dificultades futuras. Si en cambio ha elaborado respuestas socialmente inaceptadas, o que tiendan a la evasión, el manejo mágico irracional, o la agresión y la alienación, será mayor la posibilidad de que tampoco puede enfrentar las dificultades venideras. En otras palabras la nueva estructura de superación que el sujeto elabora cuando se encuentra en crisis pasa a ser una parte integral de su repertorio de respuestas para la resolución de problemas, y aumenta la posibilidad de que enfrente en forma más o menos realista los riesgos que se le presenten en adelante.

Por lo general un hombre no enfrenta sólo la crisis, sino ayudado o trabado por quienes lo rodean, por su familia, sus amigos, el vecindario, la comunidad y aún la nación que actúan por medio de valores y tradiciones introyectadas que proporcionan conocimiento y confianza para resolver los problemas en cierta forma aceptable, y a través de otras instituciones o individuos que asumen roles complementarios de estímulo y apoyo a ciertas líneas de acción que la cultura en cuestión, empíricamente o por su concordancia con los sistemas de creencias, sostiene como métodos exitosos en la mayor parte de los casos. Teniendo en cuenta la infinita variabilidad en circunstancias individuales y de personalidad, existe generalmente un importante margen de elección en las reglas culturales para la resolución de problemas, margen que se estrecha cuando entramos en las subculturales cada vez más ideosincráticas del vecindario, la famili

lia y los asistentes individuales.

La alteración de la salud mental inmediata o eventual, tienen lugar cuando la presión de las fuerzas interpersonales y las demandas del rol son tales que el individuo sale de la crisis con insatisfacciones a las que no pudo resignarse, o con necesidades, satisfechas con algún cambio del rol a expensas de la complementación con alguna persona próxima cuyas necesidades quedan sin satisfacer. En el primer caso la alteración de la salud mental se concreta en el sujeto mismo; en el segundo se manifiesta en una o más de las personas que lo rodean.

En el análisis de los efectos de una crisis sobre el trastorno mental, es bueno no concentrarse en el individuo en cuestión al punto de perder de vista las alteraciones de las otras personas de su red social, cuya salud mental también puede haber sufrido, a veces en mayor grado, o de manera diferente. Debe subrayarse que cualquier cambio en el individuo afecta también su rol y en consecuencia altera el sistema social del cual forma parte. Esto a su vez ocasiona una alteración recíproca en los roles de los demás y cambios posibles en la satisfacción de sus necesidades.

Influencia de la familia.

De esta manera, si un miembro de la familia, o de otro grupo primario relacionado por estrechos lazos personales, enfrenta un problema que encierra una amenaza a la satisfacción de necesidades, el grupo como totalidad queda inevitablemente implicado, en una forma u otra, en un grado que depende de la medida en que el problema tenga que ver con los deberes del individuo para con el grupo. La familia u otras personas próximas apoyarían entonces al individuo en la elección de ciertas formas de manejo del problema consonantes con las tradiciones y experiencias comunes y en armonía con las necesidades del grupo en tanto sistema con obligaciones externas y con la necesidad de satisfacer necesidades intragrupales de sus miembros. Un grupo bien organizado, en el cual el sistema de autoridad es claro y aceptable, la red de comunicación abierta y los roles de los miembros articulados en forma complementaria, ejercerá más control y dará más apoyo al individuo, de manera que esta podrá decidir más fácilmente como solucionar el problema.

Lo importante en el mantenimiento de la salud mental es que las actividades de la familia u otro grupo primario tiendan a ayudar a la persona en crisis a tratar su problema por medio de alguna forma de actividad, más que a evitarlo o restringir la actividad a mecanismos para aliviar la tensión.

En cada caso particular, un grupo complicado de factores psicológi--cos, sociales y culturales determinan el grado de sensibilidad de la familia a las manifestaciones de tensión en uno de sus miembros en crisis, cuál será la intensidad de la crisis que eso provocará en la familia como grupo, y en que medida será adecuada su actuación a ayudar al individuo en problemas. Además, la posición de este miembro en la unidad familiar puede ser tal que, para salvaguardar su rol, y poder ayudarlo, el grupo se reorganice según una nueva pauta, arriesgando en el proceso las gratificaciones de algún otro miembro. Esta es una de las maneras en que la crisis puede llevar a la atención de la salud mental de la persona afectada, aunque perjudicando la salud mental de otra.

-----Surge aquí la cuestión de las formas en que las familias y otros grupos primarios pueden impedir la resolución sana de una crisis.

Además de los aspectos que influyen sobre la eficacia de la familia como cuerpo organizado, son de importancia otros factores relacionados con el contenido de sus operaciones. La historia y tradiciones familiares en la resolución de problemas relativos al bienestar emocional de los miembros, tienen gran significación, las familias pueden estar organizadas y cumplir satisfactoriamente las tareas externas como alimentación, vestido, casa, etc., pero ser inefectivas para cubrir las necesidades emocionales de las personas que las componen, o viceversa. En particular es posible que las actividades de la familia no ayuden de ninguna manera a las personas afectadas a manejar sus sentimientos negativos; quizá incluso le hagan la tarea más difícil, aumentando su culpa, su ansiedad y su hostilidad. Puede que no sólo falten vías intragrupalas para aliviar tales sentimientos, si no también canales de comunicación con agentes comunitarios externos a quienes pueda dirigirse el miembro en busca de ayuda para disminuir la tensión psicológica. El individuo queda entregodo a sus propios recursos psíquicos, y estos, debido a las reacciones y complicaciones familiares, pueden estar demasiado forzados como para aboru

dar eficazmente el problema.

Influencia de los miembros de la comunidad.

Es característico de las crisis que, cuando la tensión llega a cierto punto, el individuo comienza a movilizar no sólo sus propios recursos sino también a solicitar ayuda de otros. Los signos de la tensión en aumento parecen tener un efecto significativo sobre las demás personas, estimulando a ayudarlo. Esta pauta recíproca de buscar y ofrecer ayuda parece tener raíces biosociales primitivas. Puede hallarse un fenómeno similar en muchos animales sociales.

Surge como corolario que durante el desequilibrio de la crisis, el individuo es más susceptible a la influencia de los otros que en épocas de funcionamiento estable. Cuando se altera su equilibrio normal, una fuerza relativamente pequeña puede inclinarlo en uno u otro sentido. Esto significa que la ayuda que le ofrecen las personas importantes para él puede tener un efecto notable en la determinación de sus elecciones de los mecanismos de solución, que tendrán a su vez influencia sobre el resultado. Una vez que la crisis ha terminado el individuo recupera su estabilidad, y es entonces relativamente menos dispuesto a aceptar la intervención externa y la influencia de los otros. Las personas que más fuertemente afectan a un individuo durante la crisis son las que están vinculadas a él por los lazos primarios de sus necesidades básicas de amor, e interacción, y de las que se adecuan a sus necesidades de autoridad y de dependencia. Además de los miembros de sus agrupaciones primarias permanentes, entre estas personas con influencia se cuentan los representantes de la comunidad como totalidad, cuyas funciones los ponen formalmente o informalmente en contacto con el sujeto en tales períodos. Son roles formales los de los agentes dedicados al cuidado de la salud física o moral de la comunidad, sacerdotes, médicos, maestros, etc.

Los roles informales son conferidos a ciertas personas protectoras extrafamiliares que varían de una comunidad a otra, y cuya ideosincracia y características ocupacionales las colocan en posición de ciudadanos significativos a los que otros se dirigen en busca de ayuda: cantineros, farmacéuticos, ancianos, etc.

Influencia de los asistentes profesionales.

Finalmente, podemos dirigir nuestra atención hacia los asistentes formales e institucionalmente reconocidos, cuya función profesional los pone en contacto con las personas en crisis.

Debe reconocerse que, aunque los profesionales asistenciales sean agentes comunitarios encargados de fomentar el bienestar de los ciudadanos, y de ayudarlos a tratar situaciones desfavorables, entre sus funciones no se incluye tradicionalmente el cuidado de la salud mental.

Se ha visto que la crisis es un período corto de desequilibrio psicológico en personas que enfrentan circunstancias peligrosas; esas circun--tancias constituyen para el sujeto un problema importante que no puede por el momento ni evitar, ni resolver con los recursos acostumbrados. Durante el trastorno el individuo elabora una nueva forma de manejar el conflicto, descubriendo nuevas fuentes de energía, en sí mismo y en su medio ambiente. Luego el trastorno disminuye y vuelve el equilibrio psicológico y la con--ducta coherente.

Por tanto, cada crisis representa tanto la oportunidad de un desarrollo como el peligro de un deterioro psicológico. El desenlace de la crisis depende del recondicionamiento de un complejo de fuerzas conflictivas du--rante el período de desequilibrio. Algunas de ellas se originan en el inte--rior del individuo y se relacionan con la estructura de su personalidad y con la experiencia biopsicológica pasada. Otras surgen del medio ambiente habitual, particularmente los cambios en la intensidad de las circunstan--cias peligrosas y la ayuda o la interferencia perjudicial de terceros: familiares, amigos y consejeros formales e informales a los que se pueda recurrir.

Podemos concluir tres aspectos de las crisis que son particularmente significativos para la prevención primaria:

1. El desenlace de la crisis no está determinado en la mayoría de los casos por antecedentes tales como la naturaleza del peligro, la persona--lidad o la experiencia biopsicosocial del individuo. Estos factores inclinan la balanza hacia un desenlace favorable o desfavorable para la salud mental, pero lo que realmente ocurre depende de la interac--ción de las fuerzas endógenas y exógenas que actúen en el curso de la crisis. La intervención externa durante el desequilibrio puede contra--

restar la disposición previa, y llevar a un resultado inesperado, bueno o malo.

2. Durante la crisis, el individuo experimenta una intensa necesidad de ayuda, y los signos de su anhelo provocan la respuesta de quienes lo rodean, lo que parece una reacción biosocial primitiva.
3. Durante el desequilibrio, el sujeto es más susceptible a la influencia de otros que en períodos de funcionamiento estable. Cuando por así de cirlo, los platillos de la balanza oscilan, una intervención relativamente pequeña puede definir la situación en un sentido o en otro. El estado firme resultante será entonces relativamente duradero.

Las crisis proporcionan a los agentes de salud mental comunitaria una notable oportunidad de desplegar sus esfuerzos con un máximo de provecho e influir sobre la salud mental de los individuos que pasan por ellas.

INFORMACION Y PUBLICACIONES

Es indudable que para conocer el desarrollo de una ciencia se recurre siempre a consultar lo que sobre ella se ha escrito, ya sea a manera de difusión o como resultado de una investigación, es decir, reportes de ellas, la información ha sido y seguramente será, un factor clave para el desarrollo y crecimiento del ser humano individual y socialmente.

No es posible intentar comprender el desarrollo de la humanidad sin la información; desde años inmemoriales el ser humano se ha preocupado por producir información y esta preocupación surge necesariamente de sus intensos deseos de mayor conocimiento. Es precisamente la información lo que proporciona más luz en esta gran oscuridad que es la ignorancia acerca de muchos de los fenómenos que ocurren, para los cuales no tenemos explicación. La información enriquece nuestro conocimiento promueve la actividad del ser humano, lo lleva a la acción racional. Sin la información nuestros pasos serían pasos ciegos y no podríamos caminar con un mínimo de confianza por un sendero que desconocemos, necesitamos la luz de la información que dé seguridad, confianza y firmeza a nuestras decisiones.

Precisamente, los sistemas de información tienen como objetivo central

la de producir información, tan específica y compleja como así lo deseemos, para un grupo de personas específicas.

Un sistema de información está constituido por la captación, procesamiento y recuperación de datos para producir información.

En general los términos "datos" e "información" se usan indistintamente, aunque se refieren a dos conceptos diferentes, dando lugar a la ambigüedad y confusión en el uso de estas dos importantes ideas.

Los datos son hechos aislados y en bruto, los cuales situados en un contexto significativo mediante una o varias operaciones de procesamiento, permiten obtener deducciones. La finalidad básica al recopilar y procesar datos son el elemento principal de la información. Si los datos fueran procesados sin una finalidad informativa, su abundancia sería excesiva y sólo se podrá obtener la cantidad apropiada de datos mediante un sistema adecuado de información.

Esto es de importancia central, dado que uno de los problemas más frecuentes en la captación de datos en forma excesiva, sin un fin informativo, así mismo hay que hacer notar que ningún método de procesamiento, sea manual o por computadora, garantiza que los datos serán procesados según las necesidades del usuario, estas necesidades deben ser determinadas dentro de un contexto algo diferente al método de procesamiento utilizado.

La información se distingue sustancialmente de los datos en que estos últimos son mensajes en bruto no evaluados y el primero significa un aumento de conocimientos obtenidos por el receptor mediante la coordinación apropiada de los elementos de datos con las variables de un problema, la información es la adición o el procesamiento de datos, que puede proporcionar un conocimiento o bien el entendimiento de ciertos factores.

La información es un acontecimiento o una serie de acontecimientos, que llevan un mensaje y que al ser percibida por el receptor, mediante alguno de sus sentidos amplía sus conocimientos, siendo sólo el destinatario capaz de evaluar la significación y la utilidad de la información recibida.

Idealmente la información da a conocer el estado de las cosas pero la percepción puede diferir notablemente entre los usuarios. El hecho de que la información contenga el mismo mensaje y sea comunicada de la misma manera y en el mismo momento no implica que será utilizada igualmente.

La función primordial de la información consiste en aumentar el conocimiento del usuario, o en reducir su incertidumbre. Sin embargo, no le indica lo que debe hacer, sino que reduce la gama de decisiones y la incertidumbre para una decisión inteligente. Otra de las funciones principales de la información es la de proporcionar un conjunto de estándares de reglas de evaluación y de decisión para la determinación, comunicación, advertencias y retroalimentación para fines de control.

Los sistemas de información sólo pueden proporcionar una parte de la información que necesita el usuario y esa información es de naturaleza formal y cuantificable, provee al usuario de información con respecto al estado de las cosas, comunicándole un grado mayor de predictibilidad tanto por lo que se refiere a los sucesos como por lo relativo al resultado de actividades.

El valor de la información está basado en diez características, que se enumeran a continuación:

1. Accesibilidad: Se refiere a la facilidad y rapidez con que se puede obtener la información resultante.
2. Comprensibilidad: Se refiere a la integridad del contenido de la información, no se refiere necesariamente al volumen sino que el resultado sea completo (es difícil cuantificar esta característica).
3. Precisión: Se refiere a que no haya errores en la información obtenida con el manejo de un gran volumen de datos, en general se producen dos tipos de errores: a) Transcripción y b) cálculo.
4. Propiedad: Se refiere a que tan adecuadamente se relacionan la información con lo solicitado por el usuario. El contenido de la información debe ser apropiado para el asunto que se trate.
5. Oportunidad: Esta característica se relaciona con una menor duración del ciclo de acceso: entrada, procesamiento y entrega al usuario.
6. Claridad: Esta característica se refiere al grado en que la información está exenta de expresiones ambiguas.
- 7.- Flexibilidad; Concierne a la adaptabilidad de la información, no sólo a más de una decisión, sino a más de un responsable de la toma de decisiones.

8. Verificabilidad: Se refiere a la posibilidad de que varios usuarios examinen la información y lleguen a la misma conclusión.
9. Imparcialidad: Se refiere a que no exista un intento de alterar o modificar la información con el fin de hacer llegar a una conclusión preconcebida.
10. Cuantificable: Se refiere a la naturaleza de la información producida por un sistema formal de información.

Aunque muchos aspectos de estas características son difíciles de medir, el usuario debe utilizarlos cuando determina el valor de la información y equipararlo con su costo.

Los sistemas formales de información son necesarios, porque el ser humano no posee la capacidad de guardar en la memoria una cantidad ilimitada de datos de información. Los sistemas formales de información se justifican por la variedad y complejidad de datos y problemas a examinar y resolver día con día. La información que proviene de fuentes no estructuradas específicamente para dar informes, se considerará ajena al sistema formal de información y se denomina información informal.

Es por ello, que la información derivada de los sistemas formales de información son imprescindibles. En diversas organizaciones de la actualidad, para obtención de la información confiable, válida y oportuna para los usuarios que así lo requieren.

Resumiendo el sistema formal de información maneja datos e información sistemática y estructuradamente, no así los sistemas informales.

METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se encuentra dentro de la categoría de estudios descriptivos. En los cuales el objetivo central es obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación, jerarquizar los problemas, derivar elementos de juicio para estructurar políticas o estrategias operativas, conocer las variables que se asocian y señalar lineamientos para la prueba de hipótesis.

En este caso se desea describir el fenómeno de las Publicaciones Nacionales sobre Prevención Primaria a través de conocer su frecuencia y como se presentan las variables en este.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo de una ciencia como área o campo de estudio en un país, se encuentra fuertemente vinculado con el desarrollo de publicaciones nacionales en este campo. Existe un consenso generalizado a nivel internacional, sobre la forma de evaluar el nivel de productividad de una área específica y es a través del número de publicaciones existentes, así como por la calidad de las mismas. En otras palabras, no puede haber desarrollo científico propio en un país, si no se desarrolla primero una línea de investigación sobre el mismo, y en segundo, si no se aportan a través de publicaciones los resultados obtenidos. En este estudio se hizo una evaluación acerca de las publicaciones nacionales sobre prevención primaria en salud mental: ¿Qué características tienen las publicaciones nacionales sobre prevención primaria en salud mental?, ¿qué se publica?, ¿cuál es el contenido de las publicaciones?; es decir, partiendo de las publicaciones dar un índice del desarrollo de la psicología clínica en el área de prevención primaria en salud mental.

3. HIPOTESIS

Se trata de una hipótesis descriptiva con la cual lo único que se pretende es probar la existencia de las características o cualidades de un fenómeno. Se observará cuales son las características de las publicaciones nacionales sobre prevención primaria en salud mental, a través de las variables definidas posteriormente.

4. VARIABLES

Son en general los treinta reactivos contenidos dentro de la cédula de registro; y se definen de la siguiente manera:

- Fuente de información: Son todos aquellos lugares donde se tienen los documentos o materiales que sirven de información en un orden y sistematizada para su consulta. Y pueden ser:
 - a) Banco de información computarizada: Corresponde a instancias especializadas que entre sus funciones se encuentran la recolección del material bibliográfico, el cual se clasifica y se integra para un facil acceso posterior en un sistema electrónico de computo.
 - b) Biblioteca: Institución especializada cuyas funciones incluyen la adquisición permanente de material bibliográfico impreso, el cual se clasifica. Lo anterior con el objeto de establecer servicios de consulta e información a los usuarios.
 - c) Asociación científica o profesional: Agrupación de varias personas que tienen como finalidad el intercambio de información científica, así como promover entrenamiento, capacitación del personal e información, asimismo promueven reuniones de diversa índole (congresos, simposios, etc.) con el objeto de intercambiar información científica.
 - d) Instituciones y organismos: Cada una de las organizaciones fundamentales de un estado, nación o sociedad, en este caso las relacionadas con la psicología. Cuentan con una infraestructura propia y correspondiente a sus funciones.

- Editorial: Organismo que saca a la luz pública una obra, ajena por lo regular, valiendose de la imprenta o de otro arte gráfico para multiplicar ejemplares. En este caso se anota a que editorial o quien editaba cada una de las publicaciones.

- Período de la publicación: Es la fecha en que se publico el material, y fue agrupado por años (por ejemplo, del 1° de Enero de

1985 al 31 de Diciembre de 1986) y dándole a cada período una clave.

- Tipo de publicación: Esta variable se refiere a la forma en la cual se elaborará la publicación, forma que determina la finalidad de la misma y puede ser:
 - a) Libro: Reunion de muchas hojas de papel ordinariamente impresas, que se han cosido o encuadernado, con una cubierta de papel, carton, pergamino u otra piel, y que forman un volumen que se refiere a una obra científica o literaria.
 - b) Revista: Publicación periódica de una institución, coorporación o sociedad con novedades o informes de actividades y trabajos en un campo en particular. Una revista puede incluir informes de investigación, revisiones, discusiones o artículos teóricos, estudios de casos o descripciones. Además de proporcionar información sobre un área determinada de trabajo, la revista constituye una fuente secundaria que remite a otros trabajos sobre un tema publicado anteriormente.
 - c) Tesis: Es un informe sobre un determinado trabajo de investigación que se ajusta a ciertas normas formales y temáticas derivadas del propósito del autor, de obtener un grado académico.
 - d) Memorias: Estudio y disertación o resumen general escrito sobre las actividades de una institución o sobre la materia, y también sobre las actividades llevadas a cabo en un congreso o reunión de expertos en una materia.
 - e) Manuales o tratados: Es una obra de volumen apreciable y autores prestigiosos. Responde a un proyecto editorial o intelectual bastante más importante que el texto y posee mayor vigencia que este. Suele adoptar dos formas principales que son:
 - Una obra conjunta de un número de autores no pequeño bajo la supervisión de un director o equipo.

- Una obra exclusiva de uno o varios autores.

Los tratados proporcionan información sobre los métodos y resultados de la investigación y exponen las principales posturas teóricas.

El manual puede utilizarse a dos niveles: Un nivel primario en el que trata de obtenerse una visión general del contenido y el desarrollo de un campo. Y un nivel en el que se parte de un campo general para concentrarse y ahondar en un tema concreto.

- f) Folletos y/o panfletos: Obra impresa no periódica que no consta de bastantes hojas para formar un libro. Menos de 50 páginas.
- g) Reporte interno: Informe, relación o resumen escrito sobre un tema, una investigación, persona, etc. Es una comunicación de un acontecimiento reciente dentro de una institución, asociación o grupo de personas.
- h) Compilación: Es un volumen con diversos trabajos independientes de uno o varios autores sobre temas distintos, cuyos trabajos pueden haber sido publicados anteriormente.

- Caracter de la publicación: Es el fin o utilidad con el que se realiza la publicación y se consideraron los siguientes:
 1. Difusión: Es una publicación cuya finalidad es proporcionar información básica y de divulgación con el fin de formar una opinión o simplemente dar a conocer un acontecimiento o hecho.
 2. Texto: (publicaciones para la enseñanza) Fuentes para obtener puntos de vista generales o particulares sobre un tema o materia junto a la información básica sobre los mismos. Presentan por lo general un índice detallado del contenido, se utilizan para lecturas y estudio.
 3. Investigación: Fuentes que registran la actividad científica en un área determinada, son por lo general publicaciones

de asociaciones u organismos científicos.

La diferencia entre las publicaciones de difusión y las de investigación está dada por los lectores o receptores a quienes están dirigidos y el lenguaje que utilizan como instrumento de comunicación.

- Número de ediciones: Es el número de veces que un material científico es publicado y distribuido.
- Número de ejemplares: Es el número de ejemplares que se tiraron en esa edición.
- Publicación impresa en México: Consiste en anotar si la publicación se imprimió en territorio mexicano.
- Autor mexicano: Anotar si el autor de la publicación nacional es mexicano o no lo es.
- Tema originado en México: Si la publicación está basada en estudios realizados en México; o si no lo está.
- Publicación impresa en el extranjero: Si es una publicación nacional que posteriormente se imprimió en el extranjero.
- Criterios Clínicos: Normas para ubicar a cada una de las publicaciones y son las siguientes:
 - a) Educación para la salud: Proceso encaminado a dirigir la conducta de un individuo hacia factores preventivos y de conservación de la salud física y mental. Este proceso incluye el proporcionar elementos formativos e informativos, que le permiten al individuo un mayor o mejor conocimiento sobre el funcionamiento de su organismo, así como de su comportamiento; dándose como resultado un estilo de vida saludable.

- b) Etiología: Estudio de las causas o antecedentes significativos de un fenómeno y de sus relaciones causales, desde el punto de vista clínico, es la investigación de los factores que desencadenan una anormalidad o enfermedad.
- c) Diagnóstico: Es la determinación o identificación de una enfermedad. Es el procedimiento por el cual se determinan la naturaleza de trastorno o enfermedad estudiando su origen, evolución, así como los signos y síntomas que lo constituyen.
- d) Incidencia: Es la frecuencia con que ocurre una condición o fenómeno durante un período de tiempo dado en una población determinada, se refiere al número de casos nuevos que aparecen en una medida de tiempo.
- e) Prevalencia: Frecuencia promedio con la cual se presenta un fenómeno y se toman medidas de tiempo. Es el número total de "Casos", casos nuevos más casos viejos.
- f) Prevención: Conjunto de actividades y programas dirigidos a evitar o reducir los trastornos físicos y mentales en un individuo y en la población en general. Todo aquello que se hace para evitar que un fenómeno se presente.
- g) Pronóstico: Predicción relacionada con la duración, curso, severidad y terminación de una enfermedad o estado patológico. Es lo que le espera al paciente en el futuro y está basado en probabilidades.
- h) Pruebas o instrumentos psicológicos: Conjunto de reactivos estandarizados que se administran a un grupo o a una persona para determinar la presencia o ausencia de características físicas o psicológicas, así como evaluar la magnitud de diferentes procesos psicológicos.
- i) Psicopatología: Estudio sistemático de los factores y procesos psíquicos que se llevan a cabo en una enfermedad mental.
- j) Rehabilitación: Proceso por el cual una persona recupera las habilidades perdidas para lograr su mejor funcionamiento

integral después de haber sufrido algún trastorno físico mental o emocional.

- k) Tratamiento: Métodos y técnicas que se emplean para restablecer la normalidad en una persona enferma o con trastornos físicos y mentales.

Todos los criterios pueden mencionarse en forma explícita o implícita:

Explícito: que se expresa clara y determinantemente.

Implícito: queda entendido que se incluye aunque no esté claramente expreso.

- Corrientes psicológicas: Se consideraron las siguientes:
 - a) Biológica u organicista: Corriente interesada en explicar los procesos psicológicos a través del funcionamiento del sistema nervioso central, así como establecer una correlación entre psicopatología y disfunción o daño cerebral. Es decir, estudia la actividad sensoriomotora organizadora de esquemas que se explica y generaliza por asimilaciones combinadas, estableciendo el equilibrio entre el organismo y el medio, herencia y maduración interna, experiencia física y medio social.
 - b) Cognitiva: Corriente psicológica interesada en los significados asignados a cada elemento. Hace énfasis en los procesos internos de asimilación e interpretación de la experiencia, esto es, postula una primera etapa de integración experiencial y una segunda etapa de expresión motora. Intenta descubrir la forma en que el organismo maneja la información ambiental en términos de aquellos procesos que realmente ocupa.
 - c) Conductual: Estudia y analiza una gran variedad de fenómenos objetivamente observables de la conducta humana en forma sistematizada utilizando metodologías y técnicas experimentales.
 - d) Culturalista: Es aquella que se enfoca al estudio del individuo y del grupo social al que pertenece y a la conducta humana en general determinada por elementos de identidad, valores, normas y creencias.

- e) **Psicodinámica o psicoanalítica:** Estudia la conducta humana motivada por elementos inconscientes:
- * En la vida cotidiana, actos fallidos, sublimación de los instintos, sueños, fantasías, relaciones interpersonales y sociales.
 - * En la concepción metafísica del mundo (mitos, religión) y:
 - * En la construcción de la personalidad, incluye también una técnica terapéutica basada en la asociación libre y la interpretación.
- f) **Sociológica:** Es aquella que estudia los fenómenos de las relaciones sociales, historia, principios o leyes de la organización social. Su objeto de análisis es el individuo transformado por su experiencia social.
- g) **Otras:** Este rubro se deja abierto para otras aproximaciones teóricas.

5. SUJETOS

Los sujetos son la fuente de información que es la muestra con la que se trabajó y son las siguientes:

- 1) Bancos Computarizados de Información.
 - CICH. Centro de Investigación Científica y Humanística
 - CONACYT. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
 - CENIDS
- 2) Bibliotecas de Instituciones de Educación Superior o de Investigación.
 - Biblioteca de Estudios Profesionales de la Facultad de Psicología
 - Biblioteca de Postgrado. Facultad de Psicología
 - Biblioteca de Psicología Médica
 - Biblioteca Central
 - Bibliohemeroteca
 - Biblioteca de la Escuela de Enfermería de la UNAM
 - Biblioteca de la Universidad Femenina

Biblioteca de la Universidad Intercontinental

Biblioteca ENEP Zaragoza

3) Asociaciones Científicas o Profesionales

Instituto de la Familia

Sociedad Mexicana de Salud Mental, A.C.

Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A.C.

Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.

Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría A.C.

4) Instituciones Públicas y Privadas

CONAPO

Instituto Nacional de Salud Mental

Instituto Nacional de Pediatría

Instituto Mexicano de Psiquiatría

Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social

Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología

OMS

IMSS

OPS

5) También se registró la editorial de cada libro

6. ESCENARIO

Las fuentes mencionadas anteriormente se encuentran localizadas en el área metropolitana.

7. INSTRUMENTOS

Los dos instrumentos que se utilizaron en el presente estudio fueron:

1) Un manual de codificación, "El Papel de las Publicaciones Nacionales en el Desarrollo de la Psicología Clínica", elaborado por el Dr.

Federico G. Puente y los integrantes de la presente investigación.

2) Una cédula u hoja de registro con alrededor de 30 reactivos.

8. PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo una recolección de datos, con un instrumento precodifi-

cado (cédula de registro), que incluye alrededor de treinta reactivos sobre variables relacionadas con las características de las publicaciones producidas a nivel nacional en la década 1976-1986, en el campo de la prevención primaria en salud mental.

Se diseñó un manual de procedimientos, que incluía los criterios de codificación, que posteriormente quedaron plasmados en la cédula de registro, utilizando una por cada publicación. Esto se hizo con el objeto de estandarizar el sistema de captación de datos.

Además de la definición de cada una de las variables.

La captura de datos se realizó en las principales fuentes de información nacionales (bibliotecas, hemerotecas, centros de información computarizada, asociaciones e instituciones profesionales), relacionadas con el tema específico.

Toda la información recolectada se registró, como ya se ha dicho en las cédulas de registro, además en fichas bibliográficas que en su mayoría integran el marco teórico de esta tesis.

Posteriormente se hizo el análisis de datos obteniendo frecuencias simples y tablas en donde se puede observar la distribución de las variables cada una acompañada de su descripción y análisis.

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

- Para analizar los resultados se obtuvieron frecuencias simples y porcentajes de cada variable, como se puede observar en las siguientes tablas.

LAS PUBLICACIONES REVISADAS ESTABAN EDITADAS POR:

UNAM	14	15 %
IMP	14	15 %
Academia Nacional de Medicina	12	12.8 %
SS	11	11.7 %
OPS	7	7.4 %
Sociedad Mexicana de Psicología	6	6.4 %
CONACYT	3	3.2 %
OMS	3	3.2 %
CEMESAM	2	2.1 %
Revista de Psicología	2	2.1 %
Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología	2	2.1 %
Facultad de Medicina (UNAM)	2	2.1 %
CEMEF	1	1.1 %
Centro de Estudios Educativos	1	1.1 %
Escuela de Graduados de la Normal Superior Nacional	1	1.1 %
Edicol	1	1.1 %
Publicación Dianética Dazet	1	1.1 %
Siglo XXI	1	1.1 %
Páidos	1	1.1 %
Francisco Méndez Cervantes	1	1.1 %
FCE	1	1.1 %

Mc Grall Hill	1	1.1 %
Kapeluz	1	1.1 %
Trillas	1	1.1 %
Iberoamericana	1	1.1 %
Acta Psiquiátrica y Psicológica	1	1.1 %
Prensa Médica	1	1.1 %
CONAPO	1	1.1 %

En las publicaciones revisadas sobre Prevención Primaria el 15% estaban editadas por la UNAM y el IMP Y sólo el 1% estaban editadas por CEMEF, Centro de Estudios Educativos, Escuela de Graduados de la Normal Superior Nacional, Edicol, Publicaciones Dianéticas Dazet, Siglo XXI, Páidos, Francisco Méndez Cervantes, FCE, Ma Grall Hill, Kapeluz, Trillas, Iberoamericana, Acta Psiquiátrica y Psicología, Prensa Médica y CONAPO.

CARACTERISTICAS DE LAS PUBLICACIONES

Periodo de la publicación

28 - Febrero - 1986		
86 - 1° Enero 85	17	18.1 %
1984	15	16.0 %
1976	10	10.6 %
1980	9	9.6 %
1979	9	9.6 %
1981	8	8.5 %
1977	8	8.5 %
1982	7	7.4 %
1983	5	5.3 %
1978	5	5.3 %
Se ignora	1	1.1 %

EL 18% de las publicaciones sobre Prevención Primaria fueron en el periodo 28 de Febrero 86 - 1° Enero 85, observándose que en 1978 y 1983 fue el 5 %

Tipo de publicación

Revista	62	66.0 %
Libro	11	11.6 %
Reporte Interno	7	7.4 %
Tesis	6	6.4 %
Memorias	6	6.4 %
Folletos o Panfletos	1	1.1 %
Compilación	0	0 %

En cuanto al tipo de publicación sobre Prevención Primaria se observó que el 66 % de ellas fueron revistas que sólo el 1 % fueron folletos o panfletos y compilaciones

Caracter de la publicación

Difusión	69	73.4 %
Investigación	14	15.0 %
Texto-Escolar	11	11.6 %

En el caracter de la publicación se obtuvo un 73% en difusión, 15% en investigaciones y el 12% en texto escolar sobre Prevención Primaria

Publicación impresa en el extranjero

Publicaciones Nacionales	81	86.3 %
Publicaciones Extranjeras	12	12.8 %
Publicaciones Extranjeras de autor mexicano	1	1.1 %

El 86% son publicaciones nacionales y el 14% extranjeras que se difunden a nivel nacional. Tenemos de ellas que el 13% tienen autor extranjero y sólo el 1% el autor de la publicación extranjera es mexicano.

Número de ediciones

Una edición	81	86.2 %
Se ignora	9	9.6 %
Dos ediciones	3	3.1 %
Siete ediciones	1	1.1 %

El 86% de las publicaciones sobre Prevención Primaria tienen una edición observándose que sólo el 1% tienen siete ediciones

Número de ejemplares

Se ignora	63	67.0 %
3501 - 5000	10	10.7 %
8501 o más	10	10.7 %
1 - 500	4	4.3 %
1501 - 2000	3	3.2 %
1001 - 1500	1	1.1 %
2001 - 2501	1	1.1 %
2501 - 3000	1	1.1 %
5001 - 8500	1	1.1 %

En el 67% de las publicaciones sobre Prevención Primaria se ignora el número de ejemplares y sólo el 1% son de 1001 - 8500 ejemplares.

Publicación impresa en México

Si	80	85 %
No	14	15.0 %

El 85% de las Publicaciones sobre Prevención Primaria son impresas en México, y el 15% no son impresas en México

Autor Mexicano

Si	67	71.3 %
No	27	28.7 %

El 71% de las Publicaciones sobre Prevención Primaria son con autor mexicano y el 29% el autor no es mexicano

Tema originado en México

Si se basa	73	77.7 %
No se basa	20	21.3 %
Se ignora	1	1.1 %

El 78% de las publicaciones sobre Prevención Primaria se basan en estudios realizados en México, el 21% de las publicaciones no se basan en estudios realizados en México, y el 1% se ignora

CRITERIOS CLINICOS

Educación para la Salud

Si se refiere	94	100 %	Explicita	93	98.9 %
No se refiere	0	0	Implicita	1	1.1 %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre educación para la salud un 100 %, en forma explícita un 99 % e implícita sólo 1%.

Etiología

Si se refiere	64	68 %	Explicita	45	70.3 %
No se refiere	30	32 %	Implicita	19	29.7 %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre etiología un 68%, el 70% en forma explícita y el 30% implícitamente. El 32% no se refiere al tema.

Diagnóstico

Si se refiere	65	69.1 %	Explicita	40	61.5 %
No se refiere	29	30.9 %	Implicita	25	38.5 %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre diagnóstico un 69%, el 61.5% en forma explícita y el 38.5% en forma implícita. El 31% no se refiere al tema.

Prevalencia

Si se refiere	41	43.6 %	Explicita	31	75.6 %
No se refiere	53	56.4%	Implicita	10	24.4 %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre prevalencia un 44%, el 76% en forma implícita. El 56% no se refiere al tema.

Incidencia

Si se refiere	39	41.5 %	Explicita	31	79.5 %
No se refiere	55	58.5 %	Implicita	8	20.% %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre incidencia un 41.5%; el 79.5% en forma explícita y el 20.5% en forma implícita. El 58.5% no se refiere al tema.

Prevención

Si se refiere	94	100 %	Explicita	89	94.7 %
No se refiere	0		Implicita	5	5.3 %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre prevención un 100%; el 95% en forma explícita y el 5% en forma implícita.

Pronóstico

Si se refiere	68	72.3 %	Explicita	38	55.9 %
No se refiere	26	27.7 %	Implicita	30	44.1 %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre pronóstico en 72%; el 56% en forma explícita y el 44% en forma implícita. El 28% no se refiere al tema.

Instrumentos Psicológicos

Si se refiere	15	16 %	Explicita	9	60 %
No se refiere	79	84 %	Implicita	6	40 %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre instrumentos Psicológicos un 16%, el 60% en forma explícita y el 40% en forma implícita. El 84% no se refiere al tema.

Psicopatología

Si se refiere	53	56.4 %	Explicita	33	62.2 %
No se refiere	41	43.6 %	Implicita	20	27.8 %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre Psicopatología un 56%; el 62% en forma explícita y el 28% en forma implícita. El 44% no se refiere al tema.

Rehabilitación

Si se refiere	67	71.3 %	Explicita	39	58.2 %
No se refiere	27	28.7 %	Implicita	28	41.8 %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre rehabilitación un 71%; el 58% en forma explícita y el 42% en forma implícita. El 29% no se refiere al tema.

Tratamiento

Si se refiere	82	87.2 %	Explicita	52	63.4 %
No se refiere	12	12.8 %	Implicita	30	36.6 %

Las Publicaciones sobre Prevención Primaria contienen información sobre tratamiento un 87%, el 63% en forma explícita y el 37% en forma implícita. El 13% no se refiere al tema.

CORRIENTES PSICOLOGICAS

Biológica

Se fundamenta	49	52.1 %
No se fundamenta	44	46.8 %
Se ignora		1.1 %

De las Publicaciones revisadas sobre Prevención Primaria, se puede observar que el 52% se fundamentan en una corriente biológica.

Cognitiva

Se fundamenta	35	37.2 %
No se fundamenta	57	60.7 %
Se ignora	2	2.1 %

De las Publicaciones revisadas sobre Prevención Primaria se puede observar que el 37% se fundamentan en una corriente cognitiva.

Conductual

Se fundamenta	24	25.4 %
No se fundamenta	68	72.5 %
Se ignora	2	2.1 %

De las Publicaciones revisadas sobre Prevención

Primaria se puede observar que el 25% se fundamentan en una corriente conductual.

Culturalista

Se fundamenta	61	64.9 %
No se fundamenta	33	35.1 %
Se ignora	0	

De las Publicaciones revisadas sobre Prevención Primaria se puede observar que el 65% se fundamentan en una corriente culturalista.

Psicodinámica

Se fundamenta	11	11.7 %
No se fundamenta	82	87.2 %
Se ignora	1	1.1 %

De las Publicaciones revisadas sobre Prevención Primaria se puede observar que el 12% se fundamentan en una corriente psicodinámica.

Sociológica

Se fundamenta	62	65.9 %
No se fundamenta	31	33 %
Se ignora		1.1 %

De las Publicaciones revisadas sobre Prevención Primaria se puede observar que el 66% se fundamentan en una corriente sociológica.

Análisis de Resultados

Como se puede observar en las tablas anteriores; las publicaciones estaban editadas en su mayoría por la UNAM, el IMP y la Academia Nacional de Medicina. Esto nos lleva a pensar que el tema de la prevención primaria, se ha difundido sólo a nivel internacional o académico.

En cuanto a las características de las publicaciones podemos observar que el período en el que más publicaciones se registraron fue del 28 de Febrero de 1986 al 1° de Enero de 1985. Esto puede deberse a que es en los últimos años cuando más énfasis se le ha dado a los aspectos preventivos.

En el tipo de publicación se observó que las revistas son las que proporcionan mayor información sobre el tema, y que el carácter de ellas es en su mayoría de difusión. Esto nos sugiere que todos los programas o las acciones preventivas que se lleven a cabo deben publicarse tanto como para otras personas lo pongan en práctica, como para que se tenga una mayor información accesible.

El número de ediciones que más frecuentemente se reportó fue de 1, ignorando en la mayoría el número de ejemplares de esta. Las publicaciones revisadas fueron impresas en México por autores mexicanos, observando que el tema también se originó en México. Por lo anterior sólo una minoría de las publicaciones revisadas fueron extranjeras, pero se consultaron por su gran difusión a nivel nacional, a pesar de ser también, algunas, de autores extranjeros.

En cuanto a los criterios clínicos que se incluyeron en esta investigación, los que se encontraron presentes con más frecuencia fueron los que se refieren a educación para la salud, prevención y tratamiento y los de menor presencia fueron los de prevalencia, incidencia e instrumentos psicológicos. Esto se debe casi en su totalidad a las características del tema investigado, que muestra más relación con los primeros en cuanto a prevención primaria.

Por último de las corrientes psicológicas aquí revisadas las que se encontraron fundamentando las publicaciones nacionales con mayor frecuencia fueron la sociológica y la culturalista; y la de menos aparición fue la psicodinámica. Aunque hay que considerar que una publicación puede no

sólo pertenecer a una aproximación teórica, sino a dos o más, siendo en algunas ocasiones eclectica. Esto también se debe a la amplitud que abarca el tema, y que puede ser abordado desde diferentes posturas teóricas.

CONCLUSIONES

Se pudo observar con la presente investigación que cada día, en nuestro país, se le da más importancia a los aspectos preventivos en salud mental. Consideramos que esto puede deberse a las características actuales de la sociedad en que vivimos, en la cual cada día es más difícil mantener la salud y principalmente la salud mental.

Además de que la crisis económica por la que atraviesa el país en este momento hace que se más costoso, prevenir una enfermedad o mantener la salud, que recuperarla una vez que se ha perdido.

Por otro lado pudimos observar que académicamente a la prevención primaria se le ha dado poca difusión, siendo de gran importancia que esto se llevè a cabo. Además de que las investigaciones que se han hecho sobre el tema son escasas y no se publican. Es decir, la teoría que se ha desarrollado no se ha llevado a la práctica.

También pudimos ver que los criterios que más se presentaron, educación para la salud, prevención y tratamiento, están íntimamente relacionados con el de prevención primaria. Sólo el de tratamiento no lo está de una manera clara, pero, considerando que hace énfasis en las medidas prácticas a llevarse a cabo puede explicarse su frecuencia.

Como se vio anteriormente, casi no hay investigación sobre el tema por lo tanto se explica la ausencia de reportes que hablen sobre prevalencia, incidencia e instrumentos psicológicos.

En cuanto a los otros criterios que se presentaron de un 50 a 70%, vemos que estos son importantes para la planeación de programas preventivos, no así para las acciones que los individuos deben realizar para conservar y mantener su salud. Debido a que en salud mental los problemas son multicausales, observando por ejemplo: que no es necesario conocer la etiología de cierta patología para llevar a cabo acciones preventivas.

Pensamos que la presencia en mayor número de publicaciones con fundamentación culturalista o sociológica se debe la papel tan importante que los aspectos a los que ella hacen referencia, toman en la conservación de la salud.



Retomando el marco teórico vemos que las conclusiones más importantes son las siguientes:

- 1.- La prevención primaria no trata de evitar que se enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda una población, de manera que aunque algunos puedan enfermarse, su número se ha reducido, por tanto un programa de prevención primaria va a estar de terminado no sólo por las necesidades de la persona sino por su relación con el problema comunitario y con los recursos accesibles para enfrentarlo.
- 2.- Para realizar un programa de prevención primaria se debe confiar en los mejores juicios conocidos acerca de los factores que parecen estar asociados con la presencia o ausencia de la enfermedad. Es necesario organizar nuestros juicios en forma sistemática para que los programas tengan objetivos claramente definidos, permitiendo una modificación y evaluación de nuestros métodos mientras perfeccionamos las hipótesis.
- 3.- Es por cuestiones administrativas que los servicios médicos se han dividido en tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, y en cualquiera de los tres se pueden llevar a cabo acciones de prevención primaria.
Es importante que la población esté enterada de los niveles de atención para que tengan un mejor servicio y persuadirlos de acudir a congestionar los hospitales, con lo que ocasionan decremento en la atención a las enfermedades más graves, al distraer a los equipos médicos especializados que para tal fin fueron creados.
- 4.- Es en el nivel primario de atención en donde pueden detectarse en sus inicios los problemas de salud mental, por eso es importante que los psicólogos brinden información y participen dentro de un equipo de salud.
- 5.- Uno de los problemas para realizar un programa de prevención es la definición de la salud y la enfermedad. Lo único que parece claro es que la salud y la enfermedad constituyen los polos de un continuo que presenta gradaciones, y que lo que denominamos salud es un equilibrio casi nunca logrado, por tanto, es necesario fijar cr

rios definibles objetivamente para decidir acerca de lo sano y lo enfermo, estableciendo grados y/o clasificaciones en el continuo de salud-enfermedad. La cuestión es decidir en qué punto es necesaria la acción terapéutica o la acción preventiva.

- 6.- La prevención consiste en dos acciones particulares: promocionar la salud y brindar atención específica. La educación para la salud mental se aplica a ambas acciones, es decir, tanto con información como brindando educación lo que se pretende es lograr un cambio de actitud, el cual determina un mejor estilo de vida.

El psicólogo podrá participar en estos programas trabajando en un equipo de salud, en donde tendrá como objetivo el hacer de la gente se responsabilice de su salud buscando soluciones apropiadas dentro de su propio contexto.

- 7.- Un programa comunitario de prevención primaria empieza cuando el equipo de salud llega por primera vez a la comunidad. Antes de la primera visita formal se debe aprender todo lo que se pueda sobre la comunidad con el objeto de tener una impresión de la estructura y el funcionamiento de la comunidad en cuestión, evaluar los recursos propios de ésta, respetando sus necesidades, para así lograr los objetivos planeados en el programa.

- 8.- La plasticidad de la conducta es lo que la hace adaptativa y sana, en contraposición con la rigidez y automatización de las personas enfermas. La salud mental sólo puede mantenerse gracias a un esfuerzo continuo; a la cercanía y apoyo emocional de los otros. Aunque no puede decirse que una dinámica familiar disfuncional sea la causa de un trastorno psicológico, es cierto que en la mayor parte de los casos, la influencia de la familia condiciona la resistencia o agravamiento del síntoma.

Es importante que los padres o los futuros padres estén enterados de las fases de desarrollo de sus hijos y de las características propias de la edad que se irán presentando, haciendo énfasis en que de ellos depende el que sus hijos desarrollen al máximo todas sus potencialidades. Los psicólogos en esta área tienen mucho que aportar. Por ello es importante que se tenga claro que la familia funcione como una unidad y que por lo general, el malestar de uno

de sus miembros es sintomático de un trastorno que afecta a todos.

- 9.- La acción de la escuela debe ser promotora de salud mental ya que todo mensaje de salud física o mental es educativa y motiva al prevención.

Se espera que el escolar desarrolle los hábitos mentales para que pueda establecer juicios por sí mismo, acumule conocimientos útiles, aprenda a aprender a innovar y controlar, que desarrolle su espontaneidad, su espíritu de solidaridad y cooperación con los demás.

Como consecuencia de esto mejor será el estilo de vida que puedan lograr los niños. Para obtener estos resultados es importante trabajar con los profesores para que se responsabilicen del cuidado y mantenimiento de su salud integral.

- 10.4 Los medios masivos de comunicación podrían ser utilizados en favor de la salud y principalmente en el campo de la prevención primaria. Brindando tanto información como educación en salud mental, además de ejemplificar otros estilos de vida que promuevan la salud mental. Es importante tomar en cuenta la realidad social de las personas a quienes van dirigidos los programas para que los mensajes les sean significativos y se adopten como un modelo prototipo. El contenido de los mensajes debe ser funcional para la vida diaria del espectador de manera que el tendrá oportunidad de practicar lo aprendido y si las formas transmissivas son apropiadas probablemente será recompensado por el medio social. Los psicólogos pueden contribuir tanto en el contenido de los mensajes como en los efectos que se producen. Su objetivo principal sería producir mensajes que tengan como fin la prevención de problemas de comportamiento en forma masiva. Utilizando por ejemplo, folletos, programas de televisión, etc.

- 11.- Es importante incluir a las situaciones de crisis, ya que, a veces la salud o la enfermedad se ve determinada por ellas permitiendo hacer un énfasis preventivo en aquellas personas que están atravesando una crisis y que más rápidamente pueden enfermar o enriquecerse de la situación.

- 12.- Hablando epidemiológicamente es posible ordenar la lista de circunstancias peligrosas según la probabilidad de que produzcan crisis importantes en porcentajes significativos de la población permitiéndonos predecir si un individuo en particular entrará en crisis cuando enfrente una situación de este tipo.
- 13.- Como cualquier cambio en el individuo afecta su rol y en consecuencia altera el sistema social del cual forma parte y esto a su vez ocasiona una alteración recíproca en los roles de los demás y cambios posibles en la satisfacción de sus necesidades es bueno no concentrarse en el individuo en cuestión al punto de perder de vista las alteraciones de las otras personas de su red social, cuya salud mental también pudo haber sufrido daño.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Mencionando las sugerencias que se pueden hacer, creemos que esta es una investigación que por sus características queda abierta para incluir más años de revisión, principalmente los últimos, además de abrirla a nivel internacional, por lo menos a nivel latinoamericano, debido a que en otros países se ha revisado más ampliamente el tema y se pueden retomar algunos aspectos para aplicarlos en México. También se sugiere incluir algunos otros aspectos específicos del tema, como puede ser el lenguaje que se utiliza para difundirlo en los medios masivos de comunicación, que tan relevantes son los programas de prevención de acuerdo a las necesidades de la población, que tan especializadas son las acciones a implementar, es decir, que profesionales o que personas pueden participar en la elaboración y aplicación de programas preventivos.

Las limitaciones de este estudio son que el número de fuentes revisadas puede ampliarse, el tiempo como ya se mencionó y abrirla a nivel internacional.

También nos limitó el hecho de que en algunas fuentes la información no está accesible al público que la busca, tanto por la desorganización de la fuente, como por la poca disponibilidad de la gente que la maneja.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Páidos, Buenos Aires, 1986.
- Beltran, B.F. Función de los Niveles de Atención Médica. Salud Pública de México. Vol. 24, No. 5, p 485-487, 1982.
- Blum, M. Un programa de Psiquiatría Comunitaria en Santa Ursula Coapa D.F.. Salud Mental. Vol. 2, No. 1 p. 19-22, Marzo 1979.
- Caballero, P.R. Familia y Educación. Enseñanza más Aprendizaje. Vol. 3, p. 9-23, 1982.
- Caplan, G. Principio de Psiquiatría Preventiva. Ed. Páidos, 1985.
- Erickson, E.H. Infancia y Sociedad. Ed. Hormé, 1966.
- Espinoza, L.U.M. Prevención para la Salud. Editor Francisco Méndez Cervantes, 1983.
- Foncerrada, M. La Prevención de Trastornos Emocionales en la Niñez. Salud Mental. Vol. 6 p. 11-14, 1983.
- Frenk, J. De la Educación para la Salud a la Calidad de Vida. Gaceta Médica de México. Vol. 116, No. 9, p. 384-386, 1980.
- Jaspers, K. Psicopatología General. Buenos Aires. Beta, 1951.
- Lafitte, B.J. Manual de Técnicas de Evaluación. Ed. Nueva Generación México, 1980.
- Mager. Preparación de Objetivos de Instrucción. Ed. UNAM, 1987.

- Medina, P.J. La Comunicación Social y la Prevención de Problemas de Comportamiento. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. IV No. 2 (8), p. 231-237, 1978.

- Nava, C. Guel J., Santos G. y González, A. Atención Primaria de la Salud, Medicina Comunitaria. Gaceta Médica de México. Vo. 117, No. 1, p. 4-7, 1981.

- Pucheo, C. Atención Primaria y Fomento a la Salud Mental. Revista IMSS. México, 1985.

- Pucheo, R.C. Panorama del Campo de la Psiquiatría Social. Memorias del Simposio "La Psiquiatría en la Medicina Actual", Instituto Syntex, 1981.

- Rodríguez, D.J. y López, A.D. La Integración de las Actividades Preventivas y Curativas en el Contacto Primario en los Medios Urbanos y Rural. Salud Pública de México. -Vo. 9 No. 2 p. 165-170, 1977.

- Ruíz, R.H. Acerca de los conceptos de Salud y Enfermedad. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol. 22, p. 267, 1976.

- Sánchez, B, J.J. Proyecto de Investigación sobre Sistemas de Información. Material sin publicar.

- Saucedo, G.J.M. y Foncerrada, M.M. Los Problemas Familiares y sus repercusiones en el Niño. Revista Médica. Vo. 23, No. 2, p. 159-167, 1985.

- Sluzki, C. Síntomas Físicos y Síntomas Psíquicos. Ed. Buenos Aires. Afizer, 1969.

- Souza y M. y Escotto, M.J. Controversias en torno a la Privación Afectiva en la Infancia. Sus causas, efectos y prevención. Salud Mental. Vol. 8, p. 39-50, 1985.

- Souza y M. Educación para la Salud Mental: Esperanza del Cambio. Manual del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1984.
 - Souza y M. Expresión de la Salud Integral. Manual del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1984.
 - Souza y M. La Atención Primaria y la Educación para la Salud Mental. Salud Mental. Vol. 7, p. 15-21, 1984.
 - Villareal, R. Educación de la Comunidad para la Salud. Gaceta Médica de México. Vol. 115, No. 7, p. 291-300, 1979.
 - Wolf, W. Introducción a la Psicopatología. Ed. F.C.E., 1970.
-

ANEXO 1

MANUAL DE CODIFICACION

11 - Documento de Trabajo - 2011 - 11/11/2011

" EL PAPEL DE LAS PUBLICACIONES NACIONALES EN EL
DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA CLINICA "

MANUAL DE CODIFICACION

TEMA: PREVENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL

CLAVE:

INSTRUCCIONES:

a) ANOTE EN LAS DOS PRIMERAS CASILLAS EL NUMERO DEL TEMA QUE LE CORRESPONDA

b) EN LA TERCERA CASILLA ANOTE EL NUMERO DEL CODIFICADOR (1, 2 ó 3) DEPENDIENDO DEL ORDEN ALFABETICO

c) EN LAS ULTIMAS CUATRO CASILLAS ANOTE EL NUMERO EN LA HOJA DE REGISTRO, (VER HOJA DE REGISTRO) ANTECEDIENDO CON CEROS AL NUMERO INICIAL.

1.1 TEMA : 01 a 10

--	--

9 10

INSTRUCCIONES: ANOTE EN LAS CASILLAS EL NO. QUE CORRESPONDA:

- 01 PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL
- 02 PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN PROBLEMAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA
- 03 PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN EL NIÑO
- 04 PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN PROBLEMAS DE FAMILIA
- 05 PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN PROBLEMAS DE MARGINALIDAD Y TRANSCULTURACIÓN
- 06 PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN PROBLEMAS DE VIOLENCIA SOCIAL
- 07 PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO
- 08 PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN PROBLEMAS DE TABAQUISMO
- 09 PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN PROBLEMAS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA
- 10 PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN PROBLEMAS DE DESASTRES CIVILES

2.1 FUENTE DE INFORMACION

INSTRUCCIONES: ANOTE EN LAS CASILLAS EL NO. QUE CORRESPONDA

BANCO DE INFORMACION COMPUTARIZADO : 1 a 9

--	--

11 12

00 OTRA FUENTE DE INFORMACION

01 CICH. CENTRO DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y HUMANISTICA

02 CONACYT. CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

03 CENIDS

04 OTRO BANCO DE INFORMACION COMPUTARIZADO

BIBLIOTECAS

--	--

13 14

00 OTRA FUENTE DE INFORMACION (NO BIBLIOTECA)

01 BIBLIOTECA DE ESTUDIOS PROFESIONALES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA (UNAM)

02 BIBLIOTECA DE POSTGRADO. FACULTAD DE PSICOLOGIA (UNAM)

03 BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA MEDICA. (FACULTAD DE MEDICINA)

04 BIBLIOTECA CENTRAL

05 BIBLIOHEMEROTECA (UNAM)

06 BIBLIOTECA ENEP-ZARAGOZA (ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES)

07 BIBLIOTECA ENEP-IZTACALA (ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES)

08 BIBLIOTECA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNAM

09 BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD FEMENINA

10 BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

11 BIBLIOTECA DEL HOSPITAL INFANTIL

12 OTRAS BIBLIOTECAS

ASOCIACIONES CIENTIFICAS O PROFESIONALES

--	--

15 16

- 00 OTRA FUENTE DE INFORMACION
- 01 AMPAG. ASOCIACION MEXICANA DE PSICOTERAPIA ANALITICA DE GRUPO
- 02 SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGIA
- 03 INSTITUTO DE LA FAMILIA
- 04 SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD MENTAL A.C.
- 05 SOCIEDAD PSICOANALITICA MEXICANA A.C.
- 06 INSTITUTO MEXICANO DE PSICOANALISIS A.C.
- 07 ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA A.C.
- 08 ASOCIACION MEXICANA DE PSIQUIATRIA INFANTIL
- 09 SOCIEDAD MEXICANA DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA A.C.
- 10 OTRA ASOCIACION——

INSTITUCIONES Y ORGANISMOS

--	--

17 18

- 00 OTRA FUENTE DE INFORMACION
- 01 IMSS. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
- 02 CONAPO. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION
- 03 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
- 04 INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
- 05 INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA
- 06 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA CLINICA Y SOCIAL IIPCS.
- 07 OMS. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
- 08 OPS. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

- 09 CONSEJO NACIONAL PARA LA ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN PSICOLOGIA
10 OTRAS

EDITORIALES

--	--

19 20

- 01 PUBLICACIONES UNAM
02 EDITORIAL TRILLAS
03 EDITORIAL DEL FONDO DE CULTURA ECONOMICA (F.C.E.)
04 ANUIES (EDITORIAL ASOCIACION NACIONAL DE UNIVERSIDADES E INSTITUTOS DE ENSEÑANZA SUPERIOR)
05 EDITORIAL DIANA
06 EDITORIAL PORRUA
07 EDITORIAL GRIJALBO
08 OTRAS

3.1 PERIODO DE LA PUBLICACION ■ 01 a 10

--	--

21 22

INSTRUCCIONES: ANOTE EN LAS CASILLAS EL NO. QUE CORRESPONDA

- 00 SE IGNORA EL PERIODO DE LA PUBLICACION
01 28 DE FEBRERO 1986 AL 10. DE ENERO DE 1985
02 1984 10. ENERO A 31 DE DICIEMBRE 1984
03 1983 10. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 1983
04 1982 10. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 1982
05 1981 10. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 1981
06 1980 10. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 1980

- 07 1979 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 1979
 08 1978 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 1978
 09 1977 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 1977
 10 1976 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 1976

4.1 TIPO DE PUBLICACION * ■ 1 a 9



23

SE ANOTARA

- LIBRO
- 2 REVISTA
- 3 TESIS
- 4 MEMORIAS
- 5 MANUALES O TRATADOS
- 6 FOLLETOS Y/O PANFLETOS
- 7 REPORTE INTERNO
- 8 COMPILACION
- 9 OTROS

5.1 CARACTER DE LA PUBLICACION

24

INSTRUCCIONES: ANOTE EN LAS CASILLAS EL NO. QUE CORRESPONDA

- DIFUSION
- 2 INVESTIGACION
- 3 TEXTO ESCOLAR

6.1 NUMERO DE EDICIONES:

--	--

25 26

95

INSTRUCCIONES: ANOTE EN LAS CASILLAS EL NO. QUE CORRESPONDA.

00 SE IGNORA EL NO. EDICIONES

01 UNA EDICION

02 DOS EDICIONES

03 TRES EDICIONES

04 CUATRO EDICIONES

NOVENTA Y NUEVE EDICIONES -

7.1 NO. DE EJEMPLARES: 01 a 10

--	--

27 28

SE ANOTARA:

00 SE IGNORA EL NUMERO DE EJEMPLARES

01 1 a 500 EJEMPLARES

02 501 a 1000 EJEMPLARES

03 1001 a 1500 EJEMPLARES

04 1501 a 2000 EJEMPLARES

05 2001 a 2500 EJEMPLARES

06 2501 a 3000 EJEMPLARES

07 3001 a 3500 EJEMPLARES

08 3501 a 5000 EJEMPLARES

09 5001 a 8500 EJEMPLARES

10 8501 O MAS EJEMPLARES

8.1 PUBLICACION IMPRESA EN MEXICO ■

107

SI LA PUBLICACION SE IMPRIMIO EN TERRITORIO MEXICANO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA DONDE FUE IMPRESO

■ SI FUE IMPRESO EN MEXICO

2 NO FUE IMPRESO EN MEXICO

9.1 AUTOR MEXICANO

108

SI EL AUTOR DE LA PUBLICACION ES MEXICANO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA LA NACIONALIDAD DEL AUTOR

■ EL AUTOR DE LA PUBLICACION ES MEXICANO

2 EL AUTOR DE LA PUBLICACION NO ES MEXICANO

10.1 TEMA ORIGINADO EN MEXICO

109

SI LA PUBLICACION ESTA BASADA EN ESTUDIOS REALIZADOS EN MEXICO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA ESTE DATO

■ LA PUBLICACION SE BASA EN ESTUDIOS REALIZADOS EN MEXICO

2 LA PUBLICACION NO SE BASA EN ESTUDIOS REALIZADOS EN MEXICO

11.1 PUBLICACION IMPRESA EN EL EXTRANJERO

110

SI EL AUTOR DE LA PUBLICACION IMPRESA EN EL EXTRANJERO ES MEXICANO O EXTRANJERO, SE TOMARAN EN CUENTA LAS PUBLICACIONES EXTRANJERAS QUE SE REFIERAN A MEXICO. SE ANOTARA.

- 0 SE IGNORA ESTE DATO
- EL AUTOR DE LA PUBLICACION EXTRANJERA ES MEXICANO
- 2 EL AUTOR DE LA PUBLICACION EXTRANJERA NO ES MEXICANO
- 3 NO ES PUBLICACION EXTRANJERA

CRITERIOS CLINICOS

12.1 EDUCACION PARA LA SALUD



-111-

-112

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

- 0 SE IGNORA ESTE DATO
- LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA
- 2 NO SE REFIERE AL TEMA

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD EN FORMA EXPLICITA O IMPLICITA EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

- SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA
- 2 SE REFIERE EN FORMA IMPLICITA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO
- 8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

13.1 ETIOLOGIA

113

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE ETIOLOGIA DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

- 0 SE IGNORA ESTE DATO
- 1 LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA
- 2 LA PUBLICACION NO SE REFIERE AL TEMA

114

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION DE ETIOLOGIA EN FORMA EXPLICITA O IMPLICA EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

- 1 SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA
- 2 SE REFIERE EN FORMA IMPLICA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO
- 8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

14.1 DIAGNOSTICO

115

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE DIAGNOSTICO DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

- 0 SE IGNORA ESTE DATO
- 1 LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA
- 2 LA PUBLICACION NO SE REFIERE AL TEMA

116

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION DE DIAGNOSTICO EN FORMA EXPLICITA O IMPLICA EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

- 1 SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA
- 2 SE REFIERE EN FORMA IMPLICA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO
- 8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

15.1 PREVALENCIA



119

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE PREVALENCIA DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA ESTE DATO

- LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA
- 2 LA PUBLICACION NO SE REFIERE AL TEMA



120

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION DE PREVALENCIA EN FORMA EXPLICITA O IMPLICITA EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

- 1 SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA
- 2 SE REFIERE EN FORMA IMPLICITA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO
- 8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

16.1 INCIDENCIA



117

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE INCIDENCIA DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA ESTE DATO

- 1 LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA
- 2 LA PUBLICACION NO SE REFIERE AL TEMA



118

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION DE INCIDENCIA EN FORMA EXPLICITA O IMPLICITA EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

- SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA
- 2 SE REFIERE EN FORMA IMPLICITA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO
- 8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

17.1 PREVENCIÓN



121

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE PREVENCIÓN DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA ESTE DATO

1 LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA

2 LA PUBLICACION NO SE REFIERE AL TEMA



122

SI LA PUBLICACION CONTIENE TIENE INFORMACION DE LA PREVENCIÓN EN FORMA EXPLICITA O IMPLICITA EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

1 SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA

2 SE REFIERE EN FORMA IMPLICITA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO

8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

18.1 PRONOSTICO



123

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE PRONOSTICO DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA ESTE DATO

1 LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA

2 LA PUBLICACION NO SE REFIERE AL TEMA



124

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION DE PRONOSTICO EN FORMA EXPLICITA O IMPLICITA EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

1 SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA

2 SE REFIERE EN FORMA IMPLICITA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO

8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

11-0064125

19.1 INSTRUMENTOS DE MEDICION PSICOLOGIA (PSICOMETRICOS Y PROYECTIVOS)

125

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE INSTRUMENTOS DE MEDICION PSICOLOGICA DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA ESTE DATO

LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA

2 LA PUBLICACION NO SE REFIERE AL TEMA

126

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION DE INSTRUMENTOS DE MEDICION PSICOLOGICA EN FORMA EXPLICITA O IMPLICITA, EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

1 SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA

2 SE REFIERE EN FORMA IMPLICITA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO

8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

20.1 PSICOPATOLOGIA

127

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE PSICOPATOLOGIA DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA ESTE DATO

LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA

2 LA PUBLICACION NO SE REFIERE AL TEMA

128

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION DE PSICOPATOLOGIA EN FORMA EXPLICITA O IMPLICITA EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

1 SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA

2 SE REFIERE EN FORMA IMPLICITA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO

8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

21.1 REHABILITACION



129

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE REHABILITACION DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA ESTE DATO

LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA

2 LA PUBLICACION NO SE REFIERE AL TEMA



130

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION DE REHABILITACION EN FORMA EXPLICITA O IMPLICITA EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

1 SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA

2 SE REFIERE EN FORMA IMPLICITA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO

8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

22.1 TRATAMIENTO



131

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION SOBRE TRATAMIENTO DEL TEMA (01 a 10) EN EL PRIMER CASILLERO SE ANOTARA:

0 SE IGNORA ESTE DATO

1 LA PUBLICACION SI SE REFIERE AL TEMA



132

SI LA PUBLICACION CONTIENE INFORMACION DE TRATAMIENTO EN FORMA EXPLICITA O IMPLICITA EN EL SEGUNDO CASILLERO SE ANOTARA:

SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA

- 2 LA PUBLICACION NO SE REFIERE AL TEMA
- 2 SE REFIERE EN FORMA EXPLICITA, ES DECIR, SE INFIERE DEL TEXTO
- 8 ESTE DATO NO PROCEDE, ES DECIR, CUANDO EN EL PRIMER CASILLERO SE HAYA ANOTADO 2.

CORRIENTES PSICOLOGICAS

23.1 CORRIENTE BIOLOGICA U ORGANICISTA

133

SI EL CONTENIDO DE LA PUBLICACION SE FUNDAMENTA EN LA CORRIENTE BIOLOGICA U ORGANICISTA SE ANOTARA:

- 0 SE IGNORA ESTE DATO
- 1 SE FUNDAMENTA
- 2 NO SE FUNDAMENTA O SOLO SE MENCIONA

24.1 CORRIENTE COGNITIVA



134

SI EL CONTENIDO DE LA PUBLICACION SE FUNDAMENTA EN LA CORRIENTE COGNITIVA

- 0 SE IGNORA ESTE DATO
- SE FUNDAMENTA
- 2 NO SE FUNDAMENTA O SOLO SE MENCIONA

25.1 CORRIENTE CONDUCTUAL

135

SI EL CONTENIDO DE LA PUBLICACION SE FUNDAMENTA EN LA CORRIENTE CONDUCTUAL SE ANOTARA:

- 0 SE IGNORA ESTE DATO
- SE FUNDAMENTA
- 2 NO SE FUNDAMENTA O SOLO SE MENCIONA

26.1 CORRIENTE CULTURALISTA

136

SI EL CONTENIDO DE LA PUBLICACION SE FUNDAMENTA EN LA CORRIENTE CULTURALISTA SE ANOTARA:

- 0 SE IGNORÁ ESTE DATŌ
- SE FUNDAMENTA
- 2 NO SE FUNDAMENTA O SOLO SE MENCIONA

27.1 CORRIENTE PSICODINAMICA O PSICOANALITICA

137

SI EL CONTENIDO DE LA PUBLICACION SE FUNDAMENTA EN LA CORRIENTE PSICODINAMICA O PSICOANALITICA SE ANOTARA:

- 0 SE IGNORA ESTE DATO
- SE FUNDAMENTA
- 2 NO SE FUNDAMENTA O SOLO SE MENCIONA

28.1 CORRIENTE SOCIOLOGICA

138

SI EL CONTENIDO DE LA PUBLICACION SE FUNDAMENTA EN LA CORRIENTE SOCIOLOGICA SE ANOTARA:

- 0 SE IGNORA ESTE DATO
- SE FUNDAMENTA
- 2 NO SE FUNDAMENTA O SOLO SE MENCIONA

29.1 OTRAS CORRIENTES PSICOLOGICAS

139

SI EL CONTENIDO DE LA PUBLICACION SE FUNDAMENTA EN CORRIENTE(S) PSICOLOGICA (S) DISTINTA (S) MENCIONADA (S) SE ANOTARA:

- 0 SE IGNORA ESTE DATO
- 1 OTRA ESPECIFIQUE

30.1 SISTEMA DE REFERENCIA

EN EL CASO DE LIBROS SE ANOTARA:

- 1o. AUTOR (COMENZANDO POR APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S))
- 2o. TITULO DEL LIBRO
- 3o. EDITORIAL
- 4o. AÑO

EN EL CASO DE REVISTA SE ANOTARA:

- 1o. AUTOR (COMENZANDO POR APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S))
- 2o. TITULO DEL ARTICULO
- 3o. NOMBRE DE LA REVISTA
- 4o. NUMERO DEL VOLUMEN
- 5o. PAGINAS
- 6o. AÑO

EN EL CASO DE TESIS SE ANOTARA:

- 1o. AUTOR (APELLIDO PATERNO, MATERNO NOMBRE (S))
- 2o. TITULO DE LA TESIS
- 3o. UNIVERSIDAD-GRADO
- 4o. AÑO-GRADO

EN EL CASO DE MEMORIAS SE ANOTARA SEGUN EL TIPO DE PUBLICACION DE QUE SE TRATE:

- LIBRO, REVISTA, OBRE DE CONSULTA, INFORMACION DOCU
MENTAL
- FUENTE DE INFORMACION DONDE SE ENCUENTRA LA MEMORIA
ANALIZADA

EN CASO DE REPORTE INTERNO SE ANOTARA:

- 1) AUTOR (INSTITUCION)
- 2) TITULO O TEMA
- 3) EDITORIAL

- 4) AÑO
- 5) NUMERO

EN CASO DE FOLLETOS Y PANFLETOS SE ANOTARA:

- 1) AUTOR
- 2) TITULO O TEMA
- 3) EDITORIAL

31.1 CLAVE ORIGINAL

- AQUI SE ANOTARA LA CLAVE ORIGINAL DE COLOCACION DE LA PUBLICACION EN EL LUGAR DONDE SE ESTA RECOGIENDO LA INFORMACION (BANCO DE DATOS, BIBLIOTECAS, EDITORIALES, ETC.)

32.1 FICHA BIBLIOGRAFICA

- SI EXISTE RESUMEN DE LA PUBLICACION SE COPIARA TEXTUAL
- EN CASO CONTRARIO SE ELABORARA UN EXTRACTO DE LA INFORMACION
- EN CASO DE QUE SEA UNA INVESTIGACION, SE ANOTARA:

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

PROCEDIMIENTO

RESULTADOS Y ALCANCES

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REVISO LA PUBLICACION

ANEXO 2

HOJA DE REGISTRO

Cédula de Registro

Clave

--	--	--	--	--	--	--	--

- Tema

--	--

- Fuente de Información: a) Banco de Información
Computarizada

--	--

b) Bibliotecas

--	--

c) Asociación Profesional

--	--

d) Instituciones

--	--

- Editoriales

--	--

Características de las Publicaciones

- Período de la Publicación

--	--

- Tipo de Publicación

--

- Caracter de la Publicación

--

- Número de Ediciones

--	--

- Número de Ejemplares

--	--

- Publicación Impresa en México

--

- Autor Mexicano
- Tema Originado en México
- Publicación Extranjera

Criterios Clínicos

- a Educación para la Salud
- b Etiología
- c Diagnóstico
- d Incidencia
- e Prevalencia
- f Prevención
- g Pronóstico
- h Pruebas o Instrumentos psicológicos
- i Psicopatología
- j Rehabilitación
- k Tratamiento

Corrientes Psicológicas

a Corriente Biológica u Organicista

--	--

b Corriente Cognitiva

--	--

c Corriente Conductual

--	--

d Corriente Culturalista

--	--

e Corriente Psicodinámica o Psicoanalítica

--	--

f Corriente Sociológica

--	--

g Otras Corrientes Psicológicas

--	--

Referencia

- Clave Original

LISTA DE PUBLICACIONES REVISADAS

- 1.- Niño, H.C. y Cadenas, M.M.D. Aplicación de un programa preventivo de alcoholismo empleando una técnica conductual. UNAM, Licenciatura, 1984.
- 2.- De la Fuente, R. La Prevención y la Intervención Temprana en los Desórdenes Mentales de los Niños en los Programas de Salud Mental. Salud Mental, Vol. 3, p. 2-5, 1980.
- 3.- Saward, E. y Sorensen, A. El Enfoque Actual en la Medicina Preventiva. Salud Mental. Vol. 3, p. 18-25, 1980.
- 4.- Río, L.N. y Verduzco, A-I, M.A. Hospital del día un nuevo concepto de Atención Psiquiátrica. Salud Mental. Vol. 5, p. 16-17, 1982.
- 5.- De la Fuente, R. Acerca de la Salud Mental en México. Salud Mental. Vol. 5, p. 22-31, 1982.
- 6.- Foncerrada, M. La Prevención de Trastornos Emocionales en la Niñez. Salud Mental. Vol. 6, p. 11-14, 1983.
- 7.- Lima, B. Las Intervenciones Preventivas y el Registro Triaxial de los Problemas de Salud en la Atención Primaria: Oportunidades y Dificultades. Salud Mental. Vol. 7, p. 10-19, 1984.
- 8.- Souza, M. La Atención Primaria y al Educación para la Salud Mental. Salud Mental. Vol. 7, p. 15-21, 1984.
- 9.- Souza, M y Escotto, M.J. Controversias en torno a la Privación Afectiva en la Infancia, sus causas, efectos y prevención. Salud Mental. Vol. 8, p. 39-50, 1985.

- 10.- Břody, E.B. la Psiquiatría en Relación con la Salud Mental: Una Perspectiva Global. Salud Mental. Vol. 9, p. 3-7, 1986.
- 11.- Cabildo, M.H. y Col. Programa Experimental de Salud Mental en Escuelas Secundarias. Salud Pública de México. Vol. 18, p. 569-580, 1976.
- 12.- Vonkelevich, G. El Uso del Análisis de Factores en la Selección de Vs de Intereses en Salud Pública. Salud Pública de México. Vol 18 No. 4, p. 641-663, 1976.
- 13.- Rodríguez, D.J. y López, A.D. La Integración de las Actividades Preventivas y Curativas en el Contacto Primario en los Medios Urbanos y Rural. Salud Pública de México. Vol. 19 No. 2, p. 165-170, 1977.
- 14.- Loza, S.A. Avances de la Medicina Preventiva en el IMSS en 1975. Salud Pública. Vol. 19 No. 5, p. 665-679, 1977.
- 15.- Ata, Alma. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Salud Pública de México. Vol. 20 No. 6, p. 689-698, 1978.
- 16.- S.S.A. Objetivos y Estrategias del Sector Salud para Alcanzar los mínimos de salud para todos en el año 2000. Salud Pública. Vol. 23 No. 1, p. 49-63, 1981.
- 17.- Martínez, P.D. Humanismos, Tecnología y Salud. Salud Pública de México. Vol. 23 No. 4, p. 379-387, 1981.
- 18.- González, C.E. Como la Educación para la Salud puede promover la Salud para todos a través de la Participación de la Comunidad en el Ambiente Urbano. Salud Pública de México. Vol. 24 No. 1, p. 49-54, 1982.
- 19.- Beltran, B.F. Función de los Niveles de Atención Médica. Salud Pública de México. Vol. 24 No. 5, p. 485-487, 1982.

- 20.- De la Fuente, R. La Prevención en el Campo de Salud Mental. Salud Pública de México. Vol. 27 No. 5, p. 373-374, 1985.
- 21.- Lima, R.B. La Atención Primaria en Salud Mental. Salud Pública. Vol. 28 No. 4, p. 354-360, 1986.
- 22.- Laguna, J. Formación del Personal Profesional y Auxiliar de la Salud.: El Equipo de la Salud. Gaceta Médica de México. Vol. 113 No. 2, p. 51-65, 1977.
- 23.- Laguna, J. Los Niveles de Atención de la Salud en México. Gaceta Médica de México. Vol. 114 No. 5, p. 201-205, 1978.
- 24.- Loza, S.A. La Importancia de la Medicina Preventiva. Gaceta Médica de México. Vol. 115 No. 3, p. 135-144, 1979.
- 25.- Villareal, R. y Vasconcelos, R. Educación de la Comunidad para la Salud. Gaceta Médica de México. Vol. 115 No. 7, p. 291-300, 1979.
- 26.- Sepulveda, B. y Laguna J. Medicina Social y Salud de la Comunidad. Gaceta Médica de México. Vol. 116 No. 1, p. 9-21, 1980.
- 27.- Velazco, A.J.M. La Salud Mental. Gaceta Médica de México. Vol. 116 No. 9, p. 390-391, 1980.
- 28.- Cesarman, E. y Llanes, J. Los Programas de Higiene Escolar de la SEP. Gaceta Médica de México. Vol. 116 No. 9, p. 391-193, 1980.
- 29.- Villareal, R. La Comunidad del Programa y los Medios de Difusión. Gaceta Médica de México. Vol. 116 No. 9, p. 395-396, 1980.
- 30.- Frenk, J. De la Educación para la Salud a la Calidad de Vida. Gaceta Médica de México. Vol. 116 No. 9, p. 384-386, 1980.

- 31.- Brengelman, J.C. Psicología Clínica en la Salud Mental. Psicología. No. 9, p. 26-31, 1976.
- 32.- López, G.M. y Alarcon, A.M. Psicología y Prevención. Enseñanza es Investigación en Psicología. Vol. 11 No. 1 y 2, p. 163-168, 1982.
- 33.- Garrido, C. Las Enfermedades de la Conducta. Información Científica y Tecnológica. Vol. 6 No. 88, P. 18-21, 1984.
- 34.- Hernández, M.R. Higiene Mental. UNAM. Licenciatura, 1976.
- 35.- Frenk, J. Salud, Educación y Medicina: Espectativas y Limitaciones. Ciencia y Desarrollo. No. 26, p. 133-138, 1979.
- 36.- Fernández, V.H. Areas Prioritarias de la Salud Pública. Simposio Avances en la Consolidación de Sistema Nacional de Salud. Gaceta Médica de México. Vol. 120 No. 5, p. 155-188, 1984.
- 37.- Laguna, J. Los Servicios de Salud, Niveles de Atención. Escalamiento Regionalización y Coberturas. Gaceta Médica de México. Vol 120 No. 5, p. 188-200, 1984.
- 38.- Nava, C. Zuel, J. Santos, G. y González, A. Atención Primaria de la Salud, Medicina Comunitaria. Gaceta Médica de México. Vol. 117 No. 1, p. 4-7, 1981.
- 39.- Raquel, S. La Importancia de la Escuela en la Salud Mental y la lucha contra las drogas. CEMEF Informa. Vol. 4 No. 2, 1976.
- 40.- De la Garza, F. y Rabago, S. Evaluación de las Técnicas de Teatro Popular como medida preventiva en las escuelas. CEMESAM. Vol. 12, p. 205-224, 1980.
- 41.- Bialik, R. Un enfoque antropológico para el estudio biopsicosocial de los habitantes de una venedad en el barrio de Tepito. CEMESAM. Vol. 12, p. 173-192, 1979.

- 42.- Laving, V.D. La Prevención Primaria del Alcoholismo, una Alternativa para la Promoción de la Salud Mental por T.V. UNAM Licenciatura, 1985.
- 43.- Casillas, L. Educación del Proyecto Experimental de Educación Preventiva para Grupos Marginados Urbanos. Rev. Latinoamericana de Estudios Educativos. Vol. 11 No. 4, p. 13-33, 1981.
- 44.- Garrido, C. Medicina Preventiva. Información Científica y Tecnológica. Vol. 5 No. 79, p. 13-14, 1982.
- 45.- Caballero, P.R. Familia y Educación. Enseñanza más Aprendizaje. Vol 3, p. 9-23, 1982.
- 46.- Romero, M.L. Prevención Primaria de Deterioro en las Relaciones Familiares. Efectos de un Sistema Televisado de Educación para la Salud. UNAM, Licenciatura, 1986.
- 47.- De la Fuente, R.J.R. Los Ecosistemas como Perspectivas en la Salud Mental. Salud Mental. Vol. 1, Año 1, No. 3, p. 24-25, 1978.
- 48.- Medina, P.J. La Comunicación Social y la Prevención de Problemas de Comportamiento. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 9 No.2 (8), p. 231-237, 1978.
- 49.- De la Fuente, M.R. La Salud Mental en México. Salud Mental. Vol. 1 No. 1, p.4-21, 1977.
- 50.- Sartorius, N. Nuevo Programa de la Salud Mental en la OMS. Salud Mental. Vol. 1 No. 2, p. 6-9, 1978.
- 51.- De la Fuente, R. El Ambiente y la Salud Mental. Salud Mental. Vol. 2 No. 1, p. 6-9, 1979.
- 52.- Blum, M. Un Programa de Psiquiatría Comunitaria en Santa Ursula Coapa, D.F. Salud Mental. Vol. 2 No. 1, p. 19-22, 1979.

- 53.- Flores, I.G. y Meuregh, H.C. Papel del Médico General en los Cuidados de la Salud. Revista Médica. Vol. 18 No. 5, p. 415-418, 1979.
- 54.- Saucedá, G.J.M. y Foncerrada, M. Los Problemas Familiares y sus Repercusiones en el Niño. Revista Médica. Vol. 23 No. 2, p. 159-167, 1985.
- 55.- Servin, P.J. La Salud en México y las Comunidades Rurales. Revista Facultad Medicina, UNAM. Vol. 27 No. 4, p. 134-135, 1984.
- 56.- Laguna, J. La Salud y la Seguridad Social en México. Revista Facultad de Medicina, UNAM. Vol. 19 No. 2, p. 2-5, 1976.
- 57.- Rodríguez, D.J. La Investigación de Nuevos Sistemas de Atención para la Salud. Revista Facultad Medicina, UNAM. Vol. 19 No. 19, p. 2-4, 1976.
- 58.- Rodríguez, A.J. La Formación de Recursos Humanos y de Equipos de Trabajo para la Salud. Revista Facultad Medicina, UNAM. Vol. 19 No. 5, p. 2-3, 1976.
- 59.- Miembros del Comité. Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental. Educación Media y Salud. Vol. 15 No. 2, p. 185-193, 1981.
- 60.- Beirana, L. Medicina Preventiva o Prevención en Medicina. Revista Facultad Medicina, UNAM. Vol. 20 No. 9, p. 2-3, 1977.
- 61.- Velazco, F.R. El Derecho a la Salud. Revista Facultad Medicina UNAM. Vol. 22 No. 4, p. 2-5, 1979.
- 62.- García, A.J. y Rodríguez, D.J. Evaluación, Mecanismo para la ~~Prevención~~ Prevención y Programación en Salud. Revista Facultad Medicina, UNAM. Vol. 22 No. 8, p. 12-17, 1979.

- 63.- Alonso, B.P. Educación para la Salud. Revista Facultad Medicina, UNAM. Vol. 24 No. 6, p. 2-3, 1981.
- 64.- Cano, V.F. Medicina Familiar, Psicología Médica y Psiquiatría. Revista Facultad Medicina, UNAM. Vol. 27 No. 10, p. 458-461, 1984.
- 65.- Pinedo, R.H.M. La Influencia de Servicios de Salud Mental en una Comunidad Determinada de Especialistas en Psiquiatría. UNAM Licenciatura, 1984.
- 66.- Llorens, J.A. Educación Permanente en Salud, Posibilidades y Limitaciones. Educación Media y Salud. Vol. 20 No. 4, p. 513-521, 1986.
- 67.- Garret, E. Funciones del Médico en la Atención Primaria de Salud. Educación Media y Salud. Vol. 15 No. 3, p. 249-255, 1981.
- 68.- Tocaven, G.R. Higiene Mental. Ed. Edicó1, 1976.
- 69.- Salud Mental y Desarrollo Psicosocial del Niño. Informe de un Comité de Expertos de la OMS, 1977.
- 70.- Ronald, H. Dianética: La Ciencia Moderna de la Salud Mental. Ed. Publicaciones Dianéticas DAZET, 1977.
- 71.- Iartique, M.T. Una Aproximación al Dialogo del Estado Actual de la Salud Mental en México. Revista Mexicana de Psicología. Vol. ■ p. 27-41, 1984.
- 72.- Knox. La Epidemiología en la Planificación de la Atención a la Salud. Ed. Siglo XXI, 1981.
- 73.- Caplan, G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Ed. Paidós, 1980.
- 74.- Espinoza y de Leon, V.M. Prevención para la Salud. Editor. Francisco Méndes Cervantes, 1983.

- 75.- Paul, V.L. Higiene Mental. Ed. FCE, 1977.
- 76.- Higashida, H.B. Ciencias de la Salud. Ed. Mc. Graw Hill, 1983.
- 77.- Barrera, T.G. Test para detección precoz de los Trastornos de Desarrollo en el Lactante. Psicología. Vol. 37, p. 30-37, 1984.
- 78.- Thomas, J.J. Publicación de la Fundación Pro Juventute y la Sociedad Suiza de Medicina Preventiva en colaboración con los Cuerpos Docentes: Educación para la Salud. Ed. Kapelusz, 1976.
- 79.- Calderon, N.G. Salud Mental Comunitaria. Ed. Trillas, 1984.
- 80.- Mejia, G.L. Promoción de la Salud Mental en una Zona de Alto Riesgo. Universidad Iberoamericana. Lic., 1982.
- 81.- Pérez, A.M. Programa de Prevención Primaria en Salud. Acta Psiquiátrica y Psicológica en América Latina. Vol. 30, p. 146-150, 1980.
- 82.- Miembros del comité. Atención de Salud Mental en los Países en Desarrollo: Análisis Crítico de los Resultados de las Investigaciones. Serie de Informes Técnicos # 698. 1984.
- 83.- Bullough, B.R.M. y col. Atención Médico de Primer Nivel. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A., 1985.
- 84.- 3er. Congreso Mexicano de Psicología. Orientación Sexual dentro de los Servicios de Salud. Sociedad Mexicana de Psicología, A.C., 1981.
- 85.- IV Congreso Mexicano de Psicología Clínica. La Adherencia Terapéutica al Tratamiento: Un enfoque Preventivo. Sociedad Mexicana de Psicología Clínica .A.C., 1985.
- 86.- Sánchez, S.J.J. Prevención Primaria en Salud Mental; Efectos de su Promoción por los medios masivos de comunicación electrónica.

- 87.- IV Congreso Mexicano de Psicología. La Educación para la Salud en el Tratamiento del Habito Tabaquico. Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, A.C., 1985.
- 88.- ROEL, G. Modelo de Intervención Previa Breve para Familias afectadas por la Ruptura de la Pareja. Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, A.C., 1985.
- 89.- OMS 39a. Asamblea Mundial de la Salud, 1986.
- 90.- OPS. Dimensiones Sociales de la Salud Mental. Publicación # 446, 1983.
- 91.- Hassler, R.F. Teoría y Práctica de la Psiquiatría Preventiva: Enseñanza de la Salud Mental en las Escuelas de Salud Pública, OPS. Publicación # 321, 1976.
- 92.- González, V.R. Factores Psicosociales y Atención Primaria en Salud Mental a la Madre y al niño: Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas. OPS Publicación # 461, 1984.
- 93.- Bowlby. Los Cuidados Maternos y la Salud Mental. OPS, 1976.
- 94.- Bermann, S. Mujer, Trabajo y Salud Mental. UAM.