

22
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**"LAS PSICOPATOLOGIAS DEL ESTUDIANTE
UNIVERSITARIO DE PRIMER INGRESO AL NIVEL
SUPERIOR EN LA UNAM Y SU CORRELACION CON
EL RENDIMIENTO ESCOLAR: UNA PROPUESTA DE
INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL".**

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADAS EN TRABAJO SOCIAL**

P R E S E N T A N

GOMEZ TREJO MA. EMILIA

Y

PEREZ MARQUEZ

**LYDIA LA ESCUELA
NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
TESIS Y EXAMENES
PROFESIONALES**



CIUDAD UNIVERSITARIA, D.F.

JULIO, 1990



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I n d i c e

	Página
Introducción.	I
Capítulo 1: Caracterización de la intervención del Trabajo Social en el Área Psiquiátrica.	
1.1. Conceptualización de Trabajo Social.	1
1.2 Breve esbozo histórico del desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico en México.	4
1.3 Objeto-Sujeto de intervención; objetivos, funciones y actividades específicas en el Área Psiquiátrica.	10
Capítulo 2: La Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM.	
2.1. Antecedentes Históricos.	16
2.2. Objetivos y políticas de la institución.	18
2.3 Antecedentes históricos del Servicio de Salud Mental.	19
2.4 Objetivos del Servicio de Salud Mental	21
2.5 Programa del Servicio de Salud Mental.	23
2.6 Trabajo Social en el Servicio de Salud Mental de la DGSM.	25
Capítulo 3: Las psicopatologías que han sido detectadas por el Servicio de Salud Mental en los estudiantes de primer ingreso al nivel superior en la UNAM.	
3.1 Conceptos fundamentales acerca de la salud mental y las psicopatologías.	28
3.1.1 Psicopatologías y adolescencia.	32
3.2 Programa Examen Médico de Primer Ingreso.	34

	Página
3.2.1 Cuestionario General de Salud (Goldberg).	39
3.2.2 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).	41
3.2.3 Entrevista Psiquiátrica Estandarizada	45
3.3 Antecedentes sobre resultados de detección de psicopatologías en estudiantes de primer ingreso a la UNAM.	47
3.3.1 Caracterización de las psicopatologías detectadas en estudiantes universitarios de primer ingreso al nivel superior en la UNAM durante el ciclo escolar 87-88.	50
Capítulo 4: Consideraciones teóricas acerca del rendimiento escolar.	
4.1 Conceptualización de rendimiento escolar.	60
4.2 Parámetros para evaluar el rendimiento escolar.	65
4.2.1 Aprobación-reprobación.	70
4.2.2 Aspectos normativos de carácter general relacionados con el estudio de la aprobación-reprobación.	72
Capítulo 5: Investigación de campo acerca de las psicopatologías del estudiante universitario de primer ingreso al nivel superior en la UNAM y su correlación con la variable aprobación-reprobación, un acercamiento al estudio del rendimiento escolar.	
5.1 Justificación.	74
5.2 Objetivos.	76
5.3 Hipótesis.	77

	Página
5.4 Diseño de la investigación de campo.	77
5.5 Análisis e interpretación de resultados.	80
Capítulo 6: Propuesta de intervención de Trabajo Social.	
6.1 Justificación.	92
6.2 Objetivos.	94
6.3 Funciones y actividades.	95
Conclusiones.	
Sugerencias.	
Bibliografía.	
Anexos.	

INTRODUCCION

El siguiente trabajo de tesis, es el informe de la investigación documental y de campo titulada "Las psicopatologías del estudiante universitario de primer ingreso al nivel superior en la UNAM y su correlación con la variable aprobación-reprobación, un acercamiento al estudio del rendimiento escolar".

De acuerdo con las áreas de intervención del Trabajo Social, se ubica en el área del Trabajo Social Psiquiátrico (y no escolar) porque precisamente la idea, surgió durante la realización del servicio social en el Servicio de Salud Mental de la D.G.S.M. de la UNAM a sugerencia del Jefe de dicho servicio.

En esta institución, uno de los programas que reviste gran importancia, es el del Examen Médico de Primer Ingreso al nivel medio superior y superior, pues de él se derivan los diversos programas de atención a los estudiante universitarios.

Este programa se lleva a cabo año con año y consiste en la aplicación de un examen médico computarizado a todos los estudiantes de primer ingreso.

El EMPI (Examen Médico de Primer Ingreso) como es conocido en el medio, se viene practicando desde el año de 1944, pero fue en 1977 cuando se convirtió en un procedimiento computarizado que ayuda en la detección oportuna de las enfermedades

mediante su aplicación a grandes grupos de población.

Hasta el año de 1985, abarcaba solo aspectos biológicos y socio-económicos mediante un cuestionario y exploración física directa, en 1986 se incluyeron en el EMPI dos test psicológicos: el Cuestionario General de Salud (Goldberg) y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) en los cuales se explora el estado de salud mental del individuo abordando ahora la salud del estudiante universitario en forma triaxial, es decir, desde una perspectiva bio-psico-social.

Otro proyecto de investigación del Servicio de Salud Mental que no se ha realizado en la institución, es el de rendimiento escolar y psicopatologías. Contando con los resultados del área mental del EMPI aplicado en el periodo escolar 87-88, se emprendió la tarea de conocer si las alteraciones y conductas psicopatológicas detectadas después de la aplicación del EMPI a los alumnos del nivel superior, influyen o no en el adecuado desarrollo y aprovechamiento escolar de dichos alumnos.

Para llevar a cabo esta tarea, se realizó esta investigación documental y de campo.

En el capítulo 1, se tratan aspectos generales de Trabajo Social y aspectos específicos sobre la participación del trabajador social en el área psiquiátrica ya que es el área donde ubicamos el presente trabajo. Para enmarcar la incursión del trabajador social en el área de la salud mental, se presenta

un breve esbozo histórico del desarrollo que ha tenido el Trabajo Social Psiquiátrico en México.

En el capítulo 2, se habla de la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM y del Servicio de Salud Mental con la finalidad de ubicar contextualmente el problema motivo de este estudio.

El capítulo 3, versa sobre conceptos fundamentales acerca de la salud mental, del EMPI y de las psicopatologías detectadas en alumnos de primer ingreso, presentando los cuadros clínicos de cada una de ellas.

En el capítulo 4, se abordan aspectos relacionados con el rendimiento escolar que sirvieron de guía para correlacionar rendimiento escolar y psicopatologías, en él se conceptualiza el rendimiento escolar y permite esclarecer el inadecuado uso que se da el concepto rendimiento del cual, desde este momento aclaramos, se aborda tan solo una variable del rendimiento que es la aprobación-reprobación.

En el capítulo 5, se presenta el modelo metodológico desarrollado, que se siguió para la realización de la investigación y el análisis de los resultados que se obtuvieron.

Finalmente presentamos una propuesta de intervención de Trabajo Social para abordar este y otros problemas que se derivan de los resultados del EMPI y las conclusiones a las que se llegó después de haber realizado esta investigación.

Capítulo 1: Caracterización de la intervención del Trabajo Social en el Area Psiquiátrica.

1.1 Conceptualización de Trabajo Social.

Desde que el Trabajo Social surge como profesión especializada, han existido diferentes concepciones acerca de su razón de ser.

Hay quienes lo han ubicado como una técnica por su carácter netamente operativo; o como una tecnología ya que se considera a ésta como un conocimiento particular, gestado para la resolución de problemas; y otros más como una disciplina científica¹ aunque su objeto de intervención no se constituye como objeto de estudio pues no se pretende la producción de conocimientos sino el tratamiento de los problemas sociales.

Tales divergencias, culminaron con el llamado "Movimiento de Reconceptualización del Trabajo Social" sin que hasta el momento se haya llegado a una conceptualización genérica.

Los elementos importantes para llegar a la conceptualización y a la especificidad del Trabajo Social, los podemos encontrar en una amplia y detallada disertación con García Salord Susana² quien nos presenta un estudio muy interesante acerca del tema.

1 Cfr. Susana García Salord. La especificidad del Trabajo Social. E.N.T.S., U.N.A.M., México, 1986 p. 61.

2 Idem.

Sin embargo algo que no se puede negar es que "...la práctica específica del Trabajo Social profesional surge ante la demanda social que generan los grupos sociales carentes de medios que van a contribuir a su reproducción biológica y social".³

En la Escuela Nacional de Trabajo Social de la U.N.A.M., se ha intentado a través de una nueva propuesta curricular para la Licenciatura en Trabajo Social, llegar a una definición genérica de la profesión partiendo de la ubicación del Trabajo Social como profesión, de su desarrollo histórico, de los objetivos y funciones que orientan su intervención y de todos los elementos que constituyen la especificidad, a saber: objeto de intervención, objetivos específicos, función social, los procedimientos y los modelos de intervención.

De esa propuesta curricular tomaremos la siguiente definición genérica de Trabajo Social:

"Se define al Trabajo Social como la profesión que interviene directamente con los grupos sociales que presentan carencias, desorganización o problemas sociales y que por sí mismos no han tenido la posibilidad de resolverlos. Por ello es que promueve la organización de la población para satisfacer sus necesidades y lograr la adecuada actuación de ésta en una sociedad en permanente cambio, buscando con ello, mejorar sus niveles de vida.

3 Propuesta del Plan de estudios de la ENTS. ENTS-UNAM. Documento interno. México, 1986 p. 13.

"Así mismo, el Trabajo Social participa en la organización y el funcionamiento de instituciones y de servicios de bienestar social para la población, los cuales permitan operacionalizar la política social en lo referente a programas de asistencia, promoción social y desarrollo comunitario.

El trabajador social, en consecuencia, es el agente o vínculo de enlace entre los recursos que ofrece la sociedad a niveles público, privado y social, por una parte, y los grupos humanos que demandan servicios y atención por la otra".⁴

Lo anterior se resume en el cuadro⁵ que a continuación se presenta:



4 Idem. p. 111

5 Susana García Salord. Op. cit. p. 34 y 94 bis.

1.2 Breve esbozo histórico del desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico en México.

El campo de intervención del trabajador social está dado por la función del Estado y de las instituciones civiles en un país determinado.

En México, las áreas de intervención que componen el campo profesional del Trabajo Social se han transformado, conforme a la evolución de las propias necesidades sociales, dando origen al surgimiento de algunas áreas de intervención que han logrado consolidarse y extender la acción del Trabajo Social hacia otras nuevas⁶.

El Trabajo Social Psiquiátrico se encuentra en la actualidad como subárea del área de la Salud que se conforma como sigue:

AREA	SUB-AREA
SALUD	Medicina Preventiva.
	Médico-Hospitalaria.
	Medico-Social.
	PSIQUIATRICA.
	Alimentación y Nutrición.

La intervención del trabajador social en esta área surgió cuando el médico psiquiatra al tratar con el paciente psiquiátrico observó que hacían falta datos sobre el ambiente familiar del enfermo y de su entorno social y económico que debían ser investigados por un personal especializado que

⁶ Propuesta del Plan de Estudios. Op. cit. p. 19.

no necesariamente fuera médico, fue entonces que el trabajador social ocupó este lugar.

Antecedentes Históricos.

Nota aclaratoria: desde la aparición de la primera institución dedicada a la salud mental, no estamos hablando del Trabajo Social tal y como lo conocemos, sino de las formas de ayuda previas y autónomas al Trabajo Social.

El primer hospital en América Latina dedicado a la atención de la salud mental fue fundado en la Ciudad de México en el año 1566 por Bernardino Alvarez, ubicado en la calle de la Celada (hoy Venustiano Carranza en el Centro de la Ciudad de México), se llamó Hospital de Convalescientes y Desamparados, Más tarde se trasladó a la Calzada Tlacopan (Calzada México-Tacuba) inmediato a la Iglesia de San Hipólito, razón por la cual también se le conoció como "Hospital de San Hipólito".

En el siglo XVII funcionaba el "Hospital del Divino Salvador" fundado por José Sayago en 1680 dedicado a mujeres dementes.

En este mismo siglo (XVII) los religiosos Antoninos fundaron el "Hospital de San Antonio Abad", para enfermos que llamaban del "fuego sagrado" (histéricos, epilépticos). Este hospital se sostenía con el pago de cuotas por parte de los enfermos.

Ya en el México Independiente, las Reformas dictadas por Juárez sobre la secularización de los bienes de la iglesia marcaron el paso de la atención médica religiosa a la civil. Se crearon la Junta de Beneficencia Pública en 1861 y la

Dirección de Beneficencia Pública en 1877. La atención a la salud mental siguió entonces un modelo psiquiátrico copiado de las formas asistenciales francesas e inglesas, pero el cuidado y la atención de los enfermos mentales no mejoró, por esta razón, "desde 1861 existió el proyecto de crear un 'Hospital General de Dementes' en la huerta del Ex-convento del Carmen, pueblo de San Angel, pero no fructificó. En 1881 una comisión de la Dirección de Beneficencia Pública fue encargada de buscar el lugar propicio para el nuevo hospital. Las intenciones eran sustituir a los hospitales de San Hipólito y Divino Salvador... Se eligió la Hacienda de la Castañeda, y la construcción del Manicomio General comenzó en el año de 1908"⁷.

El Manicomio General fue inaugurado por Porfirio Díaz en 1910 como parte de los festejos del Centenario de la Independencia. Los 20 edificios de que constaba, fueron diseñados para albergar a 800 enfermos, no obstante, llegó a atender hasta 3,500 asilados. Finalmente "La Castañeda" fue desalojada en 1968.

En las décadas siguientes algunas instituciones privadas sustituyeron al estado en la función de cuidar a los enfermos mentales.

Hasta aquí estamos hablando de las llamadas formas de

⁷ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Hoja mensual N° 7. Mayo 1985.

ayuda y asistencia social que fueron unas de origen religioso y otras de principios filantrópicos y humanitarios. Hasta hoy se continua ejerciendo la caridad, la filantropía y la beneficencia simultáneamente con el desarrollo del Trabajo Social como quehacer profesional.

Trabajo Social Psiquiátrico en México.

Para hablar del Trabajo Social Psiquiátrico en México, debemos remitirnos a su surgimiento como especialización, que se ubica en el "Boston Psychopathic Hospital", del estado Massachusetts (Estados Unidos de Norteamérica) en 1913 gracias al esfuerzo del médico psiquiatra Elmer E. Southerd y a la trabajadora social Mary C. Jarret. Ellos en su obra "The Kingdom of Evils". (1922) establecieron los principios y bases de la nueva especialidad, así como los requisitos de educación, instrucción y adiestramiento que deberfan llenar quienes fueran a ejercerla. A esta especialidad la denominaron "Trabajo Social Psiquiátrico".⁸

En México, el Trabajo Social se profesionaliza en 1933 con la creación de la primera escuela de Trabajo Social, con planes de estudio que incluyeron materias como psicología, higiene y sociología. De esta manera se inicia su intervención en instituciones como el Departamento de Prevención Social de la Secretaría de Gobernación, en los programas de Higiene

⁸ Marfa C. Castellanos. Manual de Trabajo Social. Ed. La Prensa Médica. México, 1962 p. 72 y 73.

Mental así como en la Dirección de Asistencia Psiquiátrica de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.); en el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.); en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado (I.S.S.S.T.E.) y en el Hospital de "La Castañeda".

De 1933 y hasta 1960, el trabajador social recibe sólo eventuales pláticas por parte de los psiquiatras.

En 1961 recibe el primer curso sobre psiquiatría, con una duración de tres meses.

De todas estas experiencias en el área psiquiátrica, se genera la necesidad de la participación del trabajador social en equipos multidisciplinarios dentro de las instituciones dedicadas a la salud mental.

Un dato importante es que en las escuelas de Trabajo Social a nivel técnico y licenciatura no existen estudios de maestría o especializaciones que incluyan una preparación académica específica en el campo de la salud mental y que dé respuesta a los perfiles creados por las instituciones de esta área.

En 1977 se inicia el primer curso oficial sobre Trabajo Social Psiquiátrico con un año de duración auspiciado por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.), el Centro de Estudios sobre Farmacodependencia (C.E.M.E.F.) y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina

de la U.N.A.M.

Este curso pretende que el trabajador social al ser vinculado entre el paciente y su ambiente social, esté capacitado en el área psiquiátrica participando en las investigaciones de los trastornos mentales desde su causa, su prevención, su curación y su rehabilitación.

Se ha visto en este breve desarrollo histórico* la importancia que ha ido adquiriendo la participación del trabajador social en las instituciones dedicadas a la salud mental, por ello nos parece bastante acertada la conceptualización que Solomon⁹ hace acerca del trabajador social psiquiátrico.

"El trabajador social psiquiátrico representa brazos y piernas (y cerebro) extras para el psiquiatra clínico. El trabajador social psiquiátrico puede extender los servicios del psiquiatra materialmente en la toma de contacto, recepción, trabajo del caso con el paciente y su familia y cuidado de prosecución. Constituye un miembro esencial del equipo de tratamiento".

*Ver cuadro resumen nº 1

⁹ Phillip Solomon et. al. Manual de Psiquiatría. Ed. El Manual Moderno. México, 1976 p. 360.

Nota: Los datos sobre antecedentes históricos fueron retomados de: María C. Castellanos. Op. cit. p. 72 y 73. Ganón de la Fuente Muñiz. Semblanza de la Salud Mental en México. Revista de Salud Pública de México, Vol. 30 Nº 6 Nov.-Dic. 1988 p. 862. M^a. Luisa Flores González. Antecedentes de la Ayuda en el mundo y en México. E.N.T.S.-U.N.A.M. México 1986 p. 90 y 93. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Hoja mensual Nº 7 mayo 1985.

1.3 Objeto-sujeto de intervención; objetivos, funciones y actividades específicas en el Área Psiquiátrica.

Objeto de intervención.

Se define al objeto de intervención como: "...el fenómeno real y concreto que demanda ser atendido. Es también una construcción intelectual, en la medida en que se le construya como un objeto de estudio, a fin de dar cuenta de él desde una teoría".¹⁰

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, el objeto de intervención del trabajo social psiquiátrico estará constituido por el conocimiento de las causas sociales que inciden en la aparición de los trastornos mentales entendidos estos como: "la forma inadecuada o incorrecta de actuar o reaccionar del sujeto, que se aparta de las normas comúnmente aceptadas por el grupo social en el que vive".¹¹

Sujeto de Intervención.

"Son los individuos, sectores o instancias sociales que están involucrados en la intervención profesional, porque participan de alguna manera significativa en relación con el problema social que se constituye en objeto de intervención".¹²

En este sentido el sujeto serán los individuos que

10 Susana García Salord. Op. cit. p. 20.

11 Oficina de Higiene Mental. Objetivos y actividades. Dirección General de Servicios Médicos U.N.A.M. Depto. de Medicina Preventiva. México, 1983 p. 7-9.

12 Susana García Salord. Op. cit. p. 19.

presentan un trastorno mental, una disminución o pérdida de sus capacidades para disfrutar de una sensación de bienestar y tranquilidad producto de su equilibrio emocional.

Objetivos.

"Señalan lo que se pretende lograr a través de la intervención en el problema instituido como objeto de la misma. Indica el tipo de redefinición que debe sufrir el objeto, a partir de la intervención profesional".¹³

Tanto los objetivos como las funciones del trabajador social psiquiátrico varían de acuerdo a la organización de las instituciones dedicadas a la salud mental, pero en forma general podemos mencionar los siguientes objetivos:

1. Vigilar y favorecer la atención de los desajustes (trastornos mentales) que surjan en los individuos y que interfieren en su bienestar, procurando su incorporación a una vida productiva, basándose en el nivel primario de la salud, la prevención.
2. Realizar acciones preventivas tales como campañas, cursos, pláticas, etc., que permitan disminuir la incidencia de problemas en el área de la salud mental.
3. Detectar en etapas tempranas las diferentes alteraciones en el esfera mental.
4. Promover la salud mental.

¹³ Idem. p. 20

5. Administrar los servicios de salud mental así como la planeación en lo referente a Trabajo Social.
6. Participar con sus habilidades y conocimientos específicos en los proyectos de investigaciones psico-sociales, clínicas y epidemiológicas del equipo de salud.
7. Ofrecer su experiencia de aprendizaje a los demás con los que esté profesionalmente involucrado así como proyectarlos hacia la comunidad.
8. Realizar la investigación y análisis sobre factores estresantes en el área psicosocial de la familia, su interrelación y las repercusiones que éstas han provocado en el paciente y su familia.
9. Llevar a cabo el rescate de los pacientes y su seguimiento.
10. Proporcionar los servicios técnicos y metodológicos adecuados para la terapéutica más satisfactoria, de situaciones invalidantes que presenten los casos, enfatizando el aspecto preventivo, así como rehabilitatorio, a través de la coordinación multidisciplinaria, con acciones intra y extra muros.
11. Formar grupos de orientación sobre problemas específicos dirigidos a la familia de los pacientes.
12. Sistematizar el trabajo asistencial para llegar a efectuar investigaciones en este campo.
13. Colaborar en la capacitación de recursos humanos en el área de Trabajo Social Psiquiátrico.
14. Asistir y participar en diversos eventos académicos intra

y extra institucionales en el área de Trabajo Social Psiquiátrico.

15. Coordinarse con diferentes instituciones para la adecuada derivación de los pacientes.

16. Organizar eventos como: pláticas, cursos, ciclos y talleres de temas médico-psiquiátrico dirigidos a la población en general.

Funciones.

"Función es la incidencia que tiene la intervención en las relaciones sociales involucradas en el objeto de intervención. Es lo que se logra o provoca con la redefinición del problema".¹⁴

Designa también todo tipo de actividad desplegada a favor de los miembros de la sociedad.

FUNCIONES GENERICAS:

INVESTIGACION	PROMOCION	EDUCACION
ENSEÑANZA	ORGANIZACION	INFORMACION
ASISTENCIALES	ORIENTACION	ADMINISTRATIVAS
CANALIZACION	PLANEACION	PROGRAMACION
EJECUCION	EVALUACION	

Actividades.

El trabajador social psiquiátrico trata con gente desde tres aspectos diferentes:

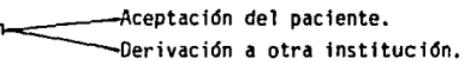
¹⁴ Idem.

- (1) En una relación individual con el paciente o un familiar del mismo para fines del llamado trabajo del caso o psicoterapia individual.
- (2) En la relación de grupos pequeños de gente con fines de proporcionar psicoterapia de grupo.
- (3) En una relación con grandes grupos de gente con fines de organización de la comunidad.

Por lo general desarrolla sus más grandes habilidades en el área de trabajo del caso.

Como se mencionó en el apartado de objetivos, las actividades están delimitadas de acuerdo con los mismos objetivos de la institución de que se trate.

A continuación se presenta el proceso de caso en el área psiquiátrica. (Modelo)

- 1.) Periodo de Admisión 
 - Aceptación del paciente.
 - Derivación a otra institución.
- a) Estudio social de ingreso: en este momento el trabajador social reúne una historia social relacionada con el desarrollo de la enfermedad mental del paciente.
- 2.) Recepción.
 - a) Atenciones intangibles: actividades que tienden a orientar al paciente respecto a su situación en la institución de que se trate, ya sea de hospitalización o de consulta externa.
- 3.) Continuación del trabajo del caso.
 - a) Elaboración del estudio psico-social:
 - Diagnóstico.
 - Plan.

4.) Tratamiento que puede ser:

- Individual
- Orientación familiar.
- Orientación de pareja. En consulta externa u hospitalización.
- Grupal.

Además el trabajador social servirá de enlace entre el paciente y su familia o su comunidad.

5.) Seguimiento del caso.

Realizar un seguimiento de los pacientes durante y después del su tratamiento.

6.) Rescate.

De aquellos pacientes que abandonan su tratamiento.

Capítulo 2: La Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M.

2.1 Antecedentes Históricos.

Los servicios médicos de la U.N.A.M., fueron establecidos para responder a diversas necesidades de salud derivadas de la interacción de los miembros de su comunidad con el medio escolar y la estructura socio-económica de los diferentes estratos sociales que la conforman.

La Dirección General de Servicios Médicos fue creada en el año de 1943 a propuesta del Dr. Samuel Ramírez Moreno, cuando era Secretario de la U.N.A.M. Tiene su origen en un "Servicio Médico Universitario" con la finalidad específica de promover y conservar la salud de la población estudiantil como previamente existía en un sitio diferente un consultorio destinado a dar atención a los empleados de la propia Universidad; en 1947 se fusionaron ambos servicios. Desde entonces se observaron varios cambios de ubicación física y de nombre para estos servicios, designándoseles sucesivamente como "Servicios Médicos Universitarios"; "Centro Médico Universitario" y "Centro de Salud Universitario", hasta que en 1960, se le concedió la jerarquía de Dirección General de Servicios Médicos, jerarquía y designación que conserva hasta la fecha.

De 1943 a 1976 las modificaciones más importantes que pueden citarse en los objetivos, funciones y la magnitud de esta dependencia universitaria son las siguientes:

a) Unificación de los servicios para proporcionar atención médica a estudiantes y empleados en 1947.

b) Introducción en 1956 de diversas actividades tendientes a realizar educación higiénica en los estudiantes. Así mismo el intento de implementar programas para el diagnóstico temprano de enfermedades crónicas.

c) En 1963, instalación de 4 consultorios médicos en diferentes escuelas, con carácter de servicios para la atención de urgencias médicas y establecimiento de servicios auxiliares de diagnóstico.

d) En 1963, son incorporados al I.S.S.S.T.E.: el personal docente, de investigación y de administración.

e) Establecimiento en cada nueva unidad educativa (fuera del área de la Ciudad Universitaria), de un servicio médico de urgencia para los estudiantes.

f) De 1973 a 1974 introducción de las funciones de docencia. Coordinación con la Facultad de Medicina y con diversas Facultades y Escuelas de la U.N.A.M. para el desarrollo del servicio social en los ciclos estipulados por esas Escuelas y Facultades. Además iniciar programas de investigación tendientes a conocer el estado y/o problemas de salud de la población estudiantil y del pueblo mexicanos en general.

La evolución cronológica que se ha presentado en forma suscita, obligó a correspondientes modificaciones también en la organización de la dependencia acordes con las funciones y los programas que fueron estableciéndose. Para fines de

1976 el organigrama comprendía seis divisiones de trabajo: Enseñanza; Estudios socio-médicos; Asistencia Médica; Educación para la salud; Salud escolar universitaria y por último Investigación.

En la actualidad, la DGSM depende de la Secretaría General Administrativa y dentro del grupo de unidades que prestan servicios de apoyo y actividades complementarias, es responsable de la salud universitaria y considera a ésta la base del desarrollo académico, cultural y social del individuo y de la comunidad. Reconoce en la medicina integral la doctrina científica idónea para realizar sus programas de trabajo.

En tal virtud, sus actividades cubren aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, y se apoyan en acciones internas de docencia e investigación para proteger la salud de la población universitaria y colaborar en la promoción del bienestar de la sociedad en general.

2.2. Objetivos y políticas de la institución.

La DGSM dentro del grupo de unidades que realizan actividades complementarias a la enseñanza tiene fijado el siguiente objetivo general:

"Proteger, promover y restaurar la salud del estudiante universitario para contribuir a su formación profesional, desarrollar sus capacidades personales, mejorar su nivel de salud y la calidad de vida e integrarlo en forma adecuada a la sociedad".

Políticas:

Las políticas establecidas por la Dirección para el logro de sus objetivos son las siguientes:

1) Dar prioridad a las acciones de salud que abarquen grandes núcleos de población de la comunidad a la que sirve.

2) Hacer uso de la información y consolidar la educación médica continua, el adiestramiento y la capacitación del personal a fin de instrumentar los programas de trabajo que debe llevar a cabo la dependencia para dar cumplimiento a las funciones que tiene encomendadas.

3) Mantener el concepto de multi e interdisciplinariedad en todo programa de trabajo.

4) Fomentar la participación activa de quienes intervienen en el desarrollo de los programas de trabajo, así como la de todos aquellos a quienes van dirigidos.

5) Sostener fluidas comunicaciones e integración laboral y humana dentro de la dependencia y la comunidad universitaria.

6) Fortalecer la coordinación con las dependencias de la Universidad y organismos externos para apoyo mutuo en acciones comunes de beneficio general.

2.3. Antecedentes del Servicio de Salud Mental.

Los servicios de salud mental para estudiantes universitarios, son de creación relativamente reciente. Aún cuando ya en 1910, funcionaba en la Universidad de Princeton (U.S.A.) un programa de salud mental para estudiantes, no fue sino

hasta después de la 2ª Guerra Mundial cuando particularmente en Estados Unidos de Norteamérica y en algunos países de Europa se inicia este tipo de servicio.

En la U.N.A.M., el primer programa formal de salud mental diseñado para estudiantes fue en 1955 establecido en la Facultad de Medicina; más adelante en 1966 se incorporan especialistas del área de la salud mental a los servicios médicos de la Universidad.

La D.G.S.M. de la U.N.A.M. al observar el aumento constante de los trastornos de la salud mental del estudiante universitario y con el fin de conocer la verdadera realidad y el origen de estos problemas, para encontrar soluciones adecuadas y sobre todo programas de acciones preventivas, creó en el mes de agosto de 1978, la Oficina de Higiene Mental.

La atención psiquiátrica y psicológica se funda y organiza sobre un modelo médico que abarca tanto la perspectiva transversal (en aquí y el ahora) como longitudinal o histórica, sin adherirse a ninguna teoría específica, sino adoptando un criterio pluralista en donde el sujeto es contemplado como el eje central. La oficina de Higiene Mental se conformaba en sus inicios de 3 psiquiatras, 6 psicólogos y un jefe de servicio, algunos de ellos contratados con un horario reducido y otros por honorarios.

En 1985, de acuerdo con la estructura orgánica de la D.G.S.M., se estableció la creación de un Departamento de Salud Pública, con funciones definidas en las cuales se

se contempla la salud mental con acciones en las áreas de promoción, prevención, curación e investigación para tratar de resolver la problemática en el área mental del estudiante universitario.

El personal adscrito al Servicio de Salud Mental en el momento actual (noviembre de 1989) es de 6 psiquiatras y 6 psicólogos cubriendo todos ellos un total de 354 horas por semana.

No hay personal de trabajo social adscrito al Servicio de Salud Mental. Vid. infra. p. 26

Dentro de este grupo de profesionistas (psiquiatras y psicólogos), se cuenta con subespecialidades en psicoterapia, psicoanálisis y sexología.

Son varias las razones por las cuales es consultado el Servicio de Salud Mental, éstas pueden variar desde problemas severos en la personalidad, como las psicosis esquizofrénicas, hasta las reacciones pasajeras de angustia por falta de información sobre algún tópico; sin embargo, los trastornos más frecuentemente observados son: depresión neurótica; reacción de adaptación con predominio de alteración de otras emociones; reacción depresiva breve; reacción depresiva prolongada y trastorno paranoide de la personalidad.

2.4 Objetivos del Servicio de Salud Mental.

Generales:

- Promover y favorecer el desarrollo adecuado de la per-

sonalidad del estudiante universitario, atender con efectividad los desajustes emocionales que interfieren con su bienestar, productividad y vida familiar procurando su incorporación a la comunidad universitaria, basándose en el nivel de atención primario de la salud.

- Contribuir con acciones de carácter preventivo, que abatan la incidencia de problemas en esta área.

Específicos:

- Identificar los problemas individuales y colectivos en el área mental mediante exámenes de detección.

- Colaborar en la capacitación y adiestramiento del personal en algunos puntos básicos de psicología médica, para el desarrollo de los programas.

- Difundir en la comunidad universitaria los conocimientos sobre salud y enfermedad mental, de tal manera, que la comunidad pueda ejercer acciones para la modificación de algunos procesos morbosos.

- Fomentar la coordinación con dependencias intrauniversitarias y del sector salud para la colaboración y apoyo, para el desarrollo de los subprogramas del área.

- Proporcionar consulta psicológica y psiquiátrica para resolver los trastornos patológicos del área de la salud mental en estudiantes.

- Participar en las investigaciones clínico-epidemiológicas que se desarrollen en la Dirección.

2.5 Programa del Servicio de Salud Mental.

El programa de salud mental es efectuado por el personal adscrito al Servicio de Salud Mental con un carácter normativo-operativo, dependiente directamente de la jefatura del Departamento de Salud Pública siendo esta última la unidad responsable de normar, coordinar, ejecutar y controlar los subprogramas del área de su responsabilidad. La operación de los subprogramas en planteles periféricos universitarios, se delega en los jefes del servicio médico correspondiente.

Funciones y actividades del programa del Servicio de Salud Mental.

FUNCION	ACTIVIDAD PRINCIPAL
PROMOCION	Favorecer las acciones de educación para la salud orientadas a la salud mental.
PREVENCION	Propiciar la identificación de problemas individuales y <u>colectivos</u> conductuales y de personalidad que interfieren en el desarrollo del estudiante universitario.
CURACION	Restaurar la salud mental a través de la atención psicológica y psiquiátrica.

FUNCION	ACTIVIDAD PRINCIPAL
REHABILITACION	Favorecer las capacidades que tenga el individuo con la finalidad de poder reincorporarlo a su medio de una manera más funcional y útil.
ENSEÑANZA	Desarrollar labores dentro del proceso enseñanza-aprendizaje tanto a nivel asistencial como comunitario.
INVESTIGACION	Desarrollar investigaciones clínico-epidemiológicas de los problemas del área de salud mental.

Para el cumplimiento de todos sus objetivos, el programa de Salud Mental se subdivide en subprogramas y son los siguientes:

- Atención psicológica y psiquiátrica.- En el nivel primario al estudiante universitario, proporcionando consulta individual, grupal, de urgencia y derivación.

- Adicciones.- Para establecer tasas de incidencia y prevalencia de acuerdo a la demanda de atención en el servicio.

- Examen Médico Automatizado.- Con cuatro subproyectos:

La salud mental del estudiante.

Rendimiento escolar.

Sexualidad.

Adicciones (alcohol, tabaco y drogas).

- Programa de pasantes de Psicología en Servicio Social.

- Abuso y agresión sexual.

- Atención al alumno.

- SIDA.

2.6 Trabajo Social en el Servicio de Salud Mental de la D.G.S.M.

Contar con un grupo de profesionistas especializados en el área de la salud mental, se hace necesario para el mejor cumplimiento de los objetivos trazados por la institución, que son, como ya se ha hecho referencia anteriormente, la prevención y atención de los problemas emocionales del estudiante.

Este es el caso de Trabajo Social, profesión con preparación suficiente para trabajar en equipos multi e interdisciplinarios.

La participación del trabajador social en esta área ha

ido evolucionando de tal manera que la demanda así como su intervención ha aumentado considerablemente pues en la mayoría de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud mental, el trabajador social forma parte del equipo de salud.

Bajo esta perspectiva, el Servicio de Salud Mental incorpora en 1987 a su equipo de trabajo, al trabajador social prestador de servicio social ya que su formación profesional le permite realizar funciones y actividades propias de dicha área, ello con la finalidad de lograr la atención eficiente y completa de la población universitaria.

Hacemos la aclaración de que dentro de la DGSM, existe una Coordinación de Trabajo Social que atiende a los diversos programas que se llevan a cabo dentro de la institución, pero prácticamente en el Servicio de Salud Mental no se encuentra adscrito un solo trabajador social, debido a que el presupuesto asignado no es suficiente para la contratación de personal del área de Trabajo Social. Es mediante el pasante prestador de servicio social, como se llena la ausencia de trabajadores sociales titulados, sin embargo y aun cuando se ponene en marcha los programas y se incorpora a una gran variedad de pasantes (médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos y trabajadores sociales entre otros), no se logra tener la continuidad adecuada tanto para la realización de programas como para la elaboración de investigaciones importantes para el área.

Objetivos generales de los pasantes en Servicio Social.

- Colaborar en las diferentes áreas de trabajo con la asesoría, dirección y supervisión tutorial del personal específico del Servicio de Salud Mental.

- Asistir a sesiones clínicas y bibliográficas así como a cursos y eventos relacionados con el Servicio de Salud Mental.

- Colaborar con el jefe del Servicio, en el adecuado desarrollo de programas de salud mental mediante acciones específicas.

Estos, son los objetivos que todo pasante en Servicio Social dentro del Servicio de Salud Mental, deberá cumplir; pero cada uno debe realizar un programa de trabajo según el subprograma al que sea asignado.

Uno de esos subprogramas, es el del examen médico automatizado para alumnos de primer ingreso al nivel medio superior y superior, del que nos ocuparemos en el capítulo 3.

Capítulo 3: Las psicopatologías que han sido detectadas por el Servicio de Salud Mental en los estudiantes universitarios de primer ingreso al nivel superior en la U.N.A.M.

3.1. Conceptos fundamentales acerca de la salud mental y las psicopatologías.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud¹ (O.M.S.), en el mundo hay actualmente cerca de 40 millones de personas que sufren o han sufrido padecimientos mentales severos; el doble de esta cifra son afectados por su dependencia a las drogas, alcoholismo, retraso mental y trastornos orgánicos del sistema nervioso.

En el caso de México, los tipos de desórdenes mentales no difieren mucho de los que se identifican en otros países. En nuestro país, aproximadamente 12 de cada 1000 habitantes sufren retraso mental. "La proporción más elevada de enfermos corresponde a las grandes psicosis fundamentales: esquizofrenia y psicosis funcionales, seguidas de los desórdenes que son consecuencia de daño orgánico cerebral."² En cuanto a las diversas formas de farmacodependencia se tiene conocimiento de que el consumo de marihuana y la inhalación de sustancias volátiles son las formas más frecuentes seguidas del abuso

¹ Ramón de la Fuente Muñiz. Semblanza de la Salud Mental en México. Revista Salud Pública de México. Nov.-Dic. 1988 Vol. 30 Nº 6 p. 864.

² Idem. p. 865.

de anfetaminas.

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como "El estado óptimo del bienestar físico, mental y social del individuo".

Esta concepción, es denominada triaxial ya que el individuo es considerado como una unidad bio-psico-social. Reconsiderando lo anterior, podemos definir la salud mental como: "La capacidad que posea la persona para disfrutar de una sensación de bienestar y tranquilidad, producto de su equilibrio emocional, que le permita establecer buenas relaciones interpersonales; que sea capaz de sentir satisfacción en sus estudios, en su trabajo y en el seno de su familia; que tenga capacidad de adaptación a las circunstancias, sin que ello resulte 'conformismo resignado' sino que exista la tendencia a la superación constante y progresiva y que sus reacciones no sean desproporcionadas al estímulo que las produce. Que sea una persona comprensiva y posea una percepción adecuada de sí misma, de sus limitaciones así como las de sus semejantes todo lo cual lo lleve a una correcta percepción de la realidad y del ambiente que lo rodea; en otras palabras, que sea capaz de dar y amar, al mismo tiempo que acepte ser amado y formar en el momento adecuado una familia organizada que constituya un verdadero hogar y sea en todo momento positivo y productivo para sí mismo, para su familia y para la sociedad en general".³

3 Oficina de Higiene Mental. Objetivos y Actividades. Depto. de Medicina Preventiva. DGSN-UNAM, México, 1983 p. 7 y 8

Desde nuestro punto de vista, la cita anterior aunque extensa, nos proporciona un panorama más amplio acerca de la salud mental.

Basándonos en el concepto anterior, en consecuencia, la enfermedad mental es la disminución o pérdida de cualquiera de las funciones o capacidades que se consideraron como los elementos básicos que constituyen la salud mental.

El trastorno mental es la forma inadecuada o incorrecta de actuar o reaccionar del sujeto, que se aparta de las normas comúnmente aceptadas por el grupo social en el que vive.

La enfermedad mental puede tener su origen en alguno de los elementos físico-biológicos o socio-culturales que constituyen al individuo. La expresión mental viene a ser el fenómeno psicológico de las funciones biológicas y socio-culturales del organismo vivo. Los fenómenos conjuntos (bio-psico-sociales), constituyen la conducta o comportamiento sano o enfermo.

Existen enfermedades mentales de origen orgánico cerebral, es decir, que sus síntomas psicológicos se encuentran bien localizados, y son ocasionados por una lesión cerebral específica, v. gr. las lesiones originadas por un traumatismo craneo-encefálico, por un tumor cerebral, por una infección o por una intoxicación como la psicosis de Korsakoff.⁴

⁴ Se presenta como consecuencia del alcoholismo crónico.

Otras son causadas por factores físico-químicos, genéticos como en el Síndrome de Down, congénitos como en la parálisis cerebral o a factores degenerativos como en la demencia senil.

Existen también enfermedades mentales en las que no se encuentran lesiones cerebrales o somáticas⁵ demostrables. Estos trastornos son reacciones psicológicas o mentales inconscientes⁶ que utiliza la persona, también inconscientemente, como mecanismos de defensa⁷ para evadir la verdad o la realidad y en los cuales la personalidad⁸ y el carácter⁹ del individuo están íntimamente comprometidos.

Finalmente, hay un tipo de enfermedades mentales de causa u origen social.

"La psicopatología es la definición de los trastornos en el funcionamiento de la personalidad; al principio se limitaba a reconocer las alteraciones obvias y fácilmente distinguibles en la conducta humana, en términos de acción,

5 Somáticas: Relativas al cuerpo.

6 Inconscientes: deseos y procesos psicológicos dinámicos que actúan sobre la conducta del individuo sin que éste lo advierta. Se manifiestan en ciertos actos de la vida cotidiana como lapsus, olvidos y sueños.

7 Son aquellos procesos de la personalidad cuyo propósito es mantener un estado de integración mental, de relativa congruencia interior que permita al individuo funcionar unitaria y efectivamente ante los problemas que le plantea la situación externa.

8 Es el modo peculiar de ser, de sentir y de pensar; modo propio de resolver los problemas de la existencia de cada ser humano.

9 Componente de la personalidad moldeado y/o adquirido en el contexto social por la experiencia y el aprendizaje.

pensamiento y conciencia; actualmente se ha expandido e incluye las variaciones en las pautas totales de las reacciones del individuo ante la vida, o sea lo que reconocemos como personalidad."¹⁰

3.1.1 Psicopatologías y adolescencia.

Los estudiantes universitarios, forman parte del grupo comprendido entre la adolescencia y la vida adulta inicial.

En ellos se manifiestan algunas formas de conducta que se pueden considerar como propias y naturales, producto de los cambios biológicos, psicológicos y socio-culturales que se gestan en estas etapas del desarrollo y que son diferentes según la persona, la edad y el sexo. Sin embargo, aparecen otras formas de conducta que se expresan como problemas de relaciones familiares, sexuales, escolares o emocionales que muchas veces se canalizan hacia hábitos o conductas inadecuadas como las adicciones a psicofármacos y otras sustancias tóxicas.

Estas formas de conducta ya no deben considerarse como naturales o propias de una adolescencia y juventud sanas sino francamente patológicas, propias de personalidades inmaduras.

Los cambios a que hacemos alusión (psicológicos, biológicos y socio-culturales) hacen más impacto en la adoles-

¹⁰ Lawrence C. Kolb et. al. *Psiquiatría clínica*. Ed. Interamericana. México, 1985 p. 110.

cencia y la juventud, porque éstas son etapas de la vida en las cuales aun no se consolidan los principales elementos de la personalidad y los individuos en esta fase del desarrollo son más susceptibles a admitir tales cambios sin una previa reflexión, ya sea por falta de conocimientos o de la orientación oportuna de personas preparadas que los guíen adecuada y correctamente.

Toda persona, evidentemente reacciona ante cualquier cambio importante; pero existen personas que son más susceptibles o vulnerables (VÍD SUPRA), entre ellas se encuentran los adolescentes y los jóvenes. Cuando estas reacciones alcanzan determinado "grado" de impacto y no son resueltas por los canales adecuados propios de una personalidad madura¹¹, pueden considerarse como trastornos de la personalidad y, por consiguiente, de la salud mental.

Antiguamente, se pensaba que las alteraciones de la salud mental, se debían a factores hereditarios o bien, a lesiones cerebrales orgánicas. Sabemos que se nace con una dotación física y biológica producto de una herencia determinada pero que ésta se desarrollará positiva o negativamente de acuerdo al medio ambiente familiar, social, cultural, etc., en que vivirá el individuo.

11 La madurez, no está determinada por la edad cronológica, sino por la capacidad del individuo para resolver la problemática que se le presente sin que le cause conflictos a sí mismo y a los demás.

Es claro también que toda persona es capaz de analizar y reflexionar sobre sus experiencias y se da cuenta de su manera de pensar, de vivir, de amar, de actuar, etc. Desafortunadamente esto no siempre es posible debido a que existen numerosos fenómenos psicológicos que escapan a nuestra voluntad por ser inconscientes y que actúan como mecanismos de defensa para evadir una realidad.

Los problemas de origen psico-social han tenido un aumento considerable como lo demuestra el índice cada vez mayor de hogares desintegrados, familias desorganizadas, madres abandonadas y solteras y altos índices de farmacodependencia entre los menores y adolescentes, por citar algunos. Esto, ha conducido a las instituciones educativas, (concretamente la U.N.A.M.) a la implementación de programas orientados a prevenir algunos de estos problemas entre su población estudiantil, y en otros casos a brindar atención específica.

3.2 Programa Examen Médico de Primer Ingreso.¹²

Dentro de la legislación universitaria, y específicamente en el Reglamento Escolar, se estipula que todo aspirante a ingresar a la U.N.A.M., es seleccionado de acuerdo a su capacidad académica y a su estado de salud con el objetivo de demostrar que se encuentra apto para cursar sus estudios en ella. Esto es relativo puesto que una vez que el alumno es aceptado

12 Datos tomados del Archivo del Servicio de Salud Mental de la D.G.S.M. de la U.N.A.M. Noviembre 1989.

de acuerdo a sus capacidades académicas, se le practica el examen médico.

A partir de 1944 se viene practicando un examen médico a toda la población de primer ingreso en los diferentes grados académicos con la finalidad de diagnosticar y tratar cualquier padecimiento que pueda interferir con su desarrollo escolar.

Durante sus primeros años de aplicación este examen tenía carácter de obligatorio y era condición para la inscripción del alumno ya que se realizaba al 100% de los alumnos. A partir de 1975 debido al aumento de la población estudiantil sólo se alcanzó una cobertura del 40% debido entre otros factores a la carencia de recursos médicos y paramédicos.

Ya en 1973 se había solicitado la sustitución del examen médico por la expedición de certificados de salud que el estudiante debería obtener en forma particular; la petición fue sometida ante el Consejo Universitario, el cual consideró que la aplicación de los exámenes médicos a los alumnos de primer ingreso era importante para determinar el estado de salud y dictaminó impulsar y mejorar dicho programa con aumento en su presupuesto. Para ello se contrataron médicos, químicos y trabajadores sociales, integrando brigadas médicas para cada uno de los planteles y la cobertura que se alcanzó fue del 40%.

En 1975, se propuso la aplicación de un examen computarizado que fue aprobado y ejecutado en 1977 en una prueba piloto en la cual se logró una cobertura de 8,500 alumnos, para 1978.

aumentó a 56,447 hasta llegar a 1984 año en el que se alcanzó una cobertura de 62,985 alumnos.

La O.M.S. define los exámenes masivos computarizados como la "Identificación presunta de enfermedades o defectos inadvertidos mediante la utilización de pruebas de reconocimiento u otros procedimientos que puedan aplicarse rápidamente".

Mediante estas técnicas, no se pretende hacer un diagnóstico, pero quienes presentan pruebas sospechosas o positivas deben ser enviadas a sus médicos para el diagnóstico y tratamiento.

La expresión "Examen Médico" comprende las investigaciones encaminadas a la prevención primaria y secundaria como son la detección precoz pre-sintomática y la detección tardía (enfermedad que haya pasado desapercibida).

La expresión en "masa" significa gran número de personas tanto si han estado todas presentes para un reconocimiento colectivo, como si los exámenes se realizan durante un período.

La expresión "computarizado" se refiere a la utilización de instrumentos automatizados (programas de cómputo) para la detección de morbilidad.

El objetivo primordial de estos exámenes es el de:

1. Descubrir indicadores del estado de salud individual y colectiva.
2. Ser un mecanismo de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles.

3. Planificar un sistema de prestación de servicios de asistencia médica.

4. Evaluar estos sistemas.

El examen médico computarizado que aplica la D.G.S.M. tiene como objetivo:

"Conocer el estado de salud de la población universitaria, para diagnosticar precozmente al estudiante enfermo y promover el tratamiento oportuno de los padecimientos detectados, contribuyendo así a mejorar su aprovechamiento escolar".

E.M.P.I. (Examen Médico de Primer Ingreso).

"Es un procedimiento computarizado para la detección oportuna de enfermedades en el estudiante universitario, que aborda aspectos biológicos, psicológicos y sociales, mediante cuestionarios y exploración física directa, el cual permite su aplicación a grandes grupos de población".

Objetivos Generales.

- Determinar el estado de salud individual y colectivo de los alumnos de la U.N.A.M., mediante un examen de detección computarizado.

- Establecer el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los procesos patológicos que presente la comunidad estudiantil universitaria para su adecuado desarrollo personal y académico.

Objetivos Específicos.

1. Determinar la morbilidad sentida del estudiante mediante lo manifestado en el cuestionario, y que procesa la computadora.

2. Determinar la morbilidad que presenta la población estudiantil universitaria en base a los casos diagnosticados y tratados por los médicos.

3. Analizar la diferencia entre el resultado emitido por la computadora y los diagnósticos emitidos por los médicos.

4. Incorporar al sistema de vigilancia epidemiológica los casos de enfermedades transmisibles y no transmisibles resultantes del examen médico.

5. Definir en base a la morbilidad del estudiante, la demanda de atención, los planes y programas del Departamento de Atención Médica y Salud Pública.

6. Promover y orientar las investigaciones epidemiológicas.

7. Orientar la capacitación y adiestramiento del personal que participa en el desarrollo del examen médico.

8. Orientar la capacitación y adiestramiento del personal médico de acuerdo a los principales problemas de salud.

9. Difundir los resultados obtenidos.

10. Correlacionar el estado de salud del estudiante universitario con su rendimiento escolar en coparticipación con la Coordinación de Administración Escolar.

Fases de Aplicación.

(Ver anexos 3 y 4).

Características del E.M.P.I.

El examen médico computarizado de primer ingreso, origi-

nalmente constaba de cinco partes:

1. Ficha de identificación.
2. Cuestionario socio-económico.
3. Cuestionario médico por aparatos y sistemas.
4. Examen físico del aparato estomatognático.
5. Examen de la agudeza visual y globo ocular.

Hasta 1985, se trabajó sobre estas cinco áreas y fue hasta 1986 en que se aprobó incluir la esfera mental o psicológica para lo cual se seleccionaron dos test psicológicos: el Cuestionario General de Salud (Goldberg) y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnessota (M.M.P.I.). Ver anexo 6.

Por ser la parte central de la presente investigación, a continuación se expondrán los aspectos más relevantes sobre estos dos test.

3.2.1. Cuestionario General de Salud (Goldberg).

El Cuestionario General de Salud, es un instrumento auto-aplicable, que originalmente fue desarrollado por Goldberg¹³ en (1972). Está orientado a la detección de trastornos mentales no psicóticos, para la identificación de casos potenciales en población general.

Se ha utilizado en la práctica médica general, tanto en México como en otros países, probándose en áreas de consulta

13 D.P. Goldberg. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph nº 21, London Oxford University Press, 1972.

externa a nivel hospitalario, centros de salud, en población estudiantil universitaria, por los departamentos de selección de personal de instituciones públicas y privadas, en pacientes con tratamiento psiquiátrico, etc.

En México, se han realizado una serie de investigaciones que han llevado a la necesidad de modificar, estandarizar y validar este instrumento y se ha ajustado para que discrimine con base en puntos de corte estadístico, tres criterios de severidad: leve, moderado y caso definitivo.

La versión original del cuestionario, consta de 60 reactivos misma que se ha reducido a 30 utilizando la técnica de análisis factorial a fin de disminuir el tiempo de respuesta y buscar nuevas alternativas para mejorar la detección de pacientes con trastornos emocionales no psicóticos. Dentro de estos 30 reactivos, se estudian 5 aspectos que son:

- Somatización.
- Insomnio.
- Adecuación social.
- Depresión-ansiedad.
- Riesgo suicida.

Para el caso de la U.N.A.M. y en base a estudios previos, se marcó un punto de corte que permite tener una especificidad y sensibilidad adecuadas.

El cuestionario, explora la severidad de un trastorno en el presente, sin tomar en cuenta la forma en que el individuo se haya sentido en el pasado, dejando también a

un lado los rasgos de la personalidad. De este modo, la persona que responde el cuestionario debe evaluar el grado de desviación de su forma de ser acostumbrada, en una escala de 4, que va desde un "menos que lo acostumbrado" hasta un "mucho más que lo acostumbrado".

Los reactivos, están enfocados más a síntomas que a enfermedades. El instrumento está estructurado de tal forma, que comienza con los reactivos asociados a desviaciones somáticas y paulatinamente se va encaminando hacia manifestaciones psiquiátricas francas dejando al final aquellos que se consideran más inquietantes, tales como los referentes a ideación suicida.

Como instrumento para la confirmación diagnóstica se utiliza la entrevista psiquiátrica modificada, de la que hablaremos más adelante.

Para conocer los reactivos del test Goldberg véase anexo 6.

3.2.2. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minessota.

El Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.), es un instrumento autodescriptivo que a través de sus 566 reactivos estandarizados y las dos alternativas de respuesta para cada reactivo, permite que una persona se defina a sí misma dentro de ciertas categorías.

Ventajas de su utilización:

- Se requiere poco personal especializado para su aplicación y para su calificación.

- Se puede aplicar a grandes grupos de personas en forma simultánea, sin perder validez ni confiabilidad.

- Es posible calificarlo en forma automatizada.

Los reactivos, comprenden desde aspectos clínicos psicológicos y neurológicos, síntomas de alteración en la salud física, hasta intereses ocupacionales, religiosos y actitudinales ante distintas experiencias de la vida.

El cuestionario incluye 12 escalas: 3 de ellas miden la respuesta que una persona tiene frente al inventario y las otras 9 son escalas que miden elementos psicopatológicos de la personalidad, estas escalas son:

- Hipocondriasis.
- Depresión.
- Histeria.
- Desviaciones psicopáticas.
- Intereses masculino-femenino.
- Paranoia.
- Psicastenia.
- Esquizofrenia.
- Introversión-extroversión.

Posteriormente se realizan clasificaciones de los sujetos en grado psicopatológico, basado en las 12 escalas mencionadas, tomando en cuenta la importancia clínica de las características psicopatológicas en cuanto a la intensidad y posible severidad

de algún rasgo (de la personalidad) alterado.

La clasificación se divide en 5 grupos:

- En el grado 1 quedan incluidos sujetos que presentan características de personalidad severamente alteradas.

- En el grado 2, se clasifican los sujetos con alguna alteración que aunque pueda ser importante, no se encuentra tan severa.

- El grado 3, incluye a sujetos con características ligeramente alteradas.

- El grado 4, comprende a los sujetos sanos.

- En el grado 5, se clasifica a los sujetos cuyas respuestas no pueden considerarse válidas.

Aplicación de los instrumentos.

- Los cuestionarios, son aplicados a los alumnos de primer ingreso a la U.N.A.M. de enseñanza media superior y superior, en grupos de 200 a 400 alumnos.

- Se proporciona capacitación y adiestramiento al personal aplicador para dirigir, contestar y aclarar dudas que se originen en el momento de resolver los cuestionarios. El personal a que se hace referencia, está constituido por personal adscrito a la D.G.S.M. y alumnos pasantes en Servicio Social que en ese momento estén integrados a los diversos programas.

- Las hojas de respuesta (hojas ópticas)* son leídas en computadoras a través de un lector óptico que registra los

* Consultar hoja óptica en anexos.

datos en cintas magnéticas, las cuales previa programación, generan la información necesaria.

- Posteriormente se clasifica a los alumnos en dos grupos: los "posiblemente sanos" y los "posiblemente enfermos". En cuanto a los "posiblemente enfermos", se emiten listados y criterios que permiten establecer una calendarización para su entrevista con el personal médico para su consulta y valoración en la que se determine la confirmación o exclusión de los diagnósticos elaborados en el proceso electrónico.

- Los alumnos que presentaron resultados positivos en las pruebas Goldberg y Minessota en la aplicación del E.M.P.I., son enviados por pasantes de Trabajo Social a la D.G.S.M., tanto de Planteles Periféricos¹⁴ como de Escuelas y Facultades del Campus Universitario. Ya en la D.G.S.M. son recibidos por personal adscrito a la Coordinación de Trabajo Social y/o por pasantes de Trabajo Social integrados al programa del Servicio de Salud Mental, quienes explican y sensibilizan al alumno sobre la razón por la cual se solicita su presencia en esa Dirección.

- Posteriormente y dentro de la D.G.S.M. se pasa al alumno a entrevista psiquiátrica modificada (E.P.M.) o estandarizada (E.P.E.), en donde el médico psiquiatra o psicólogo determina si el alumno requiere o no tratamiento.

14 Planteles Periféricos: son todos aquellos planteles dependientes de la U.N.A.M. que se encuentran fuera del Campus Universitario como: las Escuelas Nacionales Preparatorias, las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (E.N.E.P.) y los Colegios de Ciencias y Humanidades (C.C.H.).

3.2.3. Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (E.P.E.) o modificada.¹⁵

La E.P.E. (entrevista psiquiátrica estandarizada), fue desarrollada por Goldberg¹⁶ y colaboradores en 1970; representa un intento por lograr un instrumento de captación de datos clínicos subjetivos y objetivos de manera homogénea, de tal forma que facilite a los investigadores (clínicos), obtener alta concordancia en sus observaciones. Goldberg logra su objetivo en Inglaterra y propone que al momento de ser utilizado el instrumento en otros países, éste debe ser modificado y adaptado, tomando en cuenta los aspectos culturales de cada lugar y contemplando sus objetivos.

En México a partir de 1978, se traduce al español con lo que se obtiene la primera versión mexicana. Se cuenta ya con la experiencia de su manejo en campo; esto es como instrumento de confirmación de caso y esa es su aplicación dentro del contexto de los resultados en el E.M.P.I. pues todo alumno que es evaluado por el clínico como caso se convierte en candidato a tratamiento.

La entrevista está dividida en cinco secciones con un total de 23 reactivos, cada reactivo tiene indicaciones específicas para evaluar severidad en una escala de cinco grados:

15 Paula Padilla Galina et. al. Entrevista Psiquiátrica Modificada. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Mimeografiado p. 1-8
16 D.P. Goldberg et. al. A estandarized psychiatric interview for use in community surveys. B.R. J. Press Soc. Med. 24:18-23, 1970.

1. Indica ausencia del síntoma.
2. Indica rasgo habitual o un síntoma limítrofe leve y transitorio, que no causa tensión significativa ni requiere tratamiento y por lo tanto su funcionalidad es estable.
- 3, 4 y 5. Indican respectivamente presencia patológica de un síntoma en grados moderados, intenso y muy intenso.

En la sección cinco se consigna el total global de severidad que consiste en la integración de la severidad de los síntomas y la conducta recomendable a seguir:

1. Ausente: Sujeto asintomático en su dimensión mental.
2. Leve: El sujeto presenta algunas alteraciones emocionales o psicológicas, pero éstas no ameritan tratamiento psiquiátrico porque no son suficientemente intensas o porque se confunden con una estructura caracterológica.
3. Moderado: La sintomatología mental presentada por el sujeto es moderada y no complicada, requiriendo ayuda en la consulta externa.
4. Intenso: El sujeto requiere necesariamente ayuda psiquiátrica en consulta externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara aunque no sería indispensable.
5. Muy intenso: El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente.

Es en base a estos criterios de severidad que se han seleccionado las entrevistas psiquiátricas para su estudio.

- Una vez que el alumno es entrevistado y valorado por el médico y éste ha confirmado el diagnóstico, tal que el alumno es candidato a tratamiento psiquiátrico (grados de severidad 3, 4 ó 5), es remitido nuevamente con pasantes de Trabajo Social, quienes explican de manera individual que la ayuda que se le proporciona, es una oportunidad que la Universidad le brinda, y que el tratamiento es voluntario.

- Si el alumno acepta el tratamiento, es derivado al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina donde se le asigna un médico para iniciar su tratamiento.

3.3 Antecedentes sobre detección de psicopatologías en estudiantes de primer ingreso a la U.N.A.M.

La falta de datos y estudios epidemiológicos en relación con la salud mental de la población estudiantil universitaria, ha llevado al Servicio de Salud Mental de la D.G.S.M. a iniciar investigaciones tendientes a obtener información sobre este aspecto de la vida del individuo, en este caso del estudiante universitario, con la finalidad de instrumentar programas de prevención, atención, curación y rehabilitación en su caso.

Desde la inclusión de los test psicológicos en el E.M.P.I. (Examen Médico de Primer Ingreso) se ha logrado un gran avance puesto que ellos han permitido tener un conocimiento más preciso acerca de los padecimientos mentales que aquejan

a su población estudiantil, pero aún resultan ser insuficientes.

De acuerdo a los informes que proporciona el Boletín Epidemiológico (año 1984) que publica la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M., los trastornos mentales, ocupan el 4º lugar entre los 17 principales padecimientos de los estudiantes universitarios.

Del año 1984, se cuenta con datos de las cinco psicopatologías fundamentales, detectadas en el estudiante de primer ingreso sin tomar en consideración si son de nivel medio superior o superior, puesto que una de las limitantes que como pasantes en Servicio Social pudimos detectar, fue la carencia de personal adscrito al Servicio de Salud Mental, que se aboque a la realización de investigaciones en este campo, suponemos que las investigaciones se dejan de lado para atender situaciones prioritarias como la atención y tratamiento de los alumnos.

Las psicopatologías más frecuentes que fueron detectadas en el año 1984 fueron:

- 1) Trastornos neuróticos.
- 2) Síntomas y síndromes específicos (trastornos del sueño y del apetito).
- 3) Trastornos depresivos.
- 4) Trastornos de personalidad.
- 5) Alteración de las funciones corporales por factores mentales (colitis, gastritis, náuseas, mareos, taquicardia,

adormecimiento de miembros inferiores y superiores).

Aún cuando sólo se cuenta con investigaciones realizadas con población abierta, después de haber conocido los resultados del E.M.P.I. en años pasados, se confirma que la prevalencia de los trastornos mentales encontrados en población universitaria, son similares a los detectados en población general.

Para el ciclo escolar 87-88 de un total de 66 casos (dentro del Campus Universitario, del nivel superior) confirmados mediante la entrevista psiquiátrica modificada, las psicopatologías mostraron la siguiente dispersión de frecuencias:

	PSICOPATOLOGIA	Nº DE CASOS
1º	Depresión neurótica.	24
2º	Estados de ansiedad.	7
3º	Reacción depresiva prolongada.	7
4º	Reacción depresiva breve.	7
5º	Trastorno afectivo de la personalidad.	6
6º	Depresión enmascarada.	3
7º	Trastornos neuróticos.	2
8º	Abuso de drogas sin dependencia.	2
9º	Trastorno obsesivo-compulsivo.	2
10º	Desviaciones y trastornos sexuales	1
11º	Trastorno esquizoide de la personalidad.	1
12º	Reacción de adaptación.	1
13º	Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia. Con ansiedad y miedo.	1
	Subtotal	64

PSICOPATOLOGIA		Nº DE CASOS.
14º	Reacción aguda ante gran tensión	1
15º	Trastorno asténico de la personalidad.	1
	Subtotal	<hr/> 2
	Total	66

Se obtuvieron 66 casos en total.

3.3.1 Caracterización de las psicopatologías detectadas en estudiantes universitarios de primer ingreso al nivel superior en la U.N.A.M. durante el ciclo escolar 87-88.

Por caracterización, entenderemos la determinación de las particularidades o cuadros clínicos que se manifiestan en los trastornos mentales. Se tomaron textualmente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (I.C.D. 9: International Classification of Diseases) de la O.M.S. y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la American Psychiatric Association, ya que son las guías que se consideran para emitir los diagnósticos en las entrevistas psiquiátricas de los alumnos que presentan una psicopatología.

A continuación, se explica brevemente qué es la Clasificación Internacional de Enfermedades y cómo se conceptualiza el término trastorno mental en el DSM-III.

Clasificación Internacional de Enfermedades.

"La I.C.D. (International Classification of Diseases) es una clasificación estadística, no sólo de los trastornos mentales sino también de otras enfermedades y estados patológicos, de complicaciones del embarazo, el alumbramiento y el puerperio, de anomalías congénitas, de causas de morbilidad y mortalidad perinatal, de accidentes, intoxicaciones y violencia y de síntomas, signos y estados definidos como patológicos. Se emplea sobre todo en la clasificación de información sobre morbilidad y mortalidad con fines estadísticos, como lo demuestra claramente el título Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte."¹⁶

"Trastorno mental: En el DSM-III cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (distress) o deterioro, en una o más áreas principales del funcionamiento (incapacidad). Además hay que inferir que se trata de una disfunción biológica psicológica o conductual y que esta alteración no sólo está referida a la relación entre el individuo y la sociedad, podemos hablar de desviación social, que puede ser un término más o menos recomendable, pero que no implica un trastorno mental".¹⁷

¹⁶ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association. Ed. Masson, S.A. España 1983, p. 416.

¹⁷ Idem. p. 8

a. Depresión Neurótica.

Referido con el nº 300.4 en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Trastorno neurótico caracterizado por depresión¹⁸ desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva; no comprende entre sus características las ideas delirantes ni las alucinaciones y, a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, por ejemplo, pérdida de una persona querida o de una propiedad. Es frecuente que se manifieste también ansiedad¹⁹; por consiguiente, los estados mixtos de ansiedad y depresión deberían ser incluidos en esta subcategoría. La diferencia entre neurosis depresiva y psicosis deberá hacerse no sólo con base en el grado de depresión sino también por la presencia, o ausencia, de otras características neuróticas y psicóticas y además teniendo en cuenta el grado de alteración del comportamiento del paciente.

18 Depresión: baja importante del estado de ánimo, tristeza, ideas de minusvalía, disminución en las respuestas corporales, cansancio generalizado sin encontrar una causa física que lo origine. Trastornos del sueño y del apetito y en la vida de relación. En muchas ocasiones el sujeto no encuentra el origen de dicho estado.

19 Ansiedad: Aprensión, tensión o inquietud derivada de la anticipación de un peligro, interno o externo. Algunas definiciones de ansiedad la distinguen del miedo por el hecho de limitarse a anticipar un peligro de naturaleza no aclarada en tanto que éste aparece como respuesta de un peligro o amenaza externa habitualmente conscientemente reconocible. Las manifestaciones de la ansiedad y del miedo son las mismas e incluyen tensión muscular, hiperactividad autonómica, expectativa aprensiva, vigilancia e investigación atenta del entorno.

Comprende:

Depresión:

- a) ansiosa.
- b) reactiva.
- c) Estado neurótico depresivo.
- d) Reacción depresiva.

Se encuentra clasificada dentro del grupo de los trastornos neuróticos.

b. Estados de ansiedad.

300.1 en la I.C.D.- Combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad no atribuibles a peligro real, que se presentan ya sea a manera de crisis o bien como un estado persistente. La ansiedad es generalmente difusa y puede llegar al pánico. Pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no obstante no dominan el cuadro clínico.

Ataque
de pánico
Estado

Estado (neurótico)

Neurosis de ansiedad.

Reacción

c. Reacción depresiva prolongada.

309.1 en la I.C.D.- Estados de depresión no calificables como manicodepresivos, psicóticos ni neuróticos, generalmente de larga duración, que casi siempre se desarrollan en conexión con exposición prolongada a experiencias que causan tensión.

d. Reacción depresiva breve.

309.0 en la I.C.D.- Estados de depresión no calificables como maniacodepresivos, psicóticos ni neuróticos, generalmente transitorios, en los cuales los síntomas depresivos están estrechamente relacionados en tiempo y contenido con algún acontecimiento causante de tensión.

Incluye:

Dolor moral. Reacción de pesar.

Reacción de pena.

e. Trastorno afectivo de la personalidad.

301.1 en la I.C.D.- Trastorno de la personalidad caracterizado por el predominio, durante toda la vida, de un estado de ánimo pronunciado, que puede ser persistentemente deprimido o constantemente alborozado, o bien uno y luego el otro en forma alternada. Durante los periodos de alborozo hay un firme optimismo y una intensificación del gusto por la vida y de la actividad mientras que los periodos de depresión están marcados por preocupación, pesimismo, bajo despliegue de energía y un sentimiento de futilidad.

Personalidad:

cicloide

Personalidad depresiva.

ciclotímica

f. Depresión enmascarada.

Las depresiones enmascaradas a menudo se presentan en

forma de alcoholismo episódico, dependencia de drogas y abuso de ellas, o conducta "manifiesta" que incluye la conducta antisocial. Este último tipo de expresión conductual de depresión es más común en los jóvenes.

g. Trastornos neuróticos.

Indicado con el nº 300.0 en la I.C.D.- La neurosis es un trastorno mental, sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada ya que, en general, no confunde sus experiencias subjetivas mórbidas y fantasmas con la realidad externa. El comportamiento puede estar afectado en extremo, aunque por lo común permanece dentro de los límites socialmente aceptables, pero la personalidad no está desorganizada. Las manifestaciones principales son: ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivo-compulsivos y depresión.

h. Abuso de drogas sin dependencia.

305 en la I.C.D.- Incluye casos de personas a quienes no es posible asignarles otros diagnósticos, que solicitan atención médica a causa de los efectos producidos por inadaptación de la cual no son dependientes y que han usado por su propia iniciativa, con detrimento de su salud o de su funcionamiento social.

i. Trastornos obsesivo-compulsivos.

300.3 en la I.C.D.- Estados cuyo síntoma sobresaliente es un sentimiento de compulsión subjetiva -que debe ser resistido- para efectuar alguna acción, persistir en una idea, recordar una experiencia o rumiar acerca de un asunto abstracto. Los pensamientos no deseados que se entrometen, la insistencia de las palabras o ideas, las reflexiones o cadenas de pensamientos, son percibidas por el paciente como inapropiadas o carentes de sentido. La idea obsesiva o perentoria es reconocida como ajena a la personalidad pero proveniente de dentro de sí mismo. Las acciones obsesivas pueden adquirir un carácter casi ritual con el fin de aliviar la ansiedad, por ejemplo, lavarse las manos para combatir la contaminación. Las tentativas para desechar los pensamientos que no son bienvenidos pueden conducir a una lucha interna más acentuada con ansiedad intensa.

Neurosis anancástica.

Neurosis compulsiva.

j. Desviaciones y trastornos sexuales.

Inclinación o comportamiento sexual anormal. Los límites y las características normales de la inclinación y del comportamiento sexuales no han sido establecidos de manera absoluta en las diferentes sociedades y culturas, pero, en sentido amplio, son de naturaleza tal que sirven para propósitos sociales y biológicos aprobados. La actividad sexual de la

persona afectada se dirige primariamente ya sea hacia una persona que no es del sexo opuesto o hacia acciones de carácter sexual no asociadas normalmente con el coito o hacia el coito efectuado en circunstancias anormales.

k. Trastorno esquizoide de la personalidad.

301.2 en la I.C.D.- Trastorno de la personalidad en el que el individuo se retrae de los contactos afectivos, sociales o de otro tipo, y demuestra una preferencia autística por la fantasía y la reserva introspectiva. El comportamiento puede ser ligeramente excéntrico o indicar que se evitan las situaciones competitivas. La frialdad y el desapego aparentes pueden enmascarar la incapacidad para expresar los sentimientos.

1. Reacción de adaptación.

309 en la I.C.D.- Trastorno leve o transitorio, más prolongado que una reacción aguda ante gran tensión (308.-) el cual se manifiesta en individuos de cualquier edad, aparentemente sin trastorno mental preexistente. Dicho trastorno a menudo está relativamente circunscrito o es específico de una situación determinada; es, en general, reversible y dura sólo unos pocos meses. Por lo común guarda una estrecha relación, en tiempo y contenido, con acontecimientos generadores de tensión, tales como experiencias de la pérdida de un

ser querido, de migración o de separación. Las reacciones que persisten más de unos cuantos días y son causadas por tensión deben incluirse también en esta categoría.

m. Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia. Con ansiedad y miedo.

313.0 en la I.C.D.- Trastornos emocionales mal definidos, característicos de la infancia, cuyos síntomas principales incluyen ansiedad y estado medroso. Se pueden clasificar aquí muchos casos de rechazo a la escuela o de mutismo selectivo.

Reacción hiperansiosa de la niñez o de la adolescencia.

n. Reacción aguda ante gran tensión.

Trastornos transitorios de cualesquier gravedad y naturaleza, que aparecen en individuos sin afección mental evidente, como reacción a tensión física o mental excepcional, tal como una catástrofe telúrica o una batalla y generalmente ceden dentro de horas o días.

Se incluyen:

Delirio del agotamiento. Tensión catastrófica.

Fatiga de combate.

o. Trastorno asténico de la personalidad.

301.6.- Trastorno de la personalidad caracterizado por aquiescencia pasiva hacia los deseos de los mayores y otra

gente y una reacción débil e inadecuada a las demandas de la vida cotidiana. La falta de vigor puede manifestarse en las esferas intelectual y emocional; hay poca capacidad para el deleite.

Personalidad:

dependiente

inadecuada

Personalidad pasiva.

Capítulo 4: Consideraciones teóricas acerca del rendimiento escolar.

4.1 Conceptualización de rendimiento escolar.

La problemática que afrontan las instituciones educativas en todos sus niveles en nuestro país, es diversa. Cada una de esas instituciones establece las políticas necesarias para abordar internamente los problemas que aquejan a la institución como tal, a sus docentes y a los alumnos.

Uno de esos problemas que reviste gran importancia por sus implicaciones en el proceso educativo, es el del rendimiento escolar.

La U.N.A.M., una de las principales instituciones educativas en México, ha abordado el problema a través del Centro de Investigación y Servicios Educativos (C.I.S.E.) -entre otras instancias-, en donde un grupo de investigadores se han abocado a la tarea de indagar las diferentes manifestaciones que se suceden alrededor de los fenómenos educativos o pedagógicos; conocer las causas que influyen en esos fenómenos ha sido uno de sus objetivos.

Después de realizar una revisión bibliográfica y hemerográfica acerca del fenómeno rendimiento escolar, se encontró que las escasas investigaciones en torno al mismo difieren unas de otras desde su conceptualización hasta su abordaje teórico-metodológico y algunas lo han manejado en forma reduccionista sintomar en cuenta que es un fenómeno complejo

que forma parte de un todo que es el proceso escolar confundiendo las más de las veces con lo que se denomina aprovechamiento escolar.

El término rendimiento "... se acuño en las sociedades industriales, y su derivación más directa proviene del mundo laboral industrial, donde las normas, criterios y procedimientos de medida se refieren a la productividad del trabajador; al evaluar ese rendimiento se establecen escalas 'objetivas' para asignar salarios y méritos¹. Por lo tanto el principal objetivo de la evaluación de ese rendimiento es el incremento de la eficacia del proceso de producción.

Al ubicar el rendimiento en el ámbito educativo se tiene la siguiente analogía si consideramos como tal la acepción anterior del vocablo rendimiento:

MODELO FUNCION-PRODUCCION

<u>Empresa Económica.</u>	<u>Escuela (institución educativa).</u>
Realiza inversiones para alcanzar el desarrollo económico.	Realiza inversiones para alcanzar el desarrollo económico y social.
Insumos= materia prima, medios de producción, energía, etc.	Insumos= maestros, escuelas, personal advo., etc.
Para obtener un producto final que se envía al mercado.	Para la capacitación de recursos humanos (alumnos-egresados), que se dirigirán al mercado de trabajo.

¹ Bruggeman, citado por: Rosa Ma. Camarena C. et. al. en: "Reflexiones en torno al rendimiento escolar y a la eficiencia terminal"; Revista de la Educación Superior # 53 Enero-Marzo 1985, Vol. XIII, México, p. 35.

La anterior, es una de las concepciones que está influida fuertemente por los análisis económicos que reducen e impiden el análisis de lo educativo que requiere ser abordado como lo que es, una problemática educativa.

Para los efectos de la presente investigación, se seguirán las recomendaciones teórico-metodológicas que aportan los autores consultados; éstos nos muestran que los diversos estudios educativos que se han realizado en América Latina sobre rendimiento escolar, se ubican en dos grandes grupos: el primero trata igualmente el rendimiento con el aprovechamiento escolar estableciendo definiciones operacionales para ello, dichos estudios datan de 1970, 1973, 1975, 1979, y 1981. El segundo grupo distingue el rendimiento del aprovechamiento escolar tomando a éste último como variable o indicador del primero y datan de 1971, 1973, 1977, 1978 y 1981.

La crítica que los autores² hacen a estos estudios es que conciben el rendimiento escolar, de una manera descriptiva llegando al mismo, sólo a través de sus "representaciones empíricas".

Cabe hacer mención que en los documentos hemerográficos consultados, nunca se aclara el término "representación empírica" o en el mejor de los casos, ¿por qué es empírica la calificación de un alumno, la acreditación, la reprobación y el egreso, entre otros, que son las manifestaciones del

2 Cfr. Rosa Ma. Camarena C. et. al. op. cit. p. 36

rendimiento?. Agregan que la descripción de una o varias de esas representaciones dejan de lado la totalidad del proceso educativo además de que estos estudios se reducen a la cuantificación de esas representaciones empíricas.

Después de las consideraciones anteriores, se llega a la aclaración de los conceptos que se conocían y que serán sustituidos por los que se han encontrado después de haber realizado un acercamiento teórico al fenómeno rendimiento lo cual ha permitido la clarificación y delimitación del mismo.

De las lecturas realizadas, se tomó el siguiente concepto pues se considera que es el que explica adecuadamente el fenómeno y lo distingue con sus particularidades del aprovechamiento escolar con el que frecuentemente se confunde.

"Ubicamos al rendimiento como una expresión valorativa particular del proceso educativo que se da en el marco de la institución escolar. Este proceso, al incorporar el conjunto de relaciones pedagógicas y sociales que inciden en la institución, condiciona al rendimiento, ya que éste está subordinado a todas las variaciones, contradicciones, cambios y transformaciones del mismo proceso.

Es en la institución escolar, al prescribir las normas, valores y criterios para su funcionamiento y al establecer los instrumentos tanto para la autorregulación del proceso escolar como para el cumplimiento de los objetivos y fines institucionales, en la que se genera y legitima, entre otras instancias, el rendimiento. Sin embargo, el rendimiento no

es un fin en sí mismo sino un medio para la consecución de los objetivos, que adquieren significación en el proceso escolar y repercute en el mismo, de acuerdo con la valoración que hace la institución al calificar determinados comportamientos escolares como expresiones del rendimiento"³.

La cita anterior aunque extensa, permite la clarificación del concepto rendimiento que se venía manejando como una expresión única; ahora nos interesa saber cuáles son esos comportamientos escolares, expresiones o manifestaciones del rendimiento y que al ser calificados por la institución escolar influyen por tanto en el "todo" complejo que es el proceso escolar.

Estas manifestaciones específicas del rendimiento son: aprovechamiento escolar, calificaciones, aprobación, reprobación, repetición, deserción, egreso, eficiencia terminal y titulación. Todas ellas tienen cierta independencia relativa con respecto al fenómeno rendimiento pero articuladas entre sí hacen el conjunto de elementos pedagógicos (aquí les llamaremos variables) en que se expresa dicho rendimiento.

De acuerdo con los objetivos de este estudio, interesan aquellas que se relacionan con los comportamientos escolares de los alumnos (las otras se refieren al funcionamiento de la institución), sin que con ello quede ampliamente explicitado el fenómeno rendimiento; es decir, la explicación integral

3 Idem. p. 40 y 41.

de dicho fenómeno comprende un abordaje más completo, en todas sus manifestaciones.

4.2 Parámetros para evaluar el rendimiento escolar.

Del conjunto de manifestaciones, la aprobación y la reprobación se identifican como de las más significativas en el estudio del rendimiento escolar porque representan una de las dos instancias más importantes del proceso escolar: la población estudiantil (la otra instancia es la institución).

"Las manifestaciones aprobación-reprobación como formas de expresión de los resultados del proceso enseñanza-aprendizaje tradicionalmente se utilizan como equiparables al rendimiento de los alumnos; se les trabaja como expresión del aprovechamiento escolar en el proceso enseñanza-aprendizaje, que es calificado con determinadas notas escolares a partir de las cuales se determina la condición de aprobación. Son consideradas en última instancia, indicadores de los logros escolares: obtenidos por los estudiantes"⁴.

Al conocer los logros académicos de los alumnos, se pretende llegar a una aproximación de las causas que pueden generar la reprobación de los mismos, y que afecta en algún grado el rendimiento.

La problemática de la aprobación-reprobación forma parte del proceso del aprendizaje individual y grupal. En todos los grupos escolares de todos los niveles del sistema educativo

4 Ibid. p. 44

nacional, existe un alto porcentaje de alumnos cuyo aprovechamiento escolar se encuentra entre la acreditación que es calificada como suficiente y la reprobación lo cual, influye desfavorablemente tanto en los alumnos como en toda la situación que comprende el proceso escolar.

Este bajo aprovechamiento ha sido atribuido a múltiples factores y existen corrientes teóricas acerca del desarrollo físico, biológico, psicológico y socio-cultural de los estudiantes así como sobre el aprendizaje, que pretenden explicar el fenómeno.

Sabemos que la población estudiantil universitaria que ingresa al nivel de Licenciatura, está constituida por adolescentes y jóvenes. Durante la adolescencia ocurren una multitud de cambios físicos, psicológicos y sociales que van acompañados por la aparición en el propio adolescente, de dificultades subjetivas de distinto orden y además por dificultades en su educación. Si en el transcurso de su vida escolar los alumnos han tenido sucesivos fracasos escolares ya sea por haber reprobado alguna materia o todo un ciclo escolar, pueden desarrollar sentimientos de desvalorización de su persona en relación con su aprovechamiento; como la adolescencia es una etapa de la vida en la cual aun no están consolidados los principales elementos de la personalidad, los individuos son más susceptibles en este período, esos sentimientos de desvalorización pueden trascender hacia la vida adulta afectando el posterior desempeño laboral y social.

Ya se hablaba de los adolescentes y jóvenes como más vulnerables o susceptibles y, en quienes las situaciones o cambios importantes como la elección de una carrera, lograr la independencia con respecto a los padres, ubicarse en un nuevo rol social, las preocupaciones sexuales, familiares o escolares, inciden desfavorablemente actuando como agentes patógenos que impiden el adecuado desarrollo del individuo originando conductas y alteraciones que dejan de ser propias de la etapa adolescente, del joven o del adulto inicial convirtiéndose entonces en trastornos de la personalidad interfiriendo en el proceso de alcanzar la madurez y que por tanto afectan la salud mental.

Esa, es la característica de la población escolar motivo de este estudio, la presencia de una alteración psicopatológica y el objetivo es conocer la posible influencia de esas alteraciones en la manifestación del rendimiento escolar aprobación-reprobación.

Solomon⁵ ubica los problemas de los estudiantes pre-universitarios⁶ en seis grandes grupos:

- A) Problemas de rendimiento académico.
- B) Preocupaciones sexuales.
- C) Dificultades en las relaciones interpersonales.

5 Phillip Solomon et. al. Manual de Psiquiatría. p. 360-370.

6 Los alumnos pre-universitarios son aquellos que cursan la preparatoria, bachillerato o vocacional en nuestro país; lo utilizaremos en este sentido considerando que abarca desde la adolescencia hasta la vida adulta inicial cuando el joven ingresa a los estudios correspondientes a la Lic.

D) Preocupaciones acerca de la graduación.

E) Estudios truncados.

F) Problemas del estudiante graduado.

Nos abocaremos al primer grupo ya que es directamente el objetivo de este estudio aunque cualquier problema incluido en alguno de los grupos restantes puede influir en la aprobación-reprobación.

A) Problemas de rendimiento académico.

1. Deficiencias intelectuales.- Aunque son detectadas mucho antes de ingresar a la Universidad (problemas de lectura, trastornos orgánicos, deficiencias intelectuales, coeficiente intelectual (C.I.) por debajo del promedio normal, etc.), el alumno suele presentar cuadros depresivos o sentimientos de inadecuación; por ello es conveniente que reciba ayuda especializada.

2. Dificultades en la concentración.- Que se traduce en la incapacidad para organizar, ejecutar y/o dirigir el pensamiento después de muchas horas de dedicación al mismo fin. Probablemente porque sus preocupaciones sociales o familiares, sus remembranzas obsesivas, sus intereses sexuales o sus sentimientos de culpa se desplazan hacia sus estudios.

3. Incapacidad para trabajar.- En lo que se refiere al trabajo académico aunque desarrolle bien todos los aspectos que se excluyen de la carrera profesional. Una de las razones puede ser que se esté ajustando al nuevo medio social y esto implica una mayor preocupación.

Otra razón es que "... el fracaso previo para ser autónomo y autocapaz puede haberlo dejado excesivamente dependiente y puede estar esperando que a merced de otro fracaso, atraiga a una nueva autoridad que substituirá a los progenitores y le dirá que es lo que debe hacer y como hacerlo. La falta de interés o un fracaso estrepitosos en los estudios puede servir como un medio efectivo para rebelarse contra los progenitores que han sido unos intrusos, dominantes o se han visto implicados en el éxito académico del estudiante"⁷.

4. Ansiedad en los exámenes.- Es un problema cotidiano con mayores implicaciones si el éxito en los exámenes está condicionado porque significa el rechazo o la aprobación de los progenitores. Por otra parte la reprobación puede ser el deseo inconsciente del alumno con la finalidad de probar a sus padres o de lastimarlos aunque conscientemente existe el temor de reprobar.

5. Trastornos del pensamiento.- Cuando se encuentran alterados la abstracción y la organización para los estudios.

6. Depresión provocada por fracasos para mantener los niveles usuales de aprovechamiento.- El estudiante que en el nivel escolar inmediato anterior era sobresaliente, se encuentra en la Universidad en competencia con muchos otros estudiantes con igual habilidad y aptitudes. Entonces deberá fortalecer la base de su identidad y autoestima para aceptar y canalizar

7 Solomon et. al. op. cit. p. 363.

adecuadamente la competencia en el plano académico y social.

4.2.1 Aprobación-Reprobación.

En la U.N.A.M., la manifestación A-R (aprobación-reprobación) ya ha sido estudiada cuantitativamente por investigadores del Centro de Investigación y Servicios Educativos (C.I.S.E.) en las carreras impartidas a nivel licenciatura; para este estudio se tomarán algunos de los lineamientos metodológicos seguidos en otros estudios y otros serán adaptados a las condiciones específicas que se hagan necesarias.

La manifestación A-R (aprobación-reprobación), es concebida "... como un criterio establecido por la institución escolar para expresar los resultados del proceso enseñanza-aprendizaje es una forma operativa o práctica de representar los logros perceptibles de los alumnos y constituye el referente más importante sobre el que se apoyan la acreditación escolar y la promoción de alumnos a ciclos o grados superiores, además de constituirse en un criterio de evaluación del funcionamiento de la institución"⁸.

Del concepto anterior se pueden extraer los elementos más significativos para su análisis:

- La A-R es el resultado final del proceso de enseñanza-

⁸ Rosa Ma. Camarena Córdova et. al. "Aprobación y reprobación en la U.N.A.M., una propuesta para su..." en revista Perfiles Educativos # 32 México, 1986 p. 4

aprendizaje.

- Este resultado representa los logros observables que obtienen los alumnos.

- De todos los elementos utilizados en la evaluación escolar se constituye como el más importante ya que de este resultado depende el que un alumno sea promovido a un grado superior y finalmente, al constituirse en un criterio de evaluación de la institución permite conocer la calidad de la docencia y la adecuación de los planes de estudio, entre otras cosas.

Sin embargo, la A-R no deja de contener elementos de subjetividad puesto que son datos representativos "... de la valoración hecha por el docente de los logros escolares alcanzados por los alumnos...valoración que es realizada según la interpretación que el docente hace tanto de las normas y criterios establecidos por la institución escolar para la acreditación como de los aprendizajes alcanzados por los alumnos..."⁹.

Limitantes de este estudio.

1ª La propuesta de investigación de la A-R que se ha consultado, está centrada en el estudio cuantitativo de la misma en una de las carreras impartidas en la U.N.A.M. a nivel licenciatura. Por la diversidad de carreras que cursan los alumnos de la muestra seleccionada, ésta será una variable que no se podrá controlar. A pesar de ello, todas las carreras

9 Idem.

impartidas en la U.N.A.M. poseen como característica común el estar determinadas por el conjunto de principios, leyes, reglamentos y disposiciones que rigen la vida universitaria.

2ª No se trata de toda una generación de alumnos, sino que la muestra estará constituida por aquellos alumnos que en el ciclo escolar 87-88 resultaron con una psicopatología.

4.2.2 Aspectos normativos de carácter general relacionados con el estudio de la A-R.

1). Instrumentos y formas para la acreditación y certificación de conocimientos.

El artículo 2º del Reglamento General de Exámenes de la U.N.A.M.¹⁰ establece dos modalidades:

a) Examen ordinario. b) Examen extraordinario.

Los resultados de ambos tipos de exámenes se expresan mediante los símbolos: MB (Muy Bien) y equivalencia numérica 10; B (Bien), equivalencia numérica 8; S (Suficiente), con equivalencia numérica 6 que representa la calificación mínima para acreditar una asignatura y, NA (No acreditado) sin equivalencia numérica indicativo de que los resultados del examen presentado por el alumno no son suficientes para acreditar una asignatura.

10 Reglamentos escolares de la U.N.A.M. Reglamento General de Exámenes, Cap. I Arts. 2º, 3º y 4º. Cap. II Exámenes Ordinarios Arts. 10 y 11. Cap. III Arts. 14 y 16. U.N.A.M. México, 1981 p. 27-31.

Cuando el alumno a pesar de haberse inscrito en la materia no se presente a examen la nota correspondiente será NP (No presentado).

2). Instrumentos de organización académica.

Plan de estudios específico para cada carrera; éste es el instrumento que guía la forma en que los alumnos deben cursar la carrera.

3). Inscripción de alumnos.

Ningún alumno puede inscribirse más de dos veces para cursar una asignatura, pero si una vez cubierto este número de inscripciones no se ha logrado acreditar la materia, se podrá recurrir a la presentación de un examen extraordinario, que no pueden exceder de dos en cada semestre lectivo. De aquí que el alumno tiene más de una oportunidad para acreditar cada asignatura tanto mediante exámenes ordinarios como extraordinarios.

Resumiendo, existen pues tres tipos de resultados escolares: el de los aprobados (A), en el que se consideran los alumnos que lograron acreditar la materia independientemente de la calificación obtenida (MB, B o S); el de los reprobados (R), aquellos que no la acreditaron (NA) y el de los no presentados (NP) de los que se desconocen las causas de la no presentación pero que guardan situaciones distintas con respecto a los que se les asigna la nota NA.

Capítulo 5: Investigación de campo acerca de las psicopatologías del estudiante universitario de primer ingreso al nivel superior en la U.N.A.M. y su correlación con el rendimiento escolar (aprobación-reprobación).

5.1 Justificación.

En la siguiente investigación, se pretende conocer y analizar si las conductas y alteraciones psicopatológicas -que ya han sido detectadas por el Servicio de Salud Mental de la D.G.S.M. en los alumnos de primer ingreso al nivel superior en la U.N.A.M.-, pueden o no influir en el adecuado desarrollo y aprovechamiento escolar -expresado en el número de materias aprobadas y reprobadas-, para proponer acciones de Trabajo Social tendientes a contribuir en la solución de este problema.

Dentro de la legislación universitaria y específicamente en el Reglamento Escolar, se estipula que todo aspirante a ingresar a la U.N.A.M., es seleccionado de acuerdo a su capacidad académica y a su estado de salud con el objetivo de demostrar que se encuentra apto para cursar sus estudios en ella. Esto es relativo puesto que una vez que es aceptado de acuerdo a sus capacidades académicas, se le practica el examen médico.

A partir de 1944 se viene practicando un examen médico a toda la población de primer ingreso en los diferentes grados académicos con la finalidad de diagnosticar y tratar cualquier

padecimiento que pueda interferir con su desarrollo escolar. Ante el incremento en la matrícula de alumnos, en el año 1977 se implementó un examen médico computarizado (conocido como E.M.P.I.) que es un procedimiento computarizado que ayuda en la detección oportuna de las enfermedades, lo que permite su aplicación a grandes grupos de población. Hasta el año 1985, sólo abarcaba aspectos biológicos y socio-económicos mediante cuestionarios y exploración física directa pero debido al aumento en el número de casos que se fueron presentando de trastornos neuróticos, trastornos adaptativos, reacciones depresivo-ansiosas, entre otros, detectados por el médico general durante la entrevista clínica posterior a la aplicación del examen médico, en 1986 se incluyeron en el E.M.P.I. dos test psicológicos, el Cuestionario General de Salud (Goldberg) y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), en los cuales se explora el estado de salud mental del individuo. Con la inclusión de estos dos test en el E.M.P.I. se aborda la salud del estudiante desde una perspectiva bio-psico-social.

Hasta el momento no existen estudios en los que se relacionen las psicopatologías más frecuentes detectadas en el estudiante universitario con su rendimiento escolar.

Este estudio fue realizado por dos pasantes de la Lic. en Trabajo Social, para ello se tomaron en cuenta a aquellos alumnos que resultaron con una probable psicopatología en el E.M.P.I. aplicado en el periodo escolar 87-88, y cuyo

diagnóstico fue comprobado a través de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada y que debieron haber recibido terapia en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. Se utilizó el seguimiento de casos de una muestra representativa para investigar el número de materias aprobadas y reprobadas (a través de una ficha de registro) a la vez que se conoció la situación en cuanto a tratamiento recibido por medio del expediente clínico. Paralelamente se tuvo un grupo o muestra control con la que se utilizó la misma ficha de registro y cuya característica fue la de no presentar alteración psicopatológica.

5.2 Objetivos.

- Conocer y analizar la influencia de las conductas y alteraciones psicopatológicas en el adecuado desarrollo y aprovechamiento escolar de los estudiantes.

- Realizar el seguimiento de casos de los alumnos que presentaron alguna psicopatología para conocer su rendimiento escolar expresado en número de materias aprobadas y reprobadas.

- Correlacionar las psicopatologías más frecuentes detectadas en el estudiante de primer ingreso con su rendimiento escolar.

- Proponer acciones de intervención de Trabajo Social para abordar el problema.

- Fundamentar la importancia de la incorporación definitiva

de Trabajo Social al Servicio de Salud Mental de la D.G.S.M. mediante la propuesta de un programa de trabajo.

5.3 Hipótesis de trabajo.

Las psicopatologías detectadas en los alumnos de primer ingreso al nivel superior en la U.N.A.M., pueden disminuir su desempeño escolar, que se expresa en un mayor número de materias reprobadas, disminuyendo por lo tanto su rendimiento escolar.

5.4 Diseño de la investigación de campo.

Para el desarrollo del trabajo de campo, se decidió aplicar un modelo experimental que se conoce en Ciencias Sociales como experimento ex-post-facto que como sabemos implica la técnica de controlar mediante la creación de dos grupos semejantes uno de los cuales ha sido expuesto a un estímulo (causa hipotética) de modo que se produce el contraste.

Diseño de la muestra.

El universo¹ de la investigación, estuvo constituido por la totalidad de alumnos que en el periodo escolar 87-88 resultaron con una probable psicopatología después de la aplicación del E.M.P.I. y cuyo diagnóstico (grados psicopatológicos 1, 2, 3, 4 y 5) fue comprobado mediante la entrevista

¹ Las entrevistas psiquiátricas estandarizadas que constituyen el universo y la muestra se encuentran en el archivo del Servicio de Salud Mental de la D.G.S.M. y por razones de confidencialidad omitimos sus nombres y los números de cuenta.

psiquiátrica estandarizada.

N = Universo de la investigación.

N = 106 casos grados psicopatológicos 1, 2, 3, 4, y 5.

Muestra 1: a la que denominamos muestra experimental y cuya característica fue la de presentar una psicopatología² comprobada con grado de severidad 3, 4 ó 5 y estar actualmente bajo tratamiento o haber recibido ayuda terapéutica en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina.

n1 = muestra 1

n1 = 68 casos con grado psicopatológico 3, 4 y/o 5

Menos 2 entrevistas extraviadas Total = 66

∴ n1 = 66

Tipo de muestreo utilizado: no probabilístico intencional o selectivo.

Muestra 2: a la que designamos como grupo testigo o grupo control y cuya particularidad fue no presentar una psicopatología y estar inscrito en el mismo grupo escolar de su correspondiente en la muestra 1 (misma edad y sexo).

Como n2 debería ser igual a n1 entonces n2 = 66 casos.

Tipo de muestreo seleccionado: no probabilístico intencional o selectivo.

Procedimiento para el trabajo de campo.

Justificación del instrumento.

2 Causa hipotética o estímulo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Para la recolección de la información de campo, se tenía contemplada la aplicación de un instrumento en forma personal a cada uno de los alumnos que componen la muestra (tanto del grupo experimental como del grupo control). Después de realizar una prueba piloto, se comprobó que resultaba inoperante dicho instrumento pues varios de los casos seleccionados en la muestra del grupo experimental, desertaron de sus carreras de origen y para realizar el seguimiento se requiere por un lado de mayor tiempo para llevar a cabo la investigación como se había formulado en un principio y por otro lado, una mayor disposición de recursos humanos que se desplazaran a cualquier punto de la ciudad en busca de la información; por ello se diseñó un instrumento³ al que se denominó Ficha de registro de la A-R de alumnos de primer ingreso al nivel superior en la U.N.A.M. Con este nuevo instrumento y con las Entrevistas Psiquiátricas seleccionadas (grados psicopatológicos 3, 4 y/o 5) se procedió a la localización de dichos alumnos, se elaboraron oficios dirigidos a los responsables de los Servicios Escolares de las diferentes escuelas y facultades con la finalidad de que permitieran obtener la información por medio del expediente escolar (historial académico) o por computadora para registrar la información que se requiera. Una vez recolectada la información, se codificaron y tabularon los datos para obtener los resultados, mismos que se presentan a continuación.

3 Véase instrumento anexo.

5.5 Análisis e interpretación de resultados.

a. Diagnósticos que presentó la muestra 1:

El 36 % de la muestra presentaron como diagnóstico depresión neurótica (24 alumnos).

Un 10% (7 casos) presentó estados de ansiedad.

Otro 10% reacción depresiva prolongada.

Un 10% más, reacción depresiva breve.

9% (6 casos) tuvieron como diagnóstico un trastorno afectivo de la personalidad.

A un 4% (tres casos de la muestra) lo diagnosticaron con depresión enmascarada.

Con 3% (dos casos) se registraron trastornos neuróticos, abuso de drogas sin dependencia y trastorno obsesivo compulsivo.

Desviaciones y trastornos sexuales, trastorno esquizoide de la personalidad, reacción de adaptación, perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia con ansiedad y miedo, reacción aguda ante gran tensión y trastorno asténico de la personalidad estuvieron representados cada uno de ellos con el 2% (un solo caso de la muestra).

b. Grado de severidad psicopatológica.

60 casos de la muestra (90.90%), resultaron con grado de severidad 3, es decir, que la sintomatología mental presentada por los sujetos, fue moderada y no complicada, requiriendo ayuda en consulta externa.

6 casos (9.10% de n1) presentaron grado de severidad 4, el sujeto requería necesariamente ayuda psiquiátrica en

consulta externa e incluso un internamiento lo hubiera beneficiado aunque no era indispensable.

Ningún caso presentó grado de severidad 5.

c. Sexo.

Para n1 y n2.

De la muestra seleccionada (66 casos), un 38% correspondió al sexo masculino y 62% al sexo femenino.

d. Edad.

Para n1 y n2.

21% tenfa en el periodo escolar 87-88, 18 años.

31% tenfa 19 años.

18%, 20 años.

13% correspondió a los casos con 21 años.

7% comprendió a los sujetos con 22 años.

2% de la muestra tenfa 23 años; con este mismo porcentaje las siguientes edades: 24, 28, 29 y 31 años.

e. Escuelas y Facultades.

(Únicamente en Campus Universitario).

8% correspondió a la facultad de Arquitectura.

11% a la facultad de Ciencias.

9% a la facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

1% a la facultad de Química.

12% a la facultad de Contaduría y Administración.

15% de los sujetos muestreados provenfan de la facultad de Economía.

8% a la facultad de Filosofía y Letras.

Un 9% fue de la facultad de ingeniería.

5% de la facultad de Medicina.

9% de la Escuela Nacional de Trabajo Social.

12% correspondió a la facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia.

Finalmente 1% correspondió a la Facultad de Psicología.

La facultad con un mayor número de casos fue la facultad de Economía, le siguieron en ese orden Contaduría y Administración y Medicina Veterinaria y Zootecnia.

Las facultades que menos casos registraron fueron: Química y Psicología.

Dentro de Campus Universitario las facultades de Derecho y Odontología no presentaron casos con psicopatología grados de severidad 3, 4 y/o 5.

De los 66 casos que se tenían, 15 alumnos causaron baja según datos proporcionados por los Servicios Escolares de sus respectivas escuelas y facultades. En relación a la muestra representaron el 23%, a éstos sumamos 4 casos más que fueron cambios de carrera (6%) lo cual nos brinda un total de 47 casos, como n_2 debía reunir las mismas características que n_1 , de n_2 se anuló el mismo número de casos (19) con la finalidad de conservar la igualdad de condiciones. Por lo anterior, a partir de aquí los datos se consideraron tomando para $n_1= 47$ y $n_2= 47$.

En relación a las facultades con mayor número de bajas (3 alumnos cada una) fueron Ciencias, Ciencias Políticas y Medicina.

f. Nº de semestres de que consta la carrera.

24% de los alumnos de la muestra, cursan carreras que constan de 8 semestres.

21% en carreras de 9 semestres y 55% en carreras de 10 semestres.

g. Semestre que cursan actualmente.

- Para n1:

9% cursa primer semestre.

26% está cursando tercer semestre.

4% cuarto semestre.

51% cursan 5º semestre, es decir que estos alumnos están cursando el semestre que corresponde si se toma como base el año de ingreso.

2% cursa 2º y 3er. semestre simultáneamente, con este mismo porcentaje los alumnos que cursan 2º y 4º semestre y 3º y 5º semestre.

Un 4% cursa 3º y 4º semestre.

- Para n2:

2% cursa 2º semestre.

28% cursa 3er. semestre.

6% cursa 4º semestre y finalmente 64% cursa 5º semestre.

A diferencia de n1, el porcentaje de alumnos de la muestra 2 que se encuentran recursando es menor que el de n1 (49% de n1 contra 36% de n2) hay una diferencia de 13%.

h. Semestre que deberfan estar cursando.

Todos sin excepción deberfan estar cursando 5º semestre.

i. Nº de materias aprobadas en cursos o exámenes ordinarios.

- Para n1:

17% de los alumnos de la muestra han aprobado entre 0 y 5 materias.

34% ha aprobado entre 6 y 10 materias.

15% entre 11 y 15.

19% entre 16 y 20 materias.

13% entre 21 y 25 "

2% entre 26 y 30 "

Lo anterior significa que el mayor porcentaje se encuentra en los alumnos que sólo han aprobado entre 6 y 10 materias de 25 a 30 materias (aproximadamente) que deberían estar cursadas.

- Para n2:

15% para los alumnos que han aprobado entre 0 y 5 materias.

9% para los que han aprobado entre 6 y 10 materias.

42% para los que han aprobado entre 11 y 15 materias.

21% para el rango de entre 16 y 20 materias.

11% para los que han aprobado entre 21 y 25 materias.

2% para los que han aprobado entre 26 y 30 materias.

En relación con los resultados de la muestra 1, en la muestra 2 el mayor porcentaje se ubica en los alumnos que han aprobado entre 11 y 15 materias.

j. Nº de materias reprobadas.

- Para n1:

La proporción de alumnos que no reprueban es de .15 (15%).

La proporción de alumnos que reprobó entre 1 y 3 materias

es de .36 (36%) del total de la muestra.

.19 (19%), es la proporción de alumnos que han reprobado entre 4 y 6 materias.

La proporción de la muestra que ha reprobado entre 7 y 9 materias es de .17 (17%).

La proporción que ha reprobado en 10 y 12 materias es de .11 (11%).

La proporción de alumnos que reprobó trece y más materias fue de .02 (2%).

- Para n2:

La proporción de alumnos que no ha reprobado materias es de .34 (34%).

Para los que han reprobado entre 1 y 3 materias la proporción fue de .21 (21%).

A los que reprobaron entre 4 y 6 materias correspondió la proporción de .23 (23%).

La proporción de alumnos que reprobó entre 7 y 9 materias fue de .09 (9%).

La proporción de la muestra que reprobó entre 10 y 12 materias fue de .11 (11%) igual que la proporción de n1.

Finalmente la proporción de alumnos que reprobó trece y más materias fue de .02 (2%) igual que n1.

Entre n1 y n2 la diferencia se manifestó principalmente en la proporción de alumnos que no ha reprobado materias (.15 de n1 contra .34 de n2); para n1 fue mayor la proporción de alumnos que reprobren entre 1 y 3 materias (.36) contra .21 de n2.

De igual forma para n1 fue mayor la proporción (.17) de alumnos que reprobaron entre 7 y 9 materias, fue mayor que la proporción registrada en n2 que fue de .09.

k. Nº de materias aprobadas en exámenes extraordinarios.

En este apartado se registraron las materias reprobadas en cursos o exámenes ordinarios y que ya fueron aprobadas en exámenes extraordinarios; los resultados se manifestaron de la siguiente manera:

- Para n1:

15 % presentó exámenes extraordinarios porque no ha reprobado materias.

60% no ha aprobado materias en exámenes extraordinarios.

23% ha aprobado entre 1 y 3 materias.

2% ha aprobado entre 4 y 6 materias.

Estos resultados nos muestran que un gran porcentaje de alumnos aunque ha presentado exámenes extraordinarios no ha logrado aprobar las materias que ha reprobado.

- Para n2:

34% no ha reprobado materias.

38% no ha aprobado en exámenes extraordinarios, las materias que ha reprobado.

28% ha aprobado entre 1 y 3 materias.

Para n2, el porcentaje de alumnos que no ha aprobado materias en exámenes extraordinarios, es un 22% menor que el porcentaje de n1, porcentaje que marca una gran diferencia entre las dos muestras.

1. Porcentaje de avance de la carrera.

En este momento todos los alumnos que componen la muestra deberfan haber avanzado un 50% de su carrera, sin embargo los resultados manifestaron lo siguiente:

- Para n1:

17% ha avanzado entre 0% y 9.99%.

15% ha adelantado entre 10% y 19.9%.

25% ha avanzado entre 20% y 29.9%.

11% entre 30% y 39.9%.

32% entre 40% y 49.9%

Ningún alumno ha avanzado el 50% de su carrera.

- Para n2:

11% ha avanzado entre 0% y 9.99%

9% ha avanzado entre 10% y 19.9%.

23% ha adelantado entre 20% y 29.9%.

34% entre 30% y 39.9%.

23% entre 40% y 49.9%.

Ningún alumno ha avanzado el 50% de su carrera.

Para n2 el mayor porcentaje se registró en los alumnos que han avanzado entre 30 y 39.9%.

m. Promedio actual.

- Para n1:

La media aritmética de los promedios fue de 7.79

- La media aritmética de los promedios de n2 fue de 7.51

Conforme a lo anterior, la media de los promedios de n1 fue mayor que la de la muestra 2.

La diferencia encontrada en la media aritmética de los promedios se debe a que en la muestra 2 se registraron tres promedios con calificación de cero debido probablemente a que han reprobado todas las materias.

De los **47** casos examinados, solo el **15%** acudió a trata miento y no lo ha concluido.

*** Para todos los resultados anteriores se anexan las gráficas y cuadros correspondientes.**

Análisis global.

En cuanto a psicopatologías que presentó la muestra, el trastorno predominante fue la depresión neurótica, trastorno caracterizado por depresión desproporcionada generalmente posterior a una experiencia aflictiva. La sintomatología esencial es una alteración crónica del estado de ánimo en la que se da tanto el estado de ánimo deprimido como una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.

El grado de severidad psicopatológica registrado fue 3 (90.90% de la muestra), esto indica que en realidad la sintomatología mental presentada por los alumnos fue moderada pero requerían ayuda en consulta externa.

Más del 50% de los casos correspondió al sexo femenino lo que está acorde con el diagnóstico que prevaleció (depresión neurótica) pues este trastorno según las estadísticas es más frecuente entre las mujeres adultas.

Edad. El mayor porcentaje se acumuló en los alumnos que en el periodo escolar 87-88 contaban con 19 años.

Las depresiones neuróticas habitualmente empiezan al inicio de la edad adulta.

La facultad que aportó mayor número de casos fue la de Economía aunque en las bajas anotadas no aparecen los alumnos que se inscribieron en esta facultad.

De acuerdo con los resultados obtenidos, consideramos que las psicopatologías como causa hipotética, no influyeron

en principio en la variable A-R si no en otra de las variables que forma parte del todo que es el fenómeno rendimiento escolar, la variable deserción. Del total de la muestra, un 23% desertó de sus respectivas carreras.

Por lo que respecta a la variable estudiada (A-R), solo la mitad de los sujetos muestreados cursa el semestre que deberfan estar cursando, el otro 50% está recursando semestres anteriores al 5º porque de acuerdo con el reglamento general de inscripciones de la UNAM y a la seriación de materias en las diferentes carreras, quien tiene más de 2 materias reprobadas no se puede reinscribir al semestre inmediato superior.

En términos generales, los alumnos que presentaron una psicopatología reprueban entre 1 y 3 materias, mientras que para n2 la mayor proporción de alumnos que reprueban se concentró en los que reprueban entre 4 y 6 materias; pero para n1 la proporción de alumnos que no han reprobado fue de .15 a diferencia de n2 que fue de .34.

De todas las materias que han reprobado los alumnos de n1 un 60% no las ha aprobado en exámenes extraordinarios y un 38% de los alumnos de n2.

Estos resultados nos remiten a los síntomas que se presentan en el trastorno depresión neurótica que son entre otros y para lo que nos interesa destacar: disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa; disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad; pérdida de interés; actitud pesimista

hacia el futuro, etc.

En cuanto a porcentaje de avance en la carrera, los alumnos de n1, han avanzado entre un 40 y un 49.9%, es decir, que no han tenido un progreso del 50% o mayor.

En la muestra 2, se manifestó diferente, ya que el mayor porcentaje se ubicó en el rango de avance de entre 30 y 39.9%.

El último dato consignado, fue el de los promedios de calificaciones de cada uno de los alumnos, en este caso, n1 fue mayor que n2, es decir que la media aritmética de los promedios de calificaciones de los alumnos que presentaron una psicopatología, fue .28 centésimas de punto mayor que la media aritmética de los promedios de n2, esto se debió en gran parte a que tres casos de la muestra 2 tuvieron como promedio 0.

Finalmente, de los 47 casos examinados, sólo el 15% del total, acudió a tratamiento y no lo ha concluido.

6. Propuesta de Intervención de Trabajo Social.

Justificación.

En los últimos años, la participación del trabajador social en el área de la salud ha ido evolucionando de tal manera que la demanda de estos profesionistas ha sido prioritaria en esta área.

Esto, le ha permitido incursionar también en el campo de la salud mental debido a que su formación profesional le permite realizar funciones y actividades propias de las instituciones dedicadas a la prevención, curación y rehabilitación de la salud mental.

El trabajador social, logró incorporarse por vez primera al Servicio de Salud Mental dependiente del Departamento de Salud Pública de la Dirección General de Servicios Médicos (D.G.S.M.) de la U.N.A.M. en el año de 1987, a nivel de pasantes prestadores de Servicios Social que como es bien sabido, es una actividad temporal y obligatoria en donde se ponen en práctica los conocimientos profesionales y se contribuye a la sociedad, los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura.

La D.G.S.M., cuenta con una Coordinación de Trabajo Social, pero ésta, no interviene directamente en los programas del Servicio de Salud Mental.

Durante el tiempo que duró el Servicio Social, nos pudimos

percatar de que los recursos humanos con los que cuenta el Servicio de Salud Mental, son insuficientes para atender a una población superior a los 350,000 alumnos que año con año ingresan a la U.N.A.M. a cursar sus estudios de nivel medio superior y superior. Si bien no toda la población requiere de atención psiquiátrica, a una buena proporción de ella, no es posible atenderla adecuadamente.

Para cubrir las demandas del servicio, se solicita el apoyo de pasantes de Psicología y de Trabajo Social.

Para los pasantes de Psicología, existe una persona que se encarga de elaborar un programa para los pasantes de esta licenciatura, pero para el área de Trabajo Social, no existe programa alguno para la prestación de servicio social. Desde el año 1987 y hasta la fecha, se ha venido trabajando con el programa que las pasantes en ese año realizamos. Proponemos:

La incorporación definitiva al Servicio de Salud Mental y a cada uno de los Planteles Periféricos, de por lo menos un profesionista de Trabajo Social, de manera que los programas que se llevan a cabo dentro del Servicio no se vean interrumpidos cada vez que un nuevo grupo de pasantes se incorpora.

Esta incorporación definitiva, la proponemos basándonos en la experiencia adquirida durante la realización del Servicio Social y porque es indispensable que un Servicio como el de Salud Mental, cuente con un grupo de profesionistas del área que si bien, no son todos especializados en el sentido estricto

de la palabra, si tienen los conocimientos necesarios para cumplir con los objetivos del Servicio de Salud Mental y de la Institución.

Objetivo General.

Incorporar definitiva y permanentemente al Servicio de Salud Mental y a cada uno de los planteles periféricos, a un profesionista Licenciado en Trabajo Social, para la promoción, educación, protección y restauración de la salud mental.

Plano de participación organizativa:

Plano directivo (como Coordinador en el Servicio de Salud Mental de la DGSM).

Plano aplicativo (en cada uno de los planteles periféricos brindando atención en servicios).

Tomando como modelo el "Perfil profesional del trabajador social en el área de la salud"¹ y considerando los objetivos de la institución y del Servicio de Salud Mental, el trabajador social realizaría las siguientes funciones y actividades:

Definición de Funciones y Actividades

del trabajador social adscrito al

Servicio de Salud Mental

¹ Margarita Teran Trillo et. al. "Perfil profesional del trabajador social en el área de la Salud". Revista de Trabajo Social N° 37. ENTS-UNAM, México, enero-febrero-marzo 1989 p. 46-52.

INVESTIGACION

- Diseñar protocolos específicos.
- Colaborar en el desarrollo de investigaciones clínico-epidemiológicas.
- Identificar factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de enfermedades mentales.
- Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnósticos de salud.

ADMINISTRACION

- Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades de la población estudiantil universitaria.
- Elaborar el subprograma de actividades de los pasantes de Trabajo Social.
- Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos.
- Evaluar con el jefe del Servicio, los programas a su cargo.
- Establecer coordinación intra y extrainstitucionalmente.
- Controlar los procesos administrativos del Servicio de Trabajo Social.
- Diseñar manuales de normas y procedimientos del Servicio de Trabajo Social.
- Hacer acopio de material didáctico y de difusión.

ADMINISTRACION

Realizar informes de actividades en forma semanal, mensual, trimestral, etc.

Apoyar en su momento, el programa EMPI en Ciudad Universitaria y planteles periféricos.

Informar a su jefe inmediato de los problemas y desviaciones detectados en la ejecución de los subprogramas, así como los avances del mismo.

EDUCACION

Implementar acciones preventivas que permitan disminuir la incidencia de problemas en el área de la salud mental.

Llevar a cabo campañas de sensibilización y motivación para estimular e incrementar la participación de los alumnos en la solución de sus problemas de salud mental.

Organizar grupos entre la población universitaria para lograr su participación en las actividades organizadas por la DGSM y el Servicio de Salud Mental.

Orientar a la población que solicite atención en salud mental.

ENSEÑANZA

Difundir las funciones y programas de los Servicios de Trabajo Social ante nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes.

ENSEÑANZA

Asesorar a estudiantes y pasantes de Trabajo Social.

Organizar y coordinar sesiones informativas y educativas con los pasantes durante su estancia en la institución.

Programar y efectuar visitas de supervisión a estudiantes.

Realizar sesiones clínicas y bibliográficas.

Asistir y participar en las reuniones o eventos que convoquen las autoridades superiores.

Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones que estén relacionados con el Servicio de Salud Mental.

Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional.

ASISTENCIA

Proporcionar orientación en salud mental, tanto a pacientes como a sus familiares cuando sea necesario.

Realizar estudio y seguimiento de casos psicosociales.

Canalizar a pacientes a otras unidades operativas (porque no corresponden a la especialidad, falta de recursos en el área, ser derechohabientes de alguna otra institución, o continuar su tratamiento).

**PROMOCION SOCIAL
O
COMUNITARIA**

Participar en campañas comunitarias de salud mental.

Realizar estudios de comunidad, para incorporar los intereses y expectativas de los estudiantes a los recursos de la institución.

Integrar grupos de educación para la salud mental entre de los pacientes que acuden a la DGSM.

SISTEMATIZACION

Analizar el conjunto de los casos atendidos, para conformar indicadores del perfil del usuario de los servicios de salud mental.

Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.

Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias.

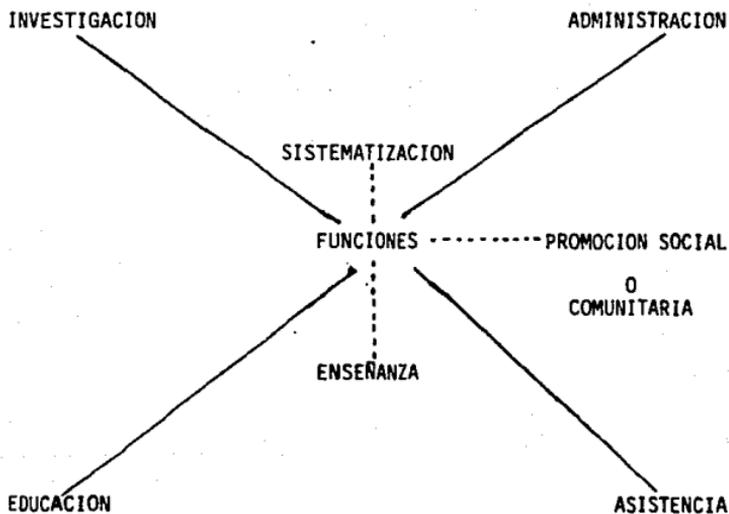
Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos mentales de la población atendida.

Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad mental.

Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo.

Teorizar sobre las formas de intervención específicas de Trabajo Social.

FUNCIONES DEL PERFIL PROFESIONAL DEL
TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD* MENTAL.



Código:

——— Funciones básicas.

- - - Funciones secundarias.

* Idem. p. 52

Estimamos que con la incorporación de un profesionalista (inicialmente), Licenciado en Trabajo Social, al Servicio de Salud Mental, se aprovecharía mejor el apoyo de recursos humanos como son los pasantes prestadores de servicio social ya que una sola persona al frente de la Oficina de Salud Mental es insuficiente para tener un control adecuado de los programas que están a su cargo.

Esperamos hacer llegar hasta las autoridades correspondientes, esta investigación y la propuesta que de ella se ha derivado para poner de manifiesto que los profesionistas de Trabajo Social, estamos debidamente preparados para llevar a cabo investigaciones que contribuyan a alcanzar los objetivos trazados por las instituciones.

CONCLUSIONES

De lo anteriormente expuesto, concluimos que:

- 1.- Este estudio solo constituye un acercamiento al fenómeno rendimiento escolar puesto que para llegar a él, se requiere un estudio más profundo y detallado en el que se estudien las variables mediante las cuales es posible conocer sólo este fenómeno y son:
 - Aprovechamiento escolar.
 - Calificaciones.
 - Aprobación.
 - Reprobación.
 - Repetición.
 - Deserción.
 - Egreso.
 - Eficiencia terminal.

- 2.- Además de la variable que se planteó esclarecer, quedó demostrado que las psicopatologías detectadas en el estudiante universitario, influyen en la variable deserción puesto que un porcentaje considerable de la muestra, fue dado de baja por sus respectivas facultades y escuelas.

- 3.- Sostenemos por lo tanto que las psicopatologías detectadas en el estudiante universitario de primer ingreso al

nivel superior en la UNAM en el ciclo escolar 87-88, sí influyen en la variable aprobación-reprobación con lo cual queda probada parcialmente la hipótesis sustentada: "Las psicopatologías detectadas en los alumnos de primer ingreso al nivel superior en la UNAM, pueden disminuir su desempeño escolar que se expresa en un mayor número de materias reprobadas disminuyendo por lo tanto, su rendimiento escolar; y decimos parcialmente porque no se incluyeron variables relacionadas con el aspecto socio-económico.

4.- Como consecuencia de la reprobación, se registró un alto porcentaje de alumnos repetidores.

Con estos elementos, se tuvieron 4 variables reconocidas para el estudio del rendimiento escolar: aprovechamiento escolar, aprobación-reprobación, repetición y deserción.

5.- Este estudio no pretende generalizar, puesto que es necesario tener un control más estricto sobre muchas variables que intervienen, algunas de estas variables son:

- a) Facultad o Escuela.
- b) Carrera.
- c) Total de créditos a cursar.
- d) Seriación de materias.
- e) Posibilidad de adelantar materias.

entre otras. Sin embargo, la experiencia puede constituir un mínimo aporte a la carrera tanto en el área psiquiátrica como en el área escolar.

- 6.- Confiamos en hacer llegar hasta las autoridades correspondientes, este trabajo para que en un futuro, sea tomado en consideración para la inclusión de un grupo de trabajadores sociales tanto en la D.G.S.M. como en los Planteles Periféricos.

SUGERENCIAS

- 1.- Consideramos conveniente que profesionistas del área de Trabajo Social, se incorporen en forma definitiva al Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM, para dar apoyo y continuidad a los programas de primer nivel de atención, de asistencia y de investigación.
- 2.- Es necesario crear un programa de seguimiento de casos que permita en forma efectiva, llevar un control de todos los alumnos a los que les es detectada una psicopatología y que son enviados a recibir ayuda terapéutica en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, pues una vez que llegan ahí, se pierde la continuidad de un programa que comienza con la aplicación del EMPI, por esta razón no se conoce realmente la efectividad de los programas que se ponen en marcha, por ejemplo los de atención de primer nivel.
- 3.- Sugerimos a las autoridades de la ENTS, crear estudios de posgrado en el área de la Salud Mental puesto que el curso que se imparte en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, no está reconocido como estudios de posgrado sino como curso extracurricular únicamente.

Bibliograf fa

BIBLIOGRAFIA

- 1.- APODACA Rangel, Ma. de Lourdes. Metodología y técnicas de la investigación social. Ed. E.N.T.S.-U.N.A.M. México, 1984. 92 p.p.
- 2.- CASTELLANOS C., Marfa. Manual de Trabajo Social. Ed. La Prensa Médica Mex. México, 1962. 193 p.p.
- 3.- CLARAMUNT López, Fernando. Psiquiatría y Asistencia Social. Ed. Euroamérica. Madrid, España 1970. 362 p.p.
- 4.- FESTINGER, León. Los métodos de investigación en las ciencias sociales. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina 1978. 590 p.p.
- 5.- FLORES González Ma. Luisa. Antecedentes de la Ayuda en el mundo y en México. Ed. E.N.T.S.-U.N.A.M. México, 1986. 132 p.p.
- 6.- FRAZIER S., H. Introducción a la psicopatología. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina 1973. 168 p.p.
- 7.- FUENTE Muñoz, Ramón de la. Psicología Médica. Ed. F.C.E. México, 1983. 21ª reimp. 431 p.p.
- 8.- GARCIA Salord, Susana. La especificidad del Trabajo Social. Ed. E.N.T.S.-U.N.A.M. México, 1986. 97 p.p.
- 9.- GOLDBERG, D.P. et. al. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. B.R. Press Soc. Med. 24: 18-23, 1970.

- 10.- GREENWOD, Ernest. Sociología Experimental, Ed. F.C.E. México, 1951. 277 p.p.
- 11.- KOLB C. Lawrence et. al. Psiquiatría Clínica. Ed. Interamericana México, 1985. 850 p.p.
- 12.- LEMKAU, Paul V. Higiene Mental. Ed. F.C.E. México, 1984. 10ª reimp. 395 p.p.
- 13.- LEMUS, L. Evaluación del rendimiento Escolar. Ed. Kapeluz Buenos Aires, Argentina s/f 251 p.p.
- 14.- MUNRO M. D., Alistair et. al. Psiquiatría para trabajadores Sociales. Ed. Compañía Editorial Continental. México, 1978. 2ª impresión. 289 p.p.
- 15.- PARDINAS, Felipe. Metodología y Técnicas de investigación en ciencias sociales. Ed. Siglo XXI México, 1973. 11ª edición. 183 p.p.
- 16.- PHILLIP, Solomon et. al. Manual de Psiquiatría. Ed. El Manual Moderno. México, 1976. 2ª edición. 466 p.p.
- 17.- ROJAS Soriano, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. Ed. U.N.A.M. México, 1985 8ª edición. 277 p.p.
- 18.- SELLTIZ, Claire et. al. Métodos de investigación en las relaciones sociales. Ed. Rialp. España, 1980. 9ª edición. 817 p.p.

- 19.- TAMAYO Tamayo, Mario. El proceso de la investigación científica.
Ed. Limusa
México, 1985 5ª reimp.
127 p.p.
- 20.- TECLA Jiménez, Alfredo et. al. Teoría, métodos y técnicas en la investigación social.
Ed. Taller Abierto.
México, 1982. 13ª edición.
150 p.p.

REVISTAS

- 21.- CAMARENA C, Rosa Ma. et. al. "Aprobación y reprobación en la U.N.A.M., una propuesta para su análisis - cuantitativo."
Revista Perfiles Educativos # 32 CISE-U.N.A.M.
México, 1986. p. 3-28
- 22.- CAMARENA C, Rosa Ma. et. al. "Reflexiones en torno al - rendimiento escolar y a la eficiencia terminal."
Revista de la Educación - Superior # 53 Vol. XII, - México, enero-marzo 1985
176 p.p.
- 23.- DOMINGUEZ González, Juan A. "Salud Mental".
Revista Articulación # 31
DGSM-UNAM Año 2
México, 1987 7-9 p.
- 24.- FUENTE Muñoz, Ramón de la "Semblanza de la Salud Mental en México."
Revista Salud Pública de México, Vol. XXX # 6 México, nov-dic 1988 861-871 p.
- 25.- GARCIA, F. "Paquete de autoenseñanza de evaluación del aprovechamiento escolar."
CISE-UNAM, México, 1979
309 p.p.

- 26.- MARIN Méndez, Dora E. et. al. "Marco teórico para el estudio del rendimiento escolar. Evaluación del currículum".
Revista Perfiles Educativos # 27 CISE-UNAM.
México, enero-junio 1985
p. 26-45
- 27.- TERAN Trillo, Margarita "Perfil profesional del trabajador social en el área de la salud".
Revista de Trabajo Social # 37 ENTS-UNAM, México, enero-febrero-marzo, 1989
84 p.p.
- 28.- VIESCA Arrache, Ma. Martha "Líneas de reflexión para abordar el problema del trabajo aprovechamiento escolar".
Revista Perfiles Educativos # 14 1ª época. CISE-UNAM, México, oct-nov-dic 1981
p. 19-32

OTROS DOCUMENTOS

- 29.- ARCHIVO HISTORICO DE LA SECRETARIA DE SALUD. Secretaría de Salud.
Hoja mensual # 7.
Mayo, 1985.
- 30.- ARCHIVO HISTORICO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM
México, s/f
- 31.- ARCHIVO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL. Dirección General de Servicios Médicos.
UNAM, México, nov. 1989.
- 32.- DOMINGUEZ González Juan A. et. al. "Psicopatología del estudiante de primer ingreso a la UNAM 1986-1987".
Ponencia presentada en la XXI reunión anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Guanajuato, Gto. México, 1988. 19 p.p.

- 33.- GOLDBERG, D.P. "The detection of psychiatric illness by questionnaire". Maudsley Monograph # 21, London Oxford University Press, 1972.
- 34.- GUISA y Acevedo, Jesús. Diccionario de Términos Médicos. Ed. Fernando Adape Barrera. México, 1975. 101 p.p.
- 35.- IBARROLA, María de "Investigación sobre factores determinantes del aprovechamiento escolar: apreciación crítica"., en: Investigaciones en Educación. (Memoria del Symposium de Investigadores en Educación, realizado los días 7, 8 y 9 de Dic. 1978 en Cocoyoc, Morelos). México Programa Nacional Indicativo de Investigación Educativa. (PNIIE)-CONACYT, 1980. 171 P.P.
- 36.- MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. American Psychiatric Association. Ed. Masson, S.A. España, 1983. 513 p.p.
- 37.- PADILLA Galina, Paula et. al. Entrevista Psiquiátrica Modificada. Insituto Mexicanos de Psiquiatria. México, 1987. Mimeografiado. 8 p.p.
- 38.- PROPUESTA DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA ENTS. ENTS-UNAM. Documentos inter no, México 1986. 465 p.p.
- 39.- RIVERA Hernández, Patricia "Análisis de la formación y el ejercicio profesional del trabajador social psiquiátrico". Tesis. ENTS-UNAM. México 1986 141 p.p.

40.- VALERO Chavez Aida et al.
comps.

Historia del Trabajo Social.
Antología de lectura básicas
ENTS-UNAM. México, s/f
181 p.p.

41.- VELOZ Martínez Cristina

"Uso de psicotrópicos en
estudiantes de primer ingre
so a la UNAM". Tesis.
ENTS-UNAM. México, 1983
116 p.p.

A n e x o s

SUCEOS IMPORTANTES EN LA EVOLUCION DEL TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO.	
AÑO	SUCESO
1566	CREACION DEL HOSPITAL "SAN HIPOLITO".
1680	CREACION DEL HOSPITAL DEL "DIVINO SALVADOR".
17	CREACION DEL HOSPITAL DE "SAN ANTONIO ABAD".
1861	JUNTA DE BENEFICENCIA PUBLICA.
1877	DIRECCION DE BENEFICENCIA PUBLICA.
1910	CREACION DEL MANICOMIO GENERAL "LA CASTAÑEDA".
1933	PRIMERA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL EN MEXICO: "ESCUELA DE TRABAJADORES SOCIALES Y ENSEÑANZA DOMESTICA" DE LA S.E.P.
1936	SE INCORPORA EL TRABAJO SOCIAL A HIGIENE METAL, AL DEPARTAMENTO DE PSICOPEDAGOGIA Y MEDICINA INFANTIL Y A LOS PROGRAMAS DE HIGIENE DE LA ENTONCES S.S.A.
1948	LA JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL DEL MANICOMIO GENERAL "LA CASTAÑEDA", TOMA EL PRIMER CURSO SOBRE TRABAJO SOCIAL EN EL AREA PSIQUIATRICA.
1960	DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL (S.S.A.).
1961	PRIMER CURSO DE PSIQUIATRIA PARA TRABAJADORES SOCIALES CON UNA DURACION DE TRES MESES
1967	CREACION DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" DE LA S.S.A. (HOY SECRETARIA DE SALUD).
1970	CREACION DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO" DE LA S.S.A.
1977	INICIO DEL CURSO DE TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO EN EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM.
1979	CREACION DE LA ASOCIACION MEXICANA DE TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO, A.C. (A.M.T.S.P.A.C.).
17	¿CUANDO Y DONDE SE CREARA UN POSGRADO EN DICHA AREA?

Fuente: Patricia Hernández Rivera, "Análisis de la formación y el ejercicio profesional del trabajador social psiquiátrico". Tesis. ENTS-UNAM, México, 1986.

Nota: A este cuadro se le hicieron correcciones y adiciones.

E.M.P.I.

FASE DE APLICACION

- COORDINACION AUTORIDADES
- PROGRAMACION ESCUELAS Y FACULTADES
- APLICACION EXAMEN.
- INFORME AUTORIDADES
- FIJAR CON AUTORIDADES DE PLANTELES, FECHA APLICACION EXAMEN.
- APOYO ODONTOLOGICO.
- PROGRAMACION POR PLANTEL.
Nº ALUMNOS NUEVO INGRESO.
Nº GRUPOS POR TURNO.
AREA FISICA.
- CALENDARIZACION DE ESCUELAS Y FAC.-
- INTEGRACION DE BRIGADAS
RECURSOS HUMANOS.
RECURSOS MATERIALES.
- EXAMEN
MEDICO: A, V, B, D.
PSICOLOGICO: G, M.
- Nº EXAMENES APLICADOS.
- % UNIVERSO.
- ENVIO HOJAS OPTICAS COMPUTO.

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS.
SERVICIO DE SALUD MENTAL. 1989.

EXAMEN MEDICO DE PRIMER INGRESO.

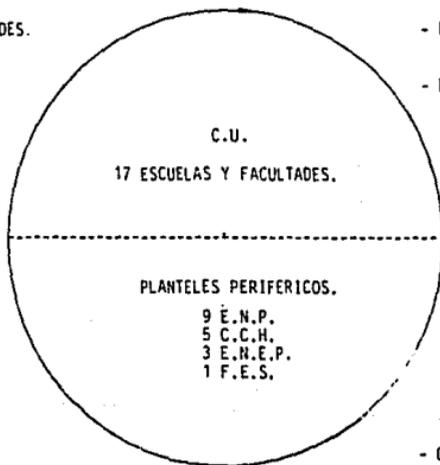
E.M.P.I.

FASE DE APLICACION

- COORDINACION AUTORIDADES.
- PROGRAMACION ESCUELAS Y FACULTADES.
- APLICACION EXAMEN.
- INFORME.

FASE DIAGNOSTICA

- RECEPCION CITATORIOS.
- PROGRAMACION CITAS.



- CONSULTA MEDICA.
- INFORME ESTADISTICO.

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS.
SERVICIO DE SALUD MENTAL. 1989.

LEPM/copy'

ETAPAS PARA EL EXAMEN MEDICO AUTOMATIZADO.

PLANEACION I ETAPA

- * OBJETIVOS.
- * ACTIVIDADES SUSTANTIVAS.***
- * ORGANIZACION.
- * RECURSOS.
- * PROGRAMACION.
- * EVALUACION.

EJECUCION II ETAPA, 1 FASE

- * CAPACITACION AL EQUIPO DE SALUD.
- * COMUNICACION CON ESCUELAS Y FACULTADES.
- * DISTRIBUCION DE MATERIAL AL EQUIPO DE SALUD.
- * SENSIBILIZACION DE ALUMNOS.
- * APLICACION DE ENCUESTAS.
- * EXAMENES ODONTOLÓGICO Y VISUAL.
- * RECOLECCION HOJAS OPTICAS LLENAS.
- * RECEPCION DE LISTADOS Y RESUMENES.
- * DISTRIBUCION DE LISTADOS Y RESUMENES.
- * EVALUACION.

EJECUCION II ETAPA, 2 FASE

- * CITA ALUMNOS.
- * ATENCION MEDICA A ALUMNOS CON PROBABLE PATOLOGIA.
- * RECOLECCION DE LISTADOS Y RESUMENES CON DX. DEFINITIVO.
- * TRASFERENCIAS A 2º Y 3er NIVEL.
- * ENTREGA DE RESUMENES A INFORMATICA.
- * SEGUIMIENTO DE PACIENTES.
- * EVALUACION.

*** DESDE EL INICIO SE INCLUYEN ACTIVIDADES DE COMPUTO.

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS.
AREA DE PLANEACION Y CONTROL.

¡L'EPM/copy'

OBTENCION Y DIFUSION DE RESULTADOS III ETAPA.

- * RECEPCION DE RESULTADOS DE INFORMATICA.
- * ANALISIS DE DATOS.

EVALUACION IV ETAPA

- * PLANEACION.
- * EJECUCION.
- * OBTENCION Y DIFUSION DE RESULTADOS.
- * EVALUACION.

INVESTIGACION V ETAPA

- * A CORTO.
- * MEDIANO.
- * LARGO PLAZO.



DIRECCION GENERAL
DE SERVICIOS MEDICOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Jorge Cepeda
Rector

Dr. José María Robles
Secretario General

Dr. Abelardo V. Rojas
Secretario General Académico

C.P. José Ramón Díaz
Secretario General Administrativo

Lic. María Fela Martínez
Secretaria General Auxiliar

Lic. Manuel Berquín Álvarez
Asistente General

Dr. César Rosado Blain
Director General de Servicios
Médicos

Examen Médico Automatizado
Para Alumnos de Primer Ingreso
Año Escolar 87-88



- 149.- ¿PRESENTAS MANCHAS O GRANITOS CON COMEZÓN EN LAS PARTES EXPUERTAS, CUANDO TE ASOLEAS?
- 150.- ¿TIENES INFLAMACIÓN O ENROJECIMIENTO EN LA PIEL DEL CUELLO O DE ALGUNA PARTE DEL CUERPO QUE NO HAYA CEDIDO O SE HAYA EMPERADO CON LA APLICACIÓN DE POMADAS O ALGUNA SUBSTANCIA?
- 151.- ¿TIENES VERRUGAS, COMO CRESTAS QUE GENERALMENTE SALEN EN GENITALES EXTERNOS Y EN OCASIONES EN EL ANO?
- 152.- ¿CUANDO ESTAS NERVIOSO O TIENES ALGUNA PREOCUPACIÓN TU PIEL PRESENTA IRRITACIONES Y COMEZÓN, SOBRE TODO EN LOS PLIEGUES?
- 153.- ¿TIENES MANCHAS ROJIZAS O GRANITO* CON COMEZÓN EN LA INGLA?
- 154.- ¿TIENES ALGUNA LESIÓN EN LA PLANTA DE LOS PIES QUE TE MOLESTA AL CAMINAR, LLAMADA TAPIÉN OJO DE PESCADO?
- 155.- ¿HAY NOTADO APARICIÓN DE ALGUNA MANCHA BLANQUECINA EN LA PIEL, DONDE HAY PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD?
- LAS PRÓXIMAS 30 PREGUNTAS, TIENEN 4 OPCIONES CADA UNA, CONTESTE SOLAMENTE UNA DE CADA PREGUNTA, LA QUE CONSIDERE MÁS ADECUADA, ADEMÁS, EN ESTA SECCIÓN SOLO DEBE REFERIRSE A LOS EVENTOS QUE HAYA PRESENTADO EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, Y SEGUIR ESTAS INDICACIONES:
- QUESTIONARIO GENERAL DE SALUD OCEANBERG. ***
- 1.- CONTESTE EN FORMA INDIVIDUAL.
 - 2.- LEA CON CUIDADO Y RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS
 - 3.- POR FAVOR, SI USTED PADECIÓ ESTAS MOLESTIAS ANTES DE --- LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, (1 MES) DEL LAS CONSIDERE

- | | | | | |
|----------------------------------------------------------|---------------|---------------------|------------------------------|---------------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 156.- ¿SE HA SENTIDO AGOTADO Y SIN FUERZAS PARA MARCHAR? | NO, PARA NADA | MÁS QUE LO HABITUAL | BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL | MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL |

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 157.- ¿HA TENIDO LA SENSACIÓN DE ESTAR ENFERMO? | NO, PARA NADA | MÁS QUE LO HABITUAL | BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL | MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL |
| 158.- ¿HA TENIDO DOLOR DE CABEZA? | NO, PARA NADA | MÁS QUE LO HABITUAL | BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL | MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL |
| 159.- ¿HA TENIDO PESADEZ EN LA CABEZA O LA SENSACIÓN DE QUE LA CABEZA LE VA A ESTALLAR? | NO, PARA NADA | MÁS QUE LO HABITUAL | BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL | MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL |
| 160.- ¿SE DESPIERTA DEMASIADO TEMPRANO Y YA NO PUEDE VOLVER A DORMIR? | NO, PARA NADA | MÁS QUE LO HABITUAL | BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL | MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL |
| 161.- ¿AL DESPERTAR SIENTE QUE NO DESCANSÓ LO SUFICIENTE? | NO, PARA NADA | MÁS QUE LO HABITUAL | BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL | MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL |
| 162.- ¿SE HA SENTIDO LLENO DE VIDA Y ENERGÍA? | MÁS QUE LO HABITUAL | IGUAL QUE LO HABITUAL | MEJOR QUE LO HABITUAL | MUCHO MEJOR QUE LO HABITUAL |
| 163.- ¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA DORMIRSE O CONCILIAR EL SUEÑO? | NO, PARA NADA | MÁS QUE LO HABITUAL | BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL | MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL |
| 164.- ¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA DORMIR DE UN JALÓN TODA LA NOCHE? | NO, PARA NADA | MÁS QUE LO HABITUAL | BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL | MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL |
| 165.- ¿HA PASADO NOCHES INQUIETAS O INTRANQUILAS? | NO, PARA NADA | MÁS QUE LO HABITUAL | BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL | MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL |

	(1)	(2)	(3)	(4)
166.- ¿HA PERDIDO INTERÉS EN SU ARRÉGLO PERSONAL?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
167.- ¿SE HA PREOCUPADO MENOS EN SU FORMA DE VESTIR?	MÁS PREOCUPADO QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS PREOCUPADO QUE LO HABITUAL	MUCHO MENOS PREOCUPADO QUE LO HABITUAL
168.- ¿HA SENTIDO QUE POR LO GENERAL HACE LAS COSAS BIEN?	MEJOR QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	PEOR QUE LO HABITUAL	MUCHO PEOR QUE LO HABITUAL
169.- ¿SE HA SENTIDO SATISFECHO CON SU MANERA DE HACER LAS COSAS?	MÁS SATISFECHO	IGUAL DE SATISFECHO QUE LO HABITUAL	MEJOS SATISFECHO QUE LO HABITUAL	MUCHO MENOS SATISFECHO QUE LO HABITUAL
170.- ¿SIENTE CARIÑO Y AFECTO POR LOS QUE LO RODEAN?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
171.- ¿SE LLEVA BIEN CON LOS DEMÁS?	MEJOR QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
172.- ¿HA PASADO MUCHO TIEMPO PLATICANDO CON LOS DEMÁS?	MÁS TIEMPO QUE LO HABITUAL	IGUAL TIEMPO QUE LO HABITUAL	MEJOS TIEMPO QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS TIEMPO QUE LO HABITUAL
173.- ¿HA TENIDO MIEDO DECIR CIERTAS COSAS A LA GENTE PORQUE TIENE LA IMPRESIÓN DE QUE VA A HACER EL RIDÍCULO?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL

	(1)	(2)	(3)	(4)
174.- ¿HA SENTIDO QUE ESTA JUGANDO UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS ÚTIL QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS ÚTIL QUE LO HABITUAL
175.- ¿SE HA SENTIDO CAPAZ DE TOMAR DECISIONES?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
176.- ¿SIENTE MIEDO ANTE TODO LO QUE TIENE QUE HACER?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
177.- ¿DISFRUTA SUS ACTIVIDADES DIARIAS?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
178.- ¿SE HA SENTIDO ASUSTADO Y CON MUCHO MIEDO SIN QUE HAYA UNA BUENA RAZÓN?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
179.- ¿HA TENIDO LA SENSACIÓN DE QUE LA GENTE SE LE QUEDA VIENDO?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
180.- ¿HA PERDIDO CONFIANZA Y FE EN SÍ MISMO?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
181.- ¿SIENTE QUE NO SE PUEDE ESPERAR NADA DE LA VIDA?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
182.- ¿HA SENTIDO QUE NO VALE LA PENA VIVIR?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
183.- ¿HA PENSADO EN LA POSIBILIDAD DE "QUITARSE" DE ENFERMEDAD?	NO, PARA NADA	NO CREO	ALGUNA VEZ	SI

	(1)	(2)	(3)	(4)
166.- ¿HA PERDIDO INTERÉS EN SU ARREGLO PERSONAL?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
167.- ¿SE HA PREOCUPADO MENOS EN SU FORMA DE VESTIR?	MÁS PREOCUPADO QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS PREOCUPADO QUE LO HABITUAL	MUCHO MENOS PREOCUPADO QUE LO HABITUAL
168.- ¿HA SENTIDO QUE POR LO GENERAL HACE LAS COSAS BIEN?	MEJOR QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	PEOR QUE LO HABITUAL	MUCHO PEOR QUE LO HABITUAL
169.- ¿SE HA SENTIDO SATISFECHO CON SU MANERA DE HACER LAS COSAS?	MÁS SATISFECHO	IGUAL DE SATISFECHO QUE LO HABITUAL	MEJOS SATISFECHO QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS SATISFECHO QUE LO HABITUAL
170.- ¿SIENTE CARIÑO Y APECTO POR LOS QUE LO RODEAN?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
171.- ¿SE LLEVA BIEN CON LOS DEMÁS?	MEJOR QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
172.- ¿HA PASADO MUCHO TIEMPO PLATICANDO CON LOS DEMÁS?	MÁS TIEMPO QUE LO HABITUAL	IGUAL TIEMPO QUE LO HABITUAL	MEJOS TIEMPO QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS TIEMPO QUE LO HABITUAL
173.- ¿HA TENIDO MIEDO DECIR CIERTAS COSAS A LA GENTE PORQUE TIENE LA IMPRESIÓN DE QUE VA A HACER EL RIDÍCULO?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL

	(1)	(2)	(3)	(4)
174.- ¿HA SENTIDO QUE ESTA JUGANDO UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS ÚTIL QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS ÚTIL QUE LO HABITUAL
175.- ¿SE HA SENTIDO CAPAZ DE TOMAR DECISIONES?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
176.- ¿SIENTE MIEDO ANTE TODO LO QUE TIENE QUE HACER?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
177.- ¿DISFRUTA SUS ACTIVIDADES DIARIAS?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
178.- ¿SE HA SENTIDO ASUSTADO Y CON MUCHO MIEDO SIN QUE HAYA UNA BUENA RAZÓN?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
179.- ¿HA TENIDO LA SENSACIÓN DE QUE LA GENTE SE LE QUEDA VIENDO?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
180.- ¿HA PERDIDO CONFIANZA Y FE EN SÍ MISMO?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
181.- ¿SIENTE QUE NO SE PUEDE ESPERAR NADA DE LA VIDA?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
182.- ¿HA SENTIDO QUE NO VALE LA PENA VIVIR?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
183.- ¿HA PENSADO EN LA POSIBILIDAD DE "QUITARSE DE ENMEDIO"?	NO, PARA NADA	NO CREO	ALGUNA VEZ	SI

	(1)	(2)	(3)	(4)
166.- ¿HA PERDIDO INTERÉS EN SU ARREGLO PERSONAL?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
167.- ¿SE HA PREOCUPADO MENOS EN SU FORMA DE VESTIR?	MÁS PREOCUPADO QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS PREOCUPADO QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS PREOCUPADO QUE LO HABITUAL
168.- ¿HA SENTIDO QUE POR LO GENERAL HACE LAS COSAS BIEN?	MEJOR QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	PEOR QUE LO HABITUAL	MUCHO PEOR QUE LO HABITUAL
169.- ¿SE HA SENTIDO MÁS SATISFECHO CON SU MANERA DE HACER LAS COSAS?	MÁS SATISFECHO	IGUAL DE SATISFECHO QUE LO HABITUAL	MEJOS SATISFECHO QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS SATISFECHO QUE LO HABITUAL
170.- ¿SIENTE CARÍDAD Y RESPECTO POR LOS QUE LO RODEAN?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
171.- ¿SE LLEVA BIEN CON LOS DEMÁS?	MEJOR QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
172.- ¿HA PASADO MUCHO TIEMPO PLATICANDO CON LOS DEMÁS?	MÁS TIEMPO QUE LO HABITUAL	IGUAL TIEMPO QUE LO HABITUAL	MEJOS TIEMPO QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS TIEMPO QUE LO HABITUAL
173.- ¿HA TENIDO MIEDO DE DECIR CIERTAS COSAS A LA GENTE PORQUE TIENE LA IMPRESIÓN DE QUE VA A HACER EL RIDÍCULO?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL

	(1)	(2)	(3)	(4)
174.- ¿HA SENTIDO QUE ESTA JUGANDO UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS ÚTIL QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS ÚTIL QUE LO HABITUAL
175.- ¿SE HA SENTIDO CAPAZ DE TOMAR DECISIONES?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
176.- ¿SIENTE MIEDO ANTE TODO LO QUE TIENE QUE HACER?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
177.- ¿DISFRUTA SUS ACTIVIDADES DIARIAS?	MÁS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MEJOS QUE LO HABITUAL	MUCHO MEJOS QUE LO HABITUAL
178.- ¿SE HA SENTIDO ASUSTADO Y CON MUCHO MIEDO SIN QUE HAYA UNA BUENA RAZÓN?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
179.- ¿HA TENIDO LA SENSACIÓN DE QUE LA GENTE SE LE QUEDA VIENDO?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
180.- ¿HA PERDIDO CONFIANZA Y FE EN SÍ MISMO?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
181.- ¿SIENTE QUE NO SE PUEDE ESPERAR NADA DE LA VIDA?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
182.- ¿HA SENTIDO QUE NO VALE LA PENA VIVIR?	NO, PARA NADA	NO MÁS QUE LO HABITUAL	BASTANTE MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
183.- ¿HA PENSADO EN LA POSIBILIDAD DE "QUITARSE DE ENMEDIO"?	NO, PARA NADA	NO CIBO	ALGUNAS VECES	SÍ

- | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 184.- ¿HA DESEADO ESTAR FUERTO Y - LEJOS DE TODO? | NO. PARA NADA | NO MÁS QUE - LO HABITUAL | BASTANTE -- MÁS QUE LO HABITUAL | PUEDO MÁS - QUE LO HABITUAL |
| 185.- ¿HA NOTADO QUE LA IDEA DE QUITARSE LA VIDA LE VIENE REPE-TIDAMENTE A LA CABEZA? | NO. PARA NADA | NO CREO | ALGUNA VEZ | SI |

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MMPI).
 ÉSTE ES UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD, CONTESTALO AL REVERSO DE LA HOJA DE RESPUESTAS.

NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS PARA CONTESTARLO. SU FINALIDAD ES CONOCER LOS RASGOS DE LOS ESTUDIANTES QUE INGRESAN A LA U.N.A.M. PARA AYUDARLES A PREVENIR POSIBLES PROBLEMAS EMOCIONALES QUE PUEDAN INTERFERIR CON SU RENDIMIENTO ESCOLAR.

- 1.- ME GUSTAN LAS REVISTAS DE MECÁNICA
- 2.- TENGO BUEN APETITO
- 3.- ME DESPIERTO DESCANSADO Y FRESCO CASI TODAS LAS MAÑANAS
- 4.- CREO QUE ME GUSTARÍA EL TRABAJO DE BIBLIOTECARIO
- 5.- EL RUIDO ME DESPIERTA FÁCILMENTE
- 6.- ME GUSTA LEER ARTÍCULOS SOBRE CRÍMENES EN LOS PERIÓDICOS
- 7.- POR LO GENERAL MIS MANOS Y MIS PIES ESTÁN SUFICIENTEMENTE CALIENTES
- 8.- MI VIDA DIARIA ESTÁ LLENA DE COSAS QUE ME MANTIENEN INTERESADO
- 9.- ESTOY TAN CAPACITADO PARA TRABAJAR AHORA COMO SIEMPRE LO HE ESTADO
- 10.- CASI SIEMPRE ME PARECE QUE TENGO UN NUDO EN LA GARGANTA
- 11.- UNA PERSONA DEBIERA TRATAR DE COMPRENDER SUS SUEÑOS, GUIARSE POR ELLOS O TENERLOS ENCUNTA COMO AVISOS
- 12.- ME GUSTAN LOS CUENTOS DETECTIVESCOS O DE MISTERIO
- 13.- TRABAJO BAJO UNA TENSIÓN MUY GRANDE
- 14.- TENGO DIARREA UNA VEZ AL MES O MÁS FRECUENTEMENTE
- 15.- DE VEZ EN CUANDO PIENSO EN COSAS DEMASIADO MALAS PARA HABLAR DE ELLAS
- 16.- ESTOY SEGURO DE QUE LA VIDA ES CRUEL CONMIGO
- 17.- MI PADRE FUÉ UN BUEN HOMBRE

- 16.- MUY RARAS VECES SUFRO DE ESTREÑIMIENTO
- 19.- CUANDO ACEPTO UN NUEVO EMPLEO ME GUSTA QUE ME INDIQUEN A --
QUIÉN DEBO HALAGAR
- 20.- MI VIDA SEXUAL ES SATISFACTORIA
- 21.- A VECES HE SENTIDO UN INTENTO DE DESEO DE ABANDONAR MI HOGAR
- 22.- A VECES ME DAN ATAQUES DE NÁUSEA O DE LLANTO QUE NO PUEDO CONTROLAR
- 23.- SUFRO DE ATAQUES DE NÁUSEA O DE VÓMITO
- 24.- NADIE PARECE COMPRENDERME
- 25.- ME GUSTARÍA SER CANTANTE
- 26.- CREO QUE ES MUCHO MEJOR QUEDARME CALLADO CUANDO ESTOY EN DIFICULTADES
- 27.- LOS ESPÍRITUS MALOS SE POSESIONAN DE MI A VECES
- 28.- CUANDO ALGUIEN ME HACE UN MAL SIENTO QUE DEBIERA PAGARLE --
CON LA MISMA MONEDA, SI ES QUE PUEDO, COMO CUESTIÓN DE PRINCIPIO
- 29.- PADEZCO DE ACIDEZ ESTOMACAL VARIAS VECES A LA SEMANA
- 30.- A VECES SIENTO DESEOS DE MALDECIR
- 31.- ME DAN PESADILLAS CON MUCHA FRECUENCIA
- 32.- ENCUENTRO DIFÍCIL CONCENTRARME EN UNA TAREA O TRABAJO
- 33.- HE TENIDO EXPERIENCIAS MUY PECULIARES Y EXTRAÑAS
- 34.- TENGO TODA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 35.- SI LA GENTE NO LA HUBIERA COGIDO CONMIGO YO HUBIERA TENIDO MUCHO MÁS ÉXITO
- 36.- RARAS VECES ME PREOCUPO POR MI SALUD
- 37.- NUNCA ME HE VISTO EN DIFICULTADES A CAUSA DE MI CONDUCTA SEXUAL
- 38.- POR UN TIEMPO, CUANDO ERA MÁS JOVEN, PARTICIPÉ EN PEQUEÑOS ROBOS

- 39.- A VECES SIENTO DESEOS DE DESTRUIR COSAS
- 40.- LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO PREFERIRÍA SONAR DESPIERTO ANTES QUE HACER CUALQUIER OTRA COSA
- 41.- HE TENIDO PERÍODOS DE DÍAS, SEMANAS O MESES QUE NO PODÍA OCUPARME DE NADA PORQUE NO TENÍA VOLUNTAD PARA HACERLO
- 42.- A MI FAMILIA NO LE GUSTA EL TRABAJO QUE HE ESCOGIDO (O EL TRABAJO QUE PIENSO ESCOGER PARA EL RESTO DE MI VIDA)
- 43.- MI SUEÑO ES IRREGULAR E INTRANQUIL
- 44.- LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO PARECE DOLERME TODA LA CABEZA
- 45.- NO SIEMPRE DIGO LA VERDAD
- 46.- MI HABILIDAD PARA FORMAR JUICIOS NUNCA HABÍA ESTADO MEJOR QUE AHORA
- 47.- UNA VEZ A LA SEMANA O MÁS A TIEMPO, ME SIENTO REPENTINAMENTE CALIENTE EN TODO EL CUERPO, SIN CAUSA APARENTE
- 48.- CUANDO ESTOY CON GENTE ME MOLESTA EL OÍR COSAS MUY EXTRAÑAS
- 49.- SERÍA MEJOR SI CASI TODAS LAS LEYES FUERAN DESCARTADAS
- 50.- MI ALMA A VECES ABANDONA MI CUERPO
- 51.- ME ENCUENTRO TAN SALUABLE COMO LA MAYOR PARTE DE MIS AMIGOS
- 52.- PREFIERO HACERME EL DESENTENDIDO CON AMIGOS DE LA ESCUELA, O CON PERSONAS CONOCIDAS A QUIENES NO ME VISTO HACER MUCHO TIEMPO, A MENOS QUE ELLOS ME HABLEN PRIMERO
- 53.- UN SACERDOTE PUEDE CURAR ENFERMEZAS REZANDO Y PONIENDO SUS MANOS SOBRE LA CABEZA DE USTED
- 54.- LE AGRADO A LA MAYOR PARTE DE LA GENTE QUE ME CONOCE
- 55.- CASI NUNCA HE SENTIDO DOLOR EN EL CORAZÓN O EN EL PECHO
- 56.- CUANDO MUCHACHO (A) ME SUSPENDIERON DE LA ESCUELA UNA O --
MÁS VECES POR HACER TRAVESURAS

- 57.- SOY UNA PERSONA SOCIABLE
- 58.- TODO ESTÁ OCURRIENDO TAL COMO LOS PROFETAS LE LA BIBLIA LO PREDICARON
- 59.- CON FRECUENCIA ME TENIDO QUE RECIBIR ÓRDENES DE ALGUIEN -- QUE NI SABÍA TANTO COMO YO
- 60.- NO LEY TODOS LOS EDITORIALES DEL PERIÓDICO DIARIAMENTE
- 61.- NO HE VIVIDO LA VIDA CON RECTITUD
- 62.- CON FRECUENCIA SIENTO COMO UN ARDOR, PUNZACAS, MORMIGUEO O ALORMECIIHIENTO EN ALGUNAS PARTES DEL CUERPO
- 63.- NO HE TENIDO DIFICULTAD EN COMENZAR O DETENER EL ACTO DE -- DEFECACIÓN
- 64.- ALGUNAS VECES PERSISTIÓ EN UNA COSA HASTA QUE LOS OTROS --- PIERDEN LA PACIENCIA CONMIGO
- 65.- YO QUIESE A MI PADRE
- 66.- VEO COSAS, ANIMALES O GENTE A MI ALREDEDOR QUE OTROS NO -- VEN
- 67.- QUISIERA PODER SER TAN FELIZ COMO OTRAS PERSONAS PARECEN -- SERLO
- 68.- MUY RARAS VECES SIENTO DOLOR EN LA NUCA
- 69.- ME SIENTO FUERTEMENTE ATRAÍDO POR PERSONAS DE MI PROPIO SE -- XO
- 70.- ME GUSTABA JUGAR A LAS PRENDAS
- 71.- CREO QUE MUCHA GENTE EXAGERA SUS DESDICHAS PARA QUE SE COM -- DUELAN DE ELLOS Y LES AYUDEN
- 72.- SUFRO DE MALESTAPES EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO VARIAS VECES A -- LA SEMANA O CON MÁS FRECUENCIA
- 73.- SOY UNA PERSONA IMPORTANTE
- 74.- A MENUDO ME DESEARÍO SER MUJER (O SI USTED ES MUJER) NUNCA -- ME HA PESADO SER MUJER

- 75.- ALGUNAS VECES ME ENDOJO
- 76.- LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ME SIENTO TRISTE
- 77.- ME GUSTA LEER NOVELAS DE AMOR
- 78.- ME GUSTA LA POESÍA
- 79.- MIS SENTIMIENTOS NO SON HERIDOS CON FACILIDAD
- 80.- DE VEZ EN CUANDO MORTIFICO A LOS ANIMALES
- 81.- CREO QUE ME GUSTARÍA TRABAJAR COMO GUARDABOSQUE
- 82.- SOY VENCIDO FÁCILMENTE EN UNA DISCUSIÓN
- 83.- CUALQUIER PERSONA CAPACITADA Y DISPUESTA A TRABAJAR FUERTE -- TIENE BUENAS POSIBILIDADES DE OBTENER ÉXITO
- 84.- EN ESTOS DÍAS ME ES DIFÍCIL NO PERDER LA ESPERANZA DE LLE -- GAR A SER ALGUIEN
- 85.- ALGUNAS VECES ME SIENTO TAN ATRAÍDO POR ARTÍCULOS PERSONA -- LES DE OTROS, COMO CALZADO, GUANTES, ETC., QUE QUIERO TO -- CARLOS O ROBARLOS AUNQUE NO HAGA USO DE ELLOS
- 86.- DECISIVAMENTE NO TENGO CONFIANZA EN MI MISMO
- 87.- ME GUSTARÍA SER FLORISTA
- 88.- GENERALMENTE SIENTO QUE LA VIDA VALE LA PENA
- 89.- SE NECESITA DISCUTIR MUCHO PARA CONVENCER A LA MAYOR PARTE -- DE LA GENTE DE LA VERDAD
- 90.- DE VEZ EN CUANDO DEJO PARA MAÑANA LO QUE DEBIERA HACER HOY
- 91.- NO ME MOLESTA QUE SE BURLEN DE MI
- 92.- ME GUSTARÍA SER ENFERMERO (O ENFERMERA)
- 93.- CREO QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE MENTIRÍA PARA IR ADELANTE
- 94.- HAGO MUCHAS COSAS DE LAS QUE ME ARREPIENTO MÁS TARDE (ME -- ARREPIENTO DE MÁS COSAS CON MÁS FRECUENCIA QUE OTRAS PERSO -- NAS)
- 95.- VOY A LA IGLESIA CASI TODAS LAS SEMANAS
- 96.- TENGO MUY POCOS DISGUSTOS CON MIEMBROS DE MI FAMILIA

- 97.- A VECES SIENTO UN FUERTE IMPULSO DE HACER ALGO DARIÑO O ES
- CANCELOSO
- 98.- CREO EN LA SEGUNDA VENIDA DE CRISTO
- 99.- ME GUSTA IR A FIESTAS Y A OTRAS REUNIONES DONDE HAY MUCHA
ALEGRÍA Y RUIDO
- 100.- HE ENCONTRADO PROBLEMAS TAN LLENOS DE POSIBILIDADES QUE ME
HA SIDO IMPOSIBLE LLEGAR A UNA DECISIÓN
- 101.- CREO QUE LA MUJER DEBE TENER TANTA LIBERTAD SEXUAL COMO EL
HOMBRE
- 102.- MIS LUCHAS MÁS DIFÍCILES SON CONMIGO MISMO
- 103.- TENGO Poca O NINGUNA DIFICULTAD CON ESPASMOS O CONTRACCIONES
MUSCULARES
- 104.- NO PARECE IMPORTANTE LO QUE ME PASE
- 105.- ALGUNAS VECES, CUANDO NO ME SIENDO BIEN, ESTOY MALHUMORADO
- 106.- MUCHAS VECES ME SIENDO COMO SI HUBIERA HECHO ALGO MALO O
- DIABÓLICO
- 107.- CASI SIEMPRE SOY FELIZ
- 108.- PARECE QUE MI CABEZA O MI NARIJAS, ESTÁN CONGESTIONADAS LA
- MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 109.- ALGUNAS PERSONAS SON TAN DOMINANTES QUE SIENDO EL DESEO DE
HACER LO CONTRARIO DE LO QUE ME PIDEN, AUNQUE SEPA QUE TIENE
RAZÓN
- 110.- ALGUIEN ME TIENE MALA VOLUNTAD
- 111.- NUNCA HE HECHO ALGO PELIGROSO SÓLO POR EL GUSTO DE HACERLO
- 112.- CON FRECUENCIA SIENDO LA NECESIDAD DE LUCHAR POR LO QUE --
CREO QUE ES JUSTO
- 113.- CREO QUE LA LEY DEBE HACERSE CUMPLIR
- 114.- A MENUDO SIENDO COMO SI TUVIERA UNA BANDA APRETÁNDOME LA
- CABEZA

- 115.- CREO EN OTRA VIDA DESPUÉS DE ÉSTA
- 116.- DISFRUTO MÁS DE UNA CARRERA O DE UN JUEGO CUANDO APUESTO
- 117.- LA MAYORÍA DE LA GENTE ES HONRADA PRINCIPALMENTE POR TENER
A SER DESCUBIERTA
- 118.- EN LA ESCUELA ME LLEVARON ANTE EL DIRECTOR ALGUNAS VECES -
POR HACER TRAVESURAS
- 119.- MI MANERA DE HABLAR ES COMO HA SIDO STEPPRE (NI MÁS LIGERO
NI MÁS DESPACIO, NI BALBUZIENTE, NI RONCA)
- 120.- MIS MODALES EN LA MESA NO SON TAN CORRECTOS EN CASA COMO -
CUANDO SALGO A COMER AFUERA EN COMPAÑÍA DE OTROS
- 121.- CREO QUE ESTAN CONSPIRANDO CONTRA MÍ
- 122.- ME PARECE QUE SOY TAN CAPACITADO E INTELIGENTE COMO LA MA-
YOR PARTE DE LOS QUE ME RODEAN
- 123.- CREO QUE ME ESTÁN SIGUIENDO
- 124.- LA MAYOR PARTE DE LA GENTE SE VALE DE MEDIOS ALGO INJUSTOS
PARA OBTENER BENEFICIOS O VENTAJAS ANTES QUE PERDERLOS
- 125.- SUFRÍ MUCHO DE TRASTORNOS ESTOMACALES
- 126.- ME GUSTAN LAS ARTES DRAMÁTICAS
- 127.- YO DÉ QUIÉN ES EL RESPONSABLE DE LA MAYORÍA DE MIS PROBLE-
MAS
- 128.- EL VER SANGRE NO ME ASUSTA NI ME ENFERMA
- 129.- A MENUDO NO PUEDO COMPRENDER POR QUÉ ME ESTADO TAN IRRITA-
BLE Y MALHUMORADO
- 130.- NUNCA HE VOMITADO O ESCUPIDO SANGRE
- 131.- NO ME PREOCUPA CONTRAER ENFERMEDADES
- 132.- ME GUSTA RECOGER FLORES O CULTIVAR PLANTAS DECORATIVAS
- 133.- NUNCA ME HE ENTREGADO A PRÁCTICAS SEXUALES FUERA DE LO CO-
MÚN
- 134.- A VECES LOS PENSAMIENTOS PASAN POR MI MENTE CON MAYOR ABA-
RIZ QUE LO QUE PUEDO EXPRESARLOS EN PALABRAS

- 135.- SI PUDIERA ENTRAR A UN CINE SIN PAGAR Y ESTUVIERA SEGURO -
LE NO SER VISTO, PROBABLEMENTE LO HARÍA
- 136.- GENERALMENTE PIENSO QUE SEGUNDA INTENCIÓN PUEDE TENER OTRA
PERSONA CUANDO ME HACE UN FAVOR
- 137.- CREO QUE MI VIDA DE MOGAR ES TAN AGRADABLE COMO LA DE LA -
MAYOR PARTE DE LA GENTE QUE CONOZCO
- 138.- LA CRÍTICA O EL REGAÑO ME HIERE PROFUNDAMENTE
- 139.- ALGUNAS VECES SIENTO EL IMPULSO DE MERTIRME O DE HERIR A --
OTROS
- 140.- ME GUSTA COCINAR
- 141.- MI CONDUCTA ESTÁ CONTROLADA MAYORMENTE POR LAS COSTUMBRES
DE LOS QUE ME RODEAN
- 142.- DECIDIDAMENTE A VECES SIENTO QUE NO SIRVO PARA NADA
- 143.- CUANDO NIÑO PERTENECÍA A UN GRUPO O PANDILLA QUE TRATABA -
DE MANTENERSE UNIDO A TODA PRUEBA
- 144.- ME GUSTARÍA SER SOLDADO
- 145.- Á VECES SIENTO EL DESEO DE EMPEZAR UNA PELEA A PUÑETAZOS -
CON ALGUIEN
- 146.- ME SIENTO IMPULSADO HACIA LA VIDA ERRANTE Y NUNCA ME SIEN-
TO FELIZ A MENOS QUE ESTÉ VIAJANDO DE UN LADO A OTRO
- 147.- MUCHAS VECES HE PERDIDO UNA OPORTUNIDAD POR QUE NO HE PODI-
DO DECIDIRME A TIEMPO
- 148.- ME IMPACIENTA QUE ME PIDAN CONSEJO O QUE ME INTERRUMPAN --
CUANDO ESTOY TRABAJANDO EN ALGO IMPORTANTE
- 149.- ACOSTUMBRABA LLEVAR UN DIARIO DE MI VIDA
- 150.- PREFIERO GANAR A PERDER EN UN JUEGO
- 151.- ALGUIEN HA ESTADO TRATANDO DE ENVENENARME
- 152.- CASI TODAS LAS NOCHES PUEDO DORMIRME SIN TEMER PENSAMIENTOS
O IDEAS QUE ME PREOCUPEN
- 153.- DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS HE GOZADO DE SALUD LA MAYOR PARTE
DEL TIEMPO

- 154.- NUNCA ME TENIDO UN ATAQUE O CONVULSIONES
- 155.- NO ESTOY PERDIENDO NI GANANDO PESO
- 156.- HE TENIDO ÉPOCAS DURANTE LAS CUALES HE HECHO COSAS QUE LUE-
GO NO HE RECORDADO HABER HECHO
- 157.- CREO QUE FRECUENTEMENTE ME SIDO CASTIGADO SIN MOTIVO
- 158.- LLORO CON FACILIDAD
- 159.- NO PUEDO ENTENDER LO QUE LEO TAN BIEN COMO LO HACÍA ANTES
- 160.- NUNCA ME HE SENTIDO PEJOR QUE AHORA
- 161.- Á VECES SIENTO AZOLORIDA LA PARTE SUPERIOR DE LA CABEZA
- 162.- ME MORTIFICA QUE UNA PERSONA ME TOQUE EL PELO TAN HÁBILMEN-
TE QUE TENGA QUE AZHITIB QUE ME ENGAÑARON
- 163.- NO ME CANSO CON FACILIDAD
- 164.- ME GUSTA LEER Y ESTUDIAR ACERCA DE LAS COSAS EN QUE ESTOY
TRABAJANDO
- 165.- ME GUSTA CONOCER GENTE DE IMPORTANCIA PORQUE ESO ME HACE -
SENTIR IMPORTANTE
- 166.- SIENTO MIEDO CUANDO MIRÓ HACIA ABAJO DESDE UN LUGAR ALTO
- 167.- NO ME SENTIRÍA MERVIOSO SI ALGÚN FAMILIAR NÓ TUVIERA DIFL-
CULTADES CON LA JUSTICIA
- 168.- MI MENTE NO ESTA MUY BIEN
- 169.- NO TENGO MIEDO DE MANEJAR DINERO
- 170.- NO ME PREOCUPA LO QUE OTROS PIENSAN DE MI
- 171.- ME SIENTO INCOMODO CUANDO TENGO QUE HACER UNA PAYASADA EN
UNA REUNIÓN AÚN CUANDO OTROS ESTÉN HACIENDO LO MISMO
- 172.- FRECUENTEMENTE TENGO QUE ESFORZARME PARA NO DEMOSTRAR QUE
SOY TÍMIDO
- 173.- ME GUSTABA LA ESCUELA
- 174.- NUNCA ME HE DESMAYADO
- 175.- RARA VEZ O NUNCA HE TENIDO MAREOS

- 176.- NO LE TENGO MUCHO MIEDO A LAS SEPIENTES
- 177.- MI PADRE FUE UNA BUENA MUJER
- 178.- MI MEMORIA PARECE SER BUENA
- 179.- ME PREOCUPAN LAS CUESTIONES SEXUALES
- 180.- ENCUENTRO DIFÍCIL ENTABLAR CONVERSACIÓN CON ALGUIEN QUE ES MUJER POR PRIMERA VEZ
- 181.- CUANDO ME SIENTO ABURRIDO ME GUSTA PROVOCAR ALGO EMOCIONANTE
- 182.- TENGO MIEDO DE PERDER EL JUICIO
- 183.- ESTOY EN CONTRA DE DAR DINERO A LOS HENDIGOS
- 184.- FRECUENTEMENTE OIGO VOCES SIN SABER DE DONDE VIENEN
- 185.- APARENTEMENTE OIGO TAN BIEN COMO LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS
- 186.- CON FRECUENCIA NOTO QUE MIS MANOS TIEMBLAN CUANDO TRATO DE HACER ALGO
- 187.- NUNCA SE ME HAN PUESTO LAS MANOS TORPES O POCO HÁBILES
- 188.- PUEDO LEER POR UN LARGO RATO SIN QUE SE ME CAMBIEN LOS OJOS
- 189.- SIENTO DEBILIDAD GENERAL LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 190.- MUY POCAS VECES ME DUELE LA CABEZA
- 191.- ÁLGUNAS VECES, CUANDO ESTOY AVERGONZADO, EMPIEZO A SUDAR, LO QUE ME MOLESTA MUCHÍSIMO
- 192.- NO ME TENIDO DIFICULTAD EN MANTENER EL EQUILIBRIO CUANDO CAMINO
- 193.- NO ME DAN ATAQUES DE ALERGIA O ASMA
- 194.- HE TENIDO ATAQUES DURANTE LOS CUALES NO PODÍA CONTROLAR MIS MOVIMIENTOS O EL HABLA-PERO ME DABA CUENTA DE LO QUE OCURRÍA A MI ALREDEDOR
- 195.- NO ME AGRADAN TODAS LAS PERSONAS QUE CONOZCO
- 196.- ME GUSTA VISITAR LUGARES EN DONDE NUNCA HE ESTADO
- 197.- ALGUNA VEZ HA ESTADO TRATANDO DE ROBARME

- 198.- MUY POCAS VECES SUEÑO DESPIERTO
- 199.- SE DEBE ENSEÑAR A LOS NIÑOS LA INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA VIDA SEXUAL
- 200.- HAY PERSONAS QUE QUIEREN APODERARSE DE MIS PENSAMIENTOS E IDEAS
- 201.- DESEARÍA NO SER TAN TÍMIDO
- 202.- CREO QUE ESTOY CONDENADO O QUE NO TENGO SALVACIÓN
- 203.- SI YO FUERA PERIODISTA ME GUSTARÍA MUCHO ESCRIBIR NOTICIAS DE TEATRO
- 204.- ME GUSTARÍA SER PERIODISTA
- 205.- A VECES ME HA SIDO IMPOSIBLE EVITAR EL ROBAR O LLEVARME ALGO DE UNA TIENDA
- 206.- SOY MUY RELIGIOSO (MÁS QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE)
- 207.- ME GUSTAN DISTINTAS CLASES DE JUEGOS Y DIVERSIONES
- 208.- ME GUSTA CORRER
- 209.- CREO QUE MIS PECADOS SON IMPERDONABLES
- 210.- TODO ME SABE IGUAL
- 211.- PUEDO DORMIR DE DÍA PERO NO DE NOCHE
- 212.- MI FAMILIA ME TRATA MÁS COMO NIÑO QUE COMO ADULTO
- 213.- CUANDO CAMINO TENGO MUCHO CUIDADO DE NO PISAR LAS LÍNEAS DE LAS ACERAS
- 214.- NUNCA HE TENIDO ERUPCIONES EN LA PIEL QUE ME HAYAN PREOCUPADO
- 215.- HE BEBIDO ALCOHOL CON EXCESO
- 216.- HAY MUY POCO COMPARTERISMO Y CARIDAD EN MI FAMILIA EN COMPARACIÓN CON OTROS HOGARES
- 217.- FRECUENTEMENTE ME ENCUENTRO PREOCUPADO POR ALGO
- 218.- NO ME MOLESTA MUCHO VER SUFRIR A LOS ANIMALES
- 219.- CREO QUE ME GUSTARÍA EL TRABAJO DE CONTRATISTA DE OBRAS
- 220.- YO QUISE A MI MADRE

- 221.- ME GUSTA LA CIENCIA
- 222.- NO ENCUENTRO DIFÍCIL EL PEDIR AYUDA A MIS AMIGOS AÚN CUANDO NO PUEDA DEVOLVERLES EL FAVOR
- 223.- ME GUSTA MUCHO CAZAR
- 224.- CON FRECUENCIA MIS PADRES SE MAN OPUES TO A LA CLASE DE GENTE CON QUIEN ACOSTUMBABA SALIR
- 225.- A VECES MURMURO O CHISMEO UN POCO DE LA GENTE
- 226.- ALGUNOS DE MIS FAMILIARES TIENEN HÁBITOS QUE ME MOLESTAN Y PERTURBAN MUCHO
- 227.- HE HAZ DICHO QUE CAMINO DORMIDO
- 228.- A VECES CREO QUE PUEDO TOMAR DECISIONES CON EXTRAORDINARIA FACILIDAD
- 229.- ME GUSTARÍA PERTENECER A VARIOS CLUBES O ASOCIACIONES
- 230.- RARAS VECES NOTO LOS LATIDOS DE MI CORAZÓN, Y MUY POCAS VECES ME SIENTO CONTO DE RESPIRACIÓN
- 231.- ME GUSTA HABLAR SOBRE TEMAS SEXUALES
- 232.- HE SIDO EDUCADO EN UN MODO DE VIDA BASADO EN EL DEBER, EL CUAL ME SEGUIDO DESDE ENTONCES CON SUMO CUIDADO
- 233.- ALGUNAS VECES ME SIDO OBSTÁCULO A PERSONAS QUE QUERÍAN HACER ALGO, NO PORQUE ESO FUERA DE MUCHA IMPORTANCIA, SINO POR CUESTIÓN DE PRINCIPIO
- 234.- ME MOLESTO CON FACILIDAD, PERO SE LE PASA PRONTO
- 235.- HE SIDO BASTANTE INDEPENDIENTE Y LIBRE DE LA DISCIPLINA DE MI PADRE
- 236.- ME PREOCUPO Y ME
- 237.- CASI TODOS MIS PARTIQUES CONGENIAN CONMIGO
- 238.- TENGO PERÍODOS DE TANTA INTRANQUILIDAD QUE NO PUEDO PERMANECER SENTADO EN UNA SILLA POR MUCHO TIEMPO
- 239.- HE SUFRIDO UN DESENGAÑO AMOROSO
- 240.- NUNCA ME PREOCUPO POR MI ASPECTO
- 241.- SUELO FRECUENTEMENTE ACERCA DE COSAS QUE ES MEJOR MANTENER LAS EN SECRETO.

- 242.- CREO QUE NO SOY MÁS HERVIOSO QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS
- 243.- SUFRO DE POCOS O NINGUNA CLASE DE DOLOR
- 244.- MI MODO DE HACER LAS COSAS TIENE A SER MAL INTERPRETADO POR OTROS
- 245.- MIS PADRES Y FAMILIARES ME ENCUENTRAN MÁS EFECTOS DE LOS QUE DEBIERA
- 246.- CON FRECUENCIA ME SALEN MANCHAS ROJAS EN EL CUELLO
- 247.- TENGO MOTIVOS PARA SENTIRME CELOSO DE UNO O MÁS MIEMBROS DE MI FAMILIA
- 248.- ALGUNAS VECES SIN RAZÓN ALGUNA O AÚN CUANDO LAS COSAS NO ME ESTAN SALIENDO BIEN ME SIENTO MUY ALEGRE, "COMO SI VIVIERA EN LAS NUBES"
- 249.- CREO QUE EXISTE EL DIABLO Y EL INFIERNO
- 250.- NO CULPO A NADIE POR TRATAR DE APODERARSE DE TODO LO QUE PUEDA EN ESTE MUNDO
- 251.- HE TENIDO TRANCES EN LOS CUALES MIS ACTIVIDADES QUEDARON INTERRUMPIDAS Y NO ME CABA CUENTA DE LO QUE OCURRÍA A MI ALREDEDOR
- 252.- A NADIE LE IMPORTA MUCHO LO QUE LE SUCEDA A USTED
- 253.- PUEDO SER AMISTOSO CON PERSONAS QUE HACEN COSAS QUE CONSIDERO INCORRECTAS
- 254.- ME GUSTA ESTAR EN UN GRUPO EN EL QUE SE DEN BROMAS LOS UNOS A LOS OTROS
- 255.- EN LAS ELECCIONES ALGUNAS VECES VOTO POR CANDIDATOS ACERCA DE QUIENES CONOZCO MUY POCO
- 256.- LA ÚNICA PARTE INTERESANTE DEL PERIÓDICO ES LA PÁGINA COMICA
- 257.- POR LO GENERAL ESPERO TENER ÉXITO EN LAS COSAS QUE HAGO
- 258.- CREO QUE HAY UN DIOS
- 259.- ME RESULTA DIFÍCIL EL EMPEZAR A HACER CUALQUIER COSA
- 260.- EN LA ESCUELA FUI LENTO EN APRENDER.

- 261.- SI FUERA ARTISTA ME GUSTARÍA PINTAR FLORES
- 262.- NO ME MOLESTA EL NO SER MEJOR PARECIDO
- 263.- SUEDO CON FACILIDAD AÚN EN DÍAS FRÍOS
- 264.- TENGO ENTERA CONFIANZA EN MÍ MISMO
- 265.- ES MÁS SEGURO NO CONFÍAR EN NADIE
- 266.- UNA VEZ A LA SEMANA O MÁS FRECUENTEMENTE ME PONGO MUY EXCITADO
- 267.- CUANDO ESTOY EN UN GRUPO DE GENTE TENGO DIFICULTAD PENSANDO LAS COSAS APROPIADAS DE QUE HABLAR
- 268.- CUANDO ME SIENTO ABATIDO, ALGO EMOCIONANTE ME SACA CASI SIEMPRE DE ESE ESTADO
- 269.- CON FACILIDAD PUEDO INFUNDIRLE MIEDO A OTROS Y A VECES LO HAGO POR DIVERSIÓN
- 270.- CUANDO SALGO DE CASA NO ME PREOCUPO DE SI LAS PUERTAS Y VENTANAS ESTÁN BIEN CERRADAS
- 271.- NO CULPO A LA PERSONA QUE SE APROVECHE DE ALGUIEN QUE SE EXPONE A QUE LE OCURRA TAL COSA
- 272.- A VECES ESTOY LLENO DE ENERGÍA
- 273.- TENGO ADORMECIDAS UNA O VARIAS PARTES DE LA PIEL
- 274.- MI VIDA ESTÁ TAN BUENA AHORA COMO LO HA ESTADO POR AÑOS
- 275.- ALGUEEN CONTROLA MI MENTE
- 276.- ME GUSTAN TAN LOS NIÑOS
- 277.- A VECES ME HA DIVERTIDO TANTO LA ASTUCIA DE UN PÍCARO, QUE ME DESEAO QUE SE SALGA CON LA SUYA
- 278.- CON FRECUENCIA ME HA PARECIDO QUE GENTE EXTRAÑA ME ESTABA MIRANDO CON OJOS CRÍTICOS
- 279.- TODOS LOS DÍAS TOMO UNA CANTIDAD EXTRAORDINARIA DE AGUA
- 280.- LA MAYORÍA DE LA GENTE SE HACE DE AMIGOS POR CONVENIENCIA PROPIA
- 281.- CASI NUNCA NOTO QUE ME ZUMBAN O CHILLAN LOS OÍDOS
- 282.- DE VEZ EN CUANDO SIENTO OÍDO HACIA MIEMBROS DE MI FAMILIA A LOS QUE USUALMENTE QUIERO
- 283.- SI FUERA REPORTERO ME GUSTARÍA MUCHO ESCRIBIR NOTICIAS DEPORTIVAS
- 284.- ESTOY SEGURO DE QUE LA GENTE HABLE DE MÍ
- 285.- A VECES ME RÍO DE CHISTES SUCIOS
- 286.- NUNCA ESTOY TAN CONTENTO COMO CUANDO ESTOY SOLO
- 287.- TENGO POCOS TIEMPOS EN COMPARACIÓN CON MIS AMIGOS
- 288.- SIEMPRE ME DISGUSTO CON LA LEY CUANDO SE PONE EN LIBERTAD A UN CRIMINAL DEBIDO A LOS ARGUMENTOS DE UN ABOGADO ASTUTO
- 289.- UNA O MÁS VECES EN MI VIDA HE SENTIDO QUE ALGUIEN ME HACÍA HACER COSAS HIPNOTIZÁNTINE
- 290.- POR LO GENERAL NO LE HABLO A LA GENTE HASTA QUE ELLOS NO ME HABLAN A MÍ
- 291.- ALGUIEN HA TRATADO DE INFLUIR EN MI PENSA
- 292.- NUNCA HE TENIDO TROPIEZOS CON LA LEY
- 293.- A MÍ ME GUSTABA EL CUENTO "CAPERUCITA ROJA"
- 294.- TENGO ÉPOCAS EN LAS QUE ME SIENTO MUY ALEGRE SIN QUE EXISTA UNA RAZÓN ESPECIAL
- 295.- QUISIERA NO SER PERTURBADO POR PENSAMIENTOS SEXUALES
- 296.- SI VARIAS PERSONAS SE HALLAN EN APUROS, LO MEJOR QUE PUEDE HACER ES POMERSE DE ACUERDO SOBRE LO QUE VAN A DECIR Y MANTENERSE FIRMES EN ESTO
- 297.- CREO QUE SIENTO MÁS INTENSAMENTE QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS
- 298.- NUNCA EN MI VIDA ME HA GUSTADO JUGAR CON NIÑECAS
- 299.- VIVO LA VIDA EN TENSIÓN LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 300.- SOY TAN SENSIBLE ACERCA DE ALGUNOS ASUNTOS QUE NI SIQUIERA PUEDO HABLAR DE ELLOS
- 301.- EN LA ESCUELA ME ERA MUY DIFÍCIL MANTENER FRENTE A LA CLASE

- 302.- AÚN CUANDO ESTÉ ACOMPAÑADO ME SIENTO SOLO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 303.- RECIBO TODA LA SIMPATÍA QUE TENDRÍA DE RECIBIR
- 304.- NO PARTICIPO EN ALGUNOS JUEGOS PORQUE NO LOS SÉ JUGAR BIEN
- 305.- CREO QUE HAGO AMISTADES TAN FÁCILMENTE COMO LOS DEJÁS
- 306.- NO ME GUSTA TENER GENTE ALREDEDOR
- 307.- EL HOMBRE QUE PROVOCA LA TENTACIÓN DEJANDO PROPIEDAD DE VALOR SIN PROTECCIÓN, ES TAN CULPABLE DEL ROBO COMO EL LADRO EN SI MISMO
- 308.- CREO QUE CASI TODO EL MUNDO MENTIRÍA PARA EVITARSE PROBLEMAS
- 309.- SOY MÁS SENSIBLE QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE
- 310.- A LA MAYOR PARTE DE LA GENTE LE DISGUSTA AYUDAR A LOS DEMÁS, AUNQUE NO LO DIGA
- 311.- MUCHOS DE MIS SUEÑOS SON ACERCA DE ASUNTOS SEXUALES
- 312.- ME RUBORIZO FÁCILMENTE
- 313.- EL DINERO Y LOS NEGOCIOS ME PREOCUPAN
- 314.- NUNCA HE ESTADO ENAMORADO DE NADIE
- 315.- CIERTAS COSAS QUE HE HECHO ALGUNOS DE MIS FAMILIARES ME HAN ASUSTADO
- 316.- MI MADRE O MI PADRE FRECUENTEMENTE ME HACÍAN OBEDECER, AÚN CUANDO YO CREÍA QUE NO TENÍAN RAZÓN
- 317.- CASI NUNCA SUEÑO
- 318.- NUNCA HE ESTADO PARALIZADO O HE TENIDO UNA RARA DERTILIDAD EN ALGUNO DE MIS MÚSCULOS
- 319.- ALCUNAS VECES PIERDO O ME CAMBIA LA VOZ, AUNQUE NO ESTÉ PERDRIADO
- 320.- A VECES PERCIBO DLORES RAROS
- 321.- NO ME PUEDO CONCENTRAR EN UNA SOLA COSA
- 322.- PIENDO FÁCILMENTE LA PACIENCIA CON LA GENTE

- 323.- SIENTO ANSIEDAD POR ALGO O POR ALGUIEN CASI TODO EL TIEMPO
- 324.- SIN DUDA HE TENIDO MÁS COSAS DE QUE PREOCUPARME DE LAS QUE ME CORRESPONDE
- 325.- LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO DEBERÍA ESTAR MUERTO
- 326.- ALCUNAS VECES ME SIENTO TAN EXCITADO QUE NO PUEDO DORMIRME FÁCILMENTE
- 327.- A VECE OIGO TAN BIEN QUE ME MOLESTA
- 328.- SE ME OLVIDA MUY PRONTO LO QUE LA GENTE ME DICE
- 329.- GENERALMENTE TENGO QUE DETENERME A PENSAR ANTES DE HACER ALGO, AUNQUE SEA UN ASUNTO SIN IMPORTANCIA
- 330.- CON FRECUENCIA CRUZO LA CALLE PARA EVITAR ENCONTRARME CON ALGUIEN QUE VEO VENIR
- 331.- MUCHAS VECES SIENTO COMO SI LAS COSAS NO FUERAN REALES
- 332.- TENGO LA COSTUMBRE DE CONTAR COSAS SIN IMPORTANCIA COMO BOMBILLAS ELÉCTRICAS EN ANUNCIOS LUMINOSOS, ETC.
- 333.- NO TENGO ENEMIGOS QUE REALMENTE QUIERAN HACERME DAÑO
- 334.- GENERALMENTE NO ME FÍO DE LAS PERSONAS QUE SON UN POCO MÁS AMISTOSAS DE LO QUE YO ESPERABA
- 335.- TENGO PENSAMIENTOS EXTRAÑOS Y PECULIARES
- 336.- OIGO COSAS EXTRAÑAS CUANDO ESTOY SOLO
- 337.- ME PONGO ANSIOSO Y TURBADO CUANDO TENGO QUE SALIR DE CASA PARA HACER UN CORTO VIAJE
- 338.- HE TENIDO MIEDO A COSAS Y A PERSONAS QUE SABÍA QUE NO ME PODÍAN HACER DAÑO
- 339.- NO TENGO ENTRAR SOLO A UN SALÓN DONDE HAY GENTE REUNIDA HABLANDO
- 340.- TENGO MIEDO DE USAR UN CUCHILLO O CUALQUIER OTRA COSA MUY AFILADA O PUNTIAGUDA
- 341.- ALCUNAS VECES ME GUSTA MENTIR A LAS PERSONAS QUE QUIERO

- 342.- TENGO MÁS DIFICULTAD PARA CONCENTRARME QUE LA QUE PARECE QUE TIENEN LOS DEMÁS
- 343.- VARIAS VECES HE LEJADO DE HACER ALGO PORQUE HE DUDADO DE MI HABILIDAD
- 344.- MALAS PALABRAS, A MENUDO PALABRAS HORRIBLES, VIENEN A MI MENTE, Y SE ME HACE IMPOSIBLE LIBRARME DE ELLAS
- 345.- ALGUNAS VECES ME VIENEN A LA MENTE PENSAMIENTOS SIN IMPORTANCIA QUE ME MOLESTAN POR DÍAS
- 346.- CASI TODOS LOS DÍAS SUCEDE ALGO QUE ME AUSTA
- 347.- ME INCLINO A TOMAR LAS COSAS MUY EN SERIO
- 348.- A VECES HE SENTIDO PLACER CUANDO UN SER QUERIDO ME HA LASTIMADO
- 349.- LA GENTE DICE COSAS INSULTANTES Y VULGARES ACERCA DE MI
- 350.- ME SIENTO INCÓMODO CUANDO ESTOY BAJO TELMO
- 351.- NO OY UNA PERSONA PERASTIADO CONSCIENTE DE SÍ MISMA
- 352.- DURANTE CIERTOS PERÍODOS MI MENTE PARECE TRABAJAR MÁS DESPACILLO QUE DE COSTUMERE
- 353.- EN LAS REUNIONES SOCIALES O FIESTAS ES MÁS PROBABLE QUE ME SIENTE SOLO O CON UNA SOLA PERSONA EN VEZ DE UNIRME AL GRUPO
- 354.- LA GENTE ME DESILUSIONA CON FRECUENCIA
- 355.- ME GUSTA MUCHÍSIMO IR A BAILES
- 356.- ALGUNAS VECES HE SENTIDO QUE LAS DIFICULTADES SE ACUMULAN DE TAL MODO QUE NO PODÍA VENCERLAS
- 357.- FRECUENTEMENTE PIENSO: "QUISTERA VOLVER A SER NIÑO"
- 358.- SI ME DIERAN LA OPORTUNIDAD, PODRÍA HACER ALGUNAS COSAS QUE SERÍAN DE GRAN BENEFICIO PARA LA HUMANIDAD
- 359.- FRECUENTEMENTE HE CONOCIDO PERSONAS A QUIENES SE SUPONÍA EXPERTAS Y QUE NO ERAN MEJORES QUE YO
- 360.- ME SIENTO UN FRACASADO CUANDO OIGO HABLAR DEL ÉXITO DE ALGUIEN A QUIEN COMEZO BIEN
- 361.- SI ME DIERAN LA OPORTUNIDAD, SERÍA UN BUEN LÍDER.

- 362.- ME AVERGUENZAN LOS CUENTOS PICANTES
- 363.- GENERALMENTE LA GENTE EXIGE MÁS RESPETO PARA SUS DERECHOS QUE EL QUE ESTÁ DISPUESTA A PERMITIRLE A LOS DEMÁS
- 364.- TRATO DE RECORDAR CUENTOS INTERESANTES PARA CONTÁRSELOS A OTRAS PERSONAS
- 365.- ME GUSTA APOSTAR CUANDO SE TRATA DE POCO DINERO
- 366.- ME GUSTAN LAS REUNIONES SOCIALES POR ESTAR CON GENTE
- 367.- GOZO CON LA EXCITACIÓN DE UNA MULTITUD
- 368.- MIS PREOCUPACIONES PARECE QUE DESAPARECEN CUANDO ESTOY CON UN GRUPO DE AMIGOS ANIMADOS
- 369.- FRECUENTEMENTE NO ME ENTERO DE LOS CHISMES Y HABLADURÍAS DEL GRUPO A QUE PERTENEZCO
- 370.- ME ES DIFÍCIL EL DEJAR A UN LADO LA TAREA QUE HE EMPRENDIDO AÚN CUANDO SEA POR POCO TIEMPO
- 371.- NO HE TENIDO DIFICULTAD PARA EMPEZAR A ORINAR O RETENER MI ORINA
- 372.- A MENUDO HE ENCONTRADO PERSONAS ENVIDIOSAS DE MIS BUENAS IDEAS PRECISAMENTE PORQUE A ELLAS NO SE LES HABÍA OCURRIDO ANTES
- 373.- SIEMPRE QUE ME ES POSIBLE EVITO ENCONTRARME ENTRE UNA MULTITUD
- 374.- NO ME MOLESTA EL SER PRESENTADO A EXTRAÑOS
- 375.- RECUERDO HABERME FINGIDO ENFERMO PARA ZAFARME DE ALGO
- 376.- EN LOS TRENES, ÓMNIBUS, ETC., CON FRECUENCIA LES HABLO A LOS EXTRAÑOS
- 377.- ME RIN O FÁCILMENTE CUANDO LAS COSAS ME VAN MAL
- 378.- ME GUSTA HACERLE SABER A LA GENTE LO QUE PIENSO ACERCA DE LAS COSAS
- 379.- HE TENIDO ÉPOCAS CUANDO ME SENTÍA TAN LLENDO DE VIGOR QUE EL SUEÑO NO ME PARECÍA NECESARIO A NINGUNA HORA
- 380.- NO ME SENTIRÍA DESCONCERTADO SI TUVIERA QUE INICIAR UNA DISCUSIÓN O DAR UNA OPINIÓN ACERCA DE ALGO QUE COMEZO O BIEN ANTE UN GRUPO DE PERSONAS.

- 361.- ¿TE GUSTAN LAS FIESTAS Y LAS REUNIONES SOCIALES
- 362.- ¿TE ACOBARDO ANTE LA CRISIS, DIFICULTADES O PROBLEMAS
- 363.- ¿PUEDO DEJAR DE HACER ALGO QUE DESEO HACER CUANDO OTROS ---
CREEN QUE NO VALE LA PENA HACERLO
- 364.- ¿HAS INGERIDO ALGUNA BEBIDA ALCOHOLICA EN LOS ÚLTIMOS 12 ME-
SES?
- 365.- ¿COMENZASTE A BEBER ANTES DE LOS 15 AÑOS?
- 366.- ¿EL DÍA QUE TOMAS, INGERES MÁS DE 5 COPAS?
- 367.- ¿ACOSTUMBRAS BEBER CADA FIN DE SEMANA?
- 368.- ¿TE EMBORRACHAS CADA FIN DE SEMANA?
- 369.- ¿ACOSTUMBRAS BEBER ENTRE SEMANA?
- 390.- ¿TE EMBORRACHAS ENTRE SEMANA?
- 391.- ¿HAS NOTADO QUE UNA VEZ QUE EMPIEZAS A BEBER NO TE PUEDES
DETENER?
- 392.- ¿HAS NOTADO QUE HAS TENIDO QUE AUMENTAR EL NÚMERO DE CO---
PPAS, PARA CONSEGUIR LOS MISMOS EFECTOS QUE TENÍAS, AL BE-
BER MENOS?
- 393.- ¿DESPUÉS DE UNA PARRANDA TE VEZ EN LA NECESIDAD DE BEBER,
PARA EVITAR LOS EFECTOS DE LA CRUDA?
- 394.- ¿HAS TENIDO PROBLEMAS (DE SALUD, CON LA POLICÍA, CON ALGÚN
FAMILIAR, CON LA PAREJA, ETC.) POR TU FORMA DE BEBER
- ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES HAS UTILIZADO?
- 395.- MARIHUANA
- 396.- TRANQUILIZANTES
- 397.- PASTILLAS QUE TE ESTIMULAN O ACELFAN
- 398.- COCAÍNA
- 399.- LSD, MEZCALINA, PEYOTE
- 400.- INHALACIÓN DE: THIMER, PEGAMENTO, GASOLINA, AGUARRÁS

DURANTE EL ÚLTIMO MES, HAS UTILIZADO ALGUNA DE LAS
SUSTANCIAS ANTES MENCIONADAS?

- 401.- UNA VEZ AL MES
- 402.- DE 2 A 5 VECES AL MES
- 403.- ENTRE 5 Y 10 VECES AL MES
- 404.- MÁS DE 10 VECES AL MES
- 405.- ¿ALGUNA VEZ HAS TRATADO DE REDUCIR O SUSPENDER EL USO DE -
ALGUNA DE ESTAS SUSTANCIAS PERO NO HAS PODIDO?
- 406.- ¿HAS TENIDO QUE AUMENTAR LA CANTIDAD DE ALGUNA DE ESTAS --
SUSTANCIAS PARA CONSEGUIR EL MISMO EFECTO QUE OBTENÍAS AN-
TES?
- 407.- ¿HAS LLEGADO A TENER ALGÚN PROBLEMA (DE SALUD, CON LA POLI-
CÍA, CON LA FAMILIA, EN LA ESCUELA, CON LA NOVIA, EL TRA-
BAJO) POR USAR ALGUNA DE ESTAS SUSTANCIAS
- 408.- ¿ACOSTUMBRAS MEZCLAR ALCOHOL CON ALGUNA DE LAS SUSTANCIAS
ANTES MENCIONADAS?
- 409.- ¿HAS FUMADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?
- 410.- ¿COMENZASTE A FUMAR ANTES DE LOS 15 AÑOS?
- EN UN DÍA CUALQUIERA
- 411.- FUMO DE 1 A 5 CIGARROS
- 412.- FUMO DE 6 A 10 CIGARROS
- 413.- FUMO DE 11 A 15 CIGARROS
- 414.- FUMO DE 16 A MÁS
- 415.- ¿LE DAS EL GOLPE?
- 416.- ¿FUMAS DIANTAMENTE?
- 417.- ¿HAS NOTADO QUE CUANDO DEJAS DE FUMAR APARECE (N) ALGUNO -
(S) DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: DIFICULTAD EN LA CONCENTRA-
CIÓN, IRRITABILIDAD, NERVIOSISMO, ANSIEDAD, URGENCIA -
POR CONSEGUIR UN CIGARRILLO, DOLOR DE CABEZA?
- 418.- ¿TIENES DIFICULTAD PARA NO FUMAR EN LUGARES EN LOS QUE ESTÁ
PROHIBIDO (CINE, TEATRO, METRO, ETC.)?

419.- ¿ACOSTUMBRAS MEZCLAR TABACO CON ALCOHOL?

A CONTINUACION APARECEN ALGUNAS RAZONES POR LAS CUALES LA GENTE FUMA, ESCOGE LA OPCION QUE MAS TENGA QUE VER CONTIGO

420.- FUMO PARA VERME DE MÁS EDAD

421.- FUMO PARA VERME MÁS INTERESANTE

422.- FUMO POR PLACER

423.- FUMO PARA TRANQUILIZARME

424.- FUMO PARA ESTIMULARME

425.- FUMO PORQUE NO PUEDO DEJAR DE HACERLO

426.- FUMO PORQUE LO HAGO DE MANERA AUTOMÁTICA

427.- FUMO PORQUE MIS AMIGOS LO HACEN

A PARTIR DEL NÚM. 428 DEJA EN BLANCO TODAS LAS DEMÁS RESPUESTAS

AHORA QUE TERMINASTE DE CONTESTAR TU EXAMEN, ENTREGA ÉSTE CUESTIONARIO Y TU HOJA DE RESPUESTAS AL MÉDICO QUE ESTÁ CONTIGO EN EL SALÓN.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS.
SERVICIO DE SALUD MENTAL.

Anexo 8

FICHA DE REGISTRO DE LA A-R DE ALUMNOS DE PRIMER INGRESO AL NIVEL SUPERIOR EN LA U.N.A.M. Y PRESENTARON UNA PSICOPATOLOGIA.

CASO Nº _____ DIAGNOSTICO: _____ SEXO: M F EDAD: _____

CLAVE FACULTAD: _____ CARRERA: _____ AÑO DE INGRESO: _____

Nº DE SEMESTRES DE QUE CONSTA LA CARRERA: _____ SEMESTRE QUE CURSA: _____

SEMESTRE QUE DEBERIA ESTAR CURSANDO: _____ TURNO: _____

Nº DE MATERIAS APROBADAS EN EXAMENES ORDINARIOS: _____

Nº DE MATERIAS REPROBADAS: _____

Nº DE MATERIAS APROBADAS EN EXAMENES EXTRAORDINARIOS: _____

PORCENTAJE DE AVANCE DE LA CARRERA: _____

PROMEDIO ACTUAL: _____

ACUDIO A TRATAMIENTO: SI NO. CONTINUA EN TRATAMIENTO: SI NO.

CONCLUYO TRATAMIENTO: SI NO.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS.
SERVICIO DE SALUD MENTAL.

FICHA DE REGISTRO DE LA A-R DE ALUMNOS DE PRIMER INGRESO AL NIVEL SUPERIOR EN LA U.N.A.M.

CASO Nº _____ SEXO: M F EDAD: _____

CLAVE FACULTAD: _____ CARRERA: _____ AÑO DE INGRESO: _____

Nº DE SEMESTRES DE QUE CONSTA LA CARRERA: _____ SEMESTRE QUE CURSA: _____

SEMESTRE QUE DEBERIA ESTAR CURSANDO: _____ TURNO: _____

Nº DE MATERIAS APROBADAS EN EXAMENES ORDINARIOS: _____

Nº DE MATERIAS REPROBADAS: _____

Nº DE MATERIAS APROBADAS EN EXAMENES EXTRAORDINARIOS: _____

PORCENTAJE DE AVANCE DE LA CARRERA: _____

PROMEDIO ACTUAL: _____

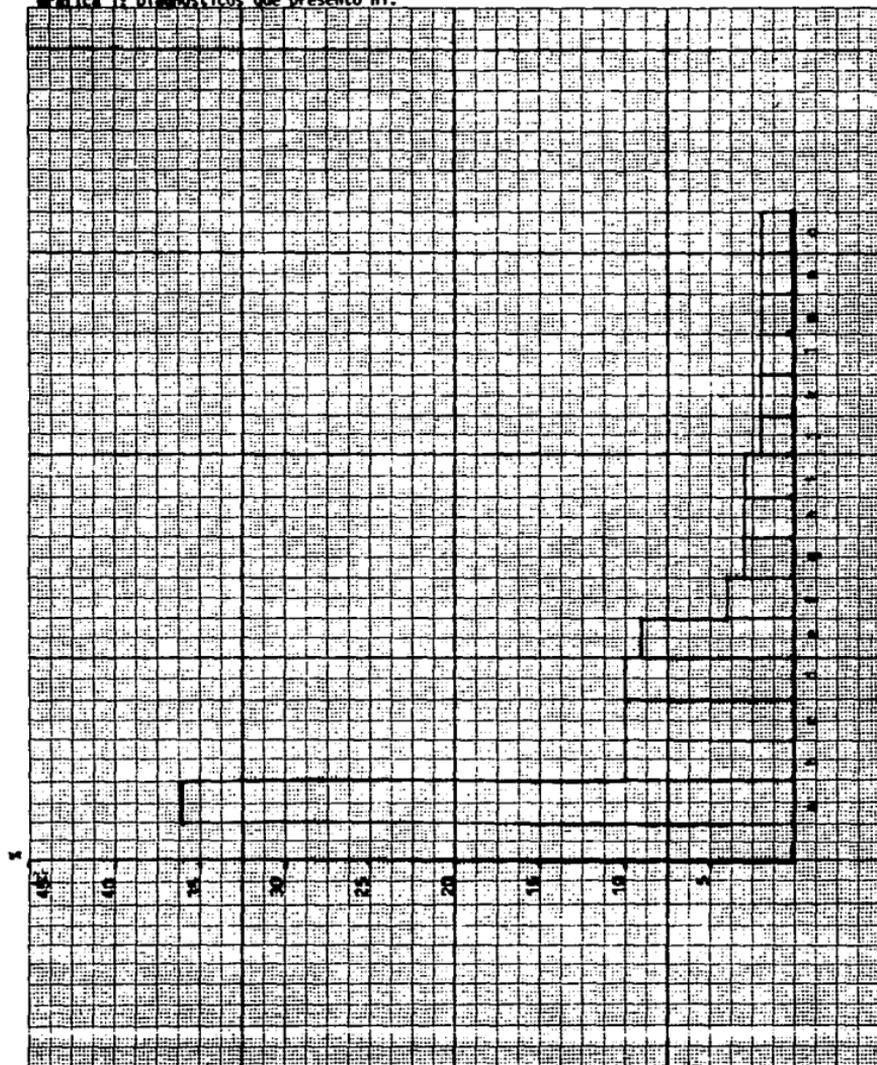
ACUDIO A TRATAMIENTO: SI NO. CONTINUA EN TRATAMIENTO: SI NO.

CONCLUYO TRATAMIENTO: SI NO.

Cuadro 1: Diagnósticos que presentó n1

	Diagnóstico	n.º	%
a	Depresión neurótica	24	36
b	Estados de ansiedad	7	10
c	Reacción depresiva prolongada	7	10
d	Reacción depresiva breve	7	10
e	Trastorno afectivo de la personalidad	6	9
f	Depresión enmascarada	3	4
g	Trastornos neuróticos	2	3
h	Abuso de drogas sin dependencia	2	3
i	Trastorno obsesivo compulsivo	2	3
j	Distonías y trastornos sexuales	1	2
k	Trastorno esquizoide de la personalidad	1	2
l	Reacción de adaptación	1	2
m	Facturación de las funciones peculiares de la niñez y de la adolescencia. Con ansiedad y miedo	1	2
n	Reacción aguda ante gran tensión	1	2
o	Trastorno autístico de la personalidad	1	2
	Total	66	100

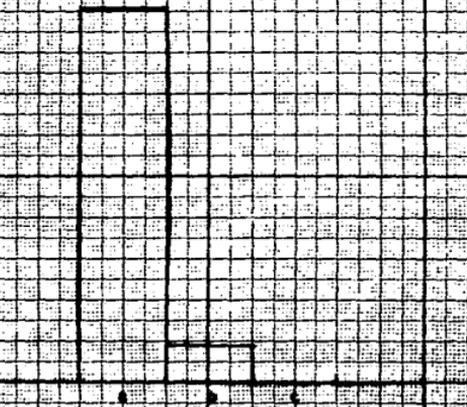
Gráfica 1. Diagnósticos que presentó n1.



Cuadro y gráfica 2º Grado de severidad psicopatológica (ml)

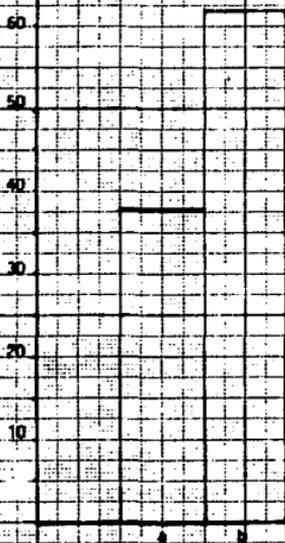
Grado de severidad psicopatológica		v.	%
a	3: Moderado	69	90,9
b	4: Intenso	6	9,1
c	5: Muy intenso	0	0
Total		66	100

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10



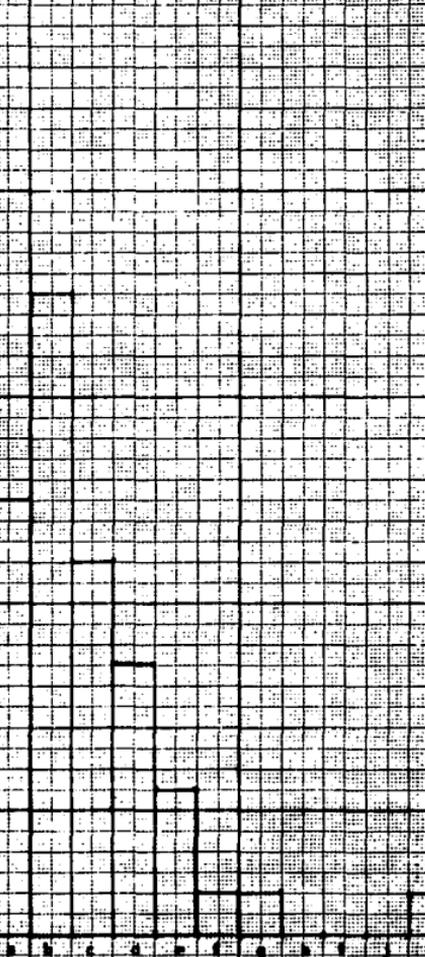
Casos y Deficiencia 3 Sexo. Paralelo v n2

Sexo:		v.a.	%
a	Masculino	25	38
b	Femenino	41	62
7n	Total	66	100



Censo y Gráfica de Edad. Para nº 1 y nº 2

42
40
38
36
34
32
30
28
26
24
22
20
18
16
14
12
10
8
6
4
2



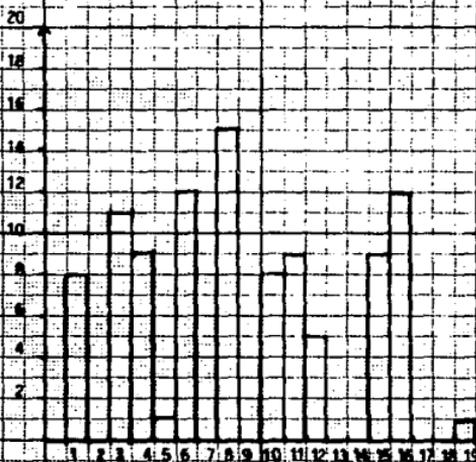
Edad	v.o.	%
a) 19	19	41
b) 19	21	45
c) 20	12	26
d) 20	8	17
e) 22	9	19
f) 28	1	2
g) 24	1	2
h) 25	0	0
i) 26	0	0
j) 27	0	0
k) 28	1	2
l) 29	1	2
m) 30	0	0
n) 31	1	2
Otros	56	100

Cuadro 5. Facultades n Escuela de precedencia para n1 y n2

Clave	Facultad	v.a.	%
001	Arquitectura	05	08
002	Escuela Nacional de Artes Plásticas**	0	0
003	Ciencias	07	11
004	Ciencias Políticas y Sociales	06	09
005	Química	01	01
006	Contaduría y Administración	08	12
007	Derecho	0	0
008	Economía	10	16
009	Escuela Nacional de Enfermería y Obs.**	0	0
010	Filosofía y Letras	05	08
011	Ingeniería	06	09
012	Medicina	03	05
013	Escuela Nacional de Música**	0	0
014	Odontología	0	0
015	Escuela Nacional de Trabajo Social	06	09
016	Medicina Veterinaria y Zootecnia	08	12
017	Sistema Universidad Abierta**	0	0
018	Enseñanza para Extranjeros**	0	0
019	Psicología	01	01
	Total	66	100

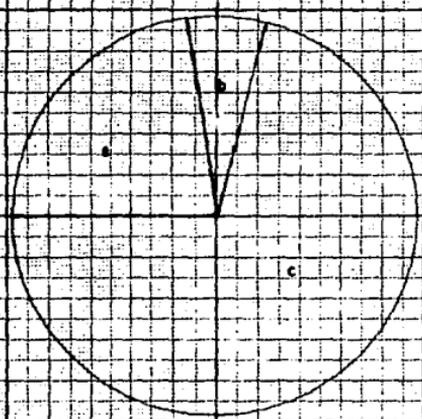
** No fueron tomadas en cuenta.

Gráfica 5: Facultades y Escuelas de procedencia. Para n^o y n^o.



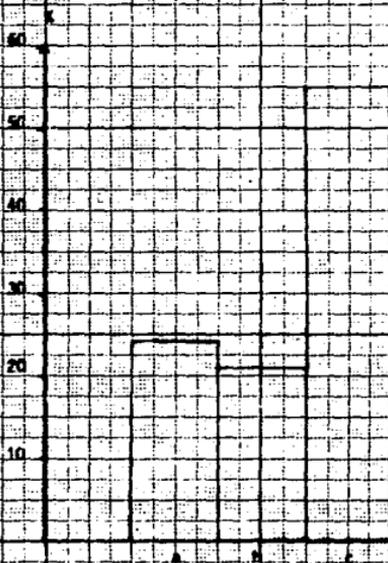
Cuadro y Gráfica 5 bis. Nº de Alumnos que causaron baja.

Alumnos	v.a.	%
a Alumnos que causaron baja	15	23
b Alumnos que cambiaron de carrera	4	6
c Alumnos que quedaron en la muestra.	47	71
TOTAL	66	100



Cuadro y Gráfica de NR de semestres de que consta la carrera. Para n1 y n2.

	NR de semestres de que consta...	v.a.	%
a	Carreras con 8 semestres	11	24
b	Carreras con 9 semestres.	10	21
c	Carreras con 10 semestres	26	55
	Total	47	100



Cuadro 7: Semestre que cursa actualmente.

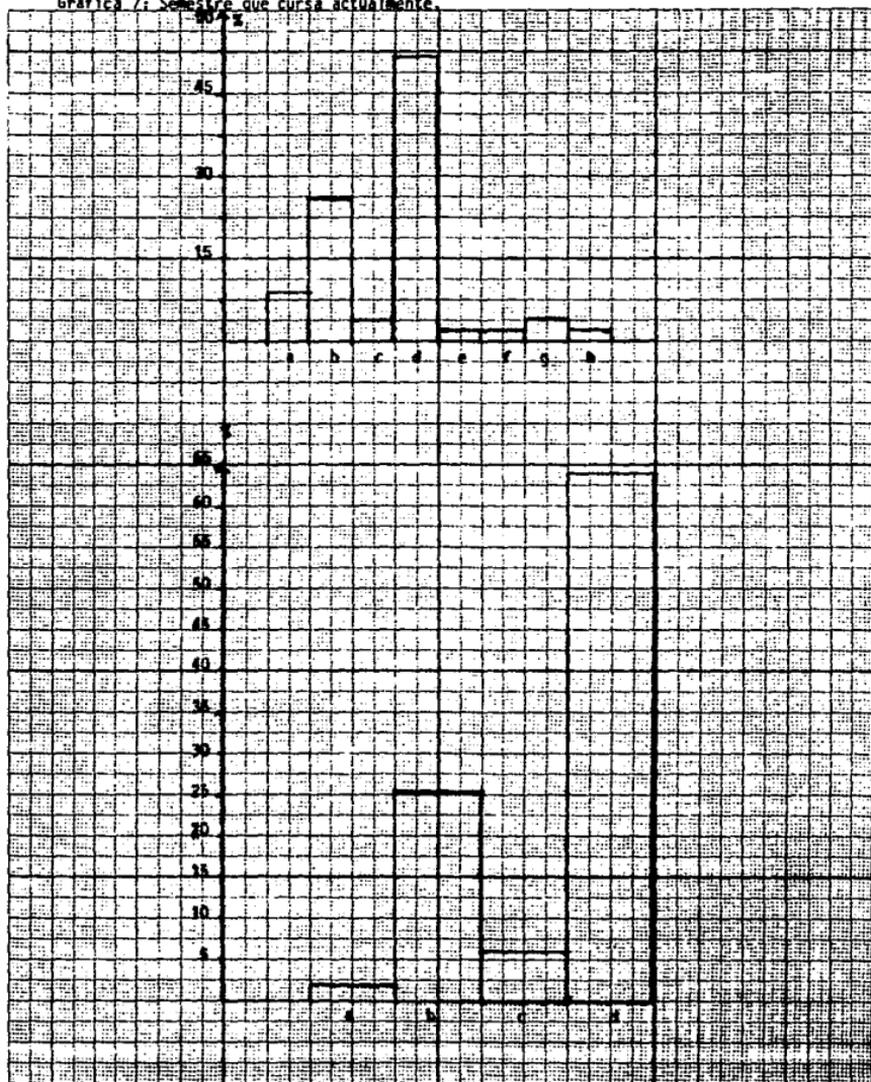
n1)

	Semestre que cursa actualmente	v.a.	%
a	Primer semestre	4	9
b	Tercer semestre	12	26
c	Cuarto semestre	2	4
d	Quinto semestre	24	51
e	Segundo y tercer semestre	1	2
f	segundo y cuarto semestre	1	2
g	Tercer y cuarto semestre	2	4
h	Tercero y quinto	1	2
	Total	47	100

n2)

	Semestre que cursa actualmente	v.a.	%
A	Segundo semestre	1	2
b	Tercer semestre	13	28
c	Cuarto semestre	3	6
d	Quinto semestre	30	64
	Total	47	100

Gráfica 7: Semestre que cursa actualmente.



Cuadro B: Materias aprobadas en cursos o exámenes ordinarios:

n1

Materias aprobadas en cursos ordin... v.a. x

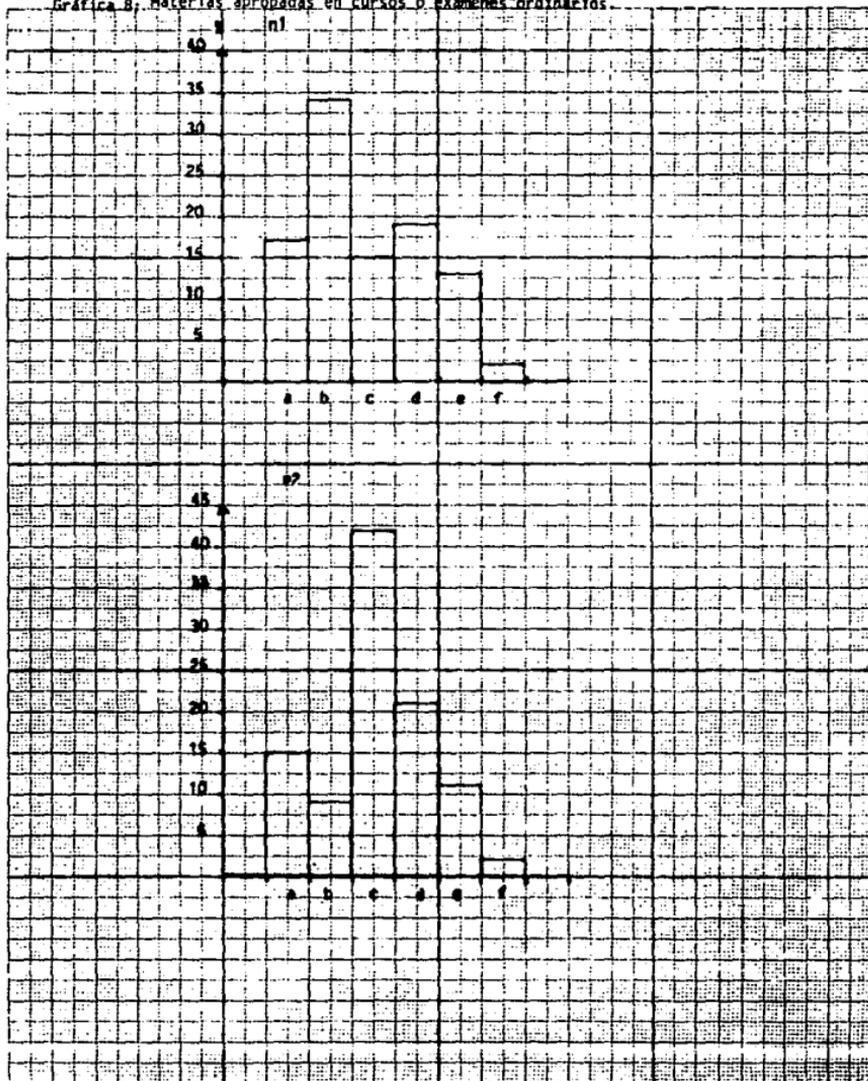
a	De 0 a 5	8	17
b	De 6 a 10	15	34
c	De 11 a 15	7	15
d	De 16 a 20	9	20
e	De 21 a 25	6	13
f	De 26 a 30	1	2
	Total	47	100

n2

Materias aprobadas en cursos ordin... v.a. x

a:	De 0 a 5	7	15
b	De 6 a 10	4	9
c	De 11 a 15	29	62
d	De 16 a 20	10	21
e	De 21 a 25	5	11
f	De 26 a 30	1	2
	Total	47	100

Gráfica B. Materias aprobadas en cursos o exámenes ordinarios.



Cuadro B1: Nº de materias reprobadas.

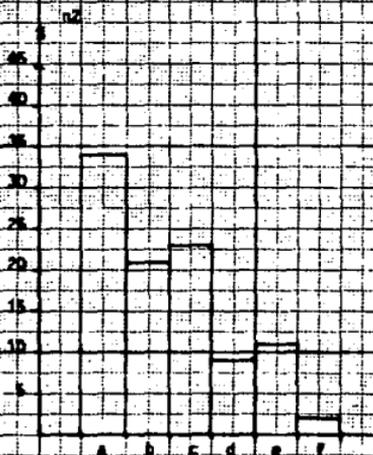
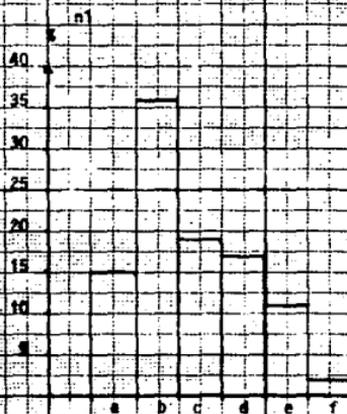
n1

	Nº de materias reprobadas	v.a.	%
a	No ha reprobado	7	15
b	Ha reprobado entre 1 y 3 materias	17	36
c	Entre 4 y 6 materias	9	19
d	Entre 7 y 9 materias	8	17
e	Entre 10 y 12 materias	5	11
f	13 o más materias	1	2
	Total	47	100

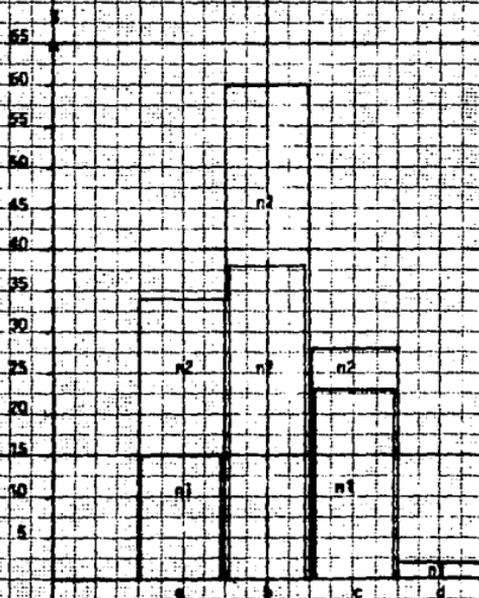
n2

	Nº de materias reprobadas	v.a.	%
a	No ha reprobado	16	34
b	Ha reprobado entre 1 y 3 materias	10	21
c	Entre 4 y 6 materias	11	23
d	Entre 7 y 9 materias	4	9
e	Entre 10 y 12 materias	5	11
f	13 o más materias	1	2
	Total	47	100

Gráfica 6. Nº de materias reprobadas.



Control y práctica 10: NR de materias aprobadas en exámenes extraordinarios.							
n1		n2					
Materias aprobadas en e. ext. v.a. %		Materias aprobadas en e. ext. v.a. %					
a	No ha reprobado materias	7	15	a	No ha reprobado materias	16	38
b	Cero	28	64	b	Cero	18	38
c	De 1 a 3 materias	11	23	c	De 1 a 3 materias	13	28
d	De 4 a 6 materias	1	2	d	De 4 a 6 materias	0	0
Total		47	100	Total		47	100



Cuadro y Gráfica 11. Porcentaje de avance en la carrera.

Porcentaje de avance.	v.a. %	Porcentaje de avance	v.a. %
a Del 0% al 9.9%	5 17	a Del 0% al 9.9%	5 17
b Del 10% al 19.9%	7 25	b Del 10% al 19.9%	4 9
c Del 20% al 29.9%	12 25	c Del 20% al 29.9%	11 23
d Del 30% al 39.9%	5 11	d Del 30% al 39.9%	16 34
e Del 40% al 49.9%	15 32	e Del 40% al 49.9%	11 23
f 50% o más.	0 0	f 50% o más.	0 0
Total	47 100	Total	47 100

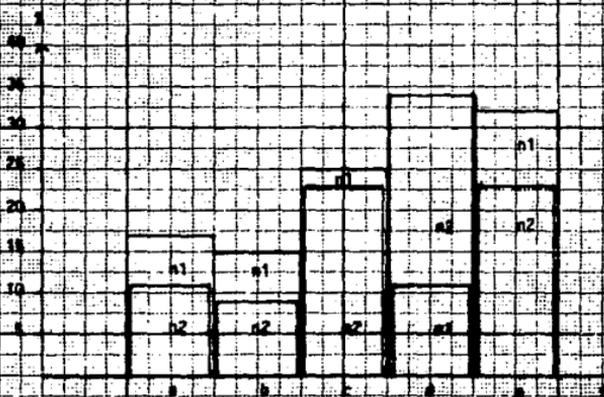
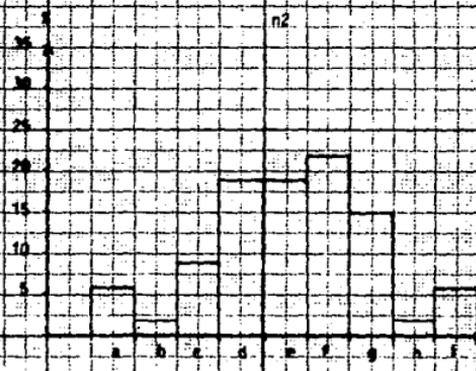
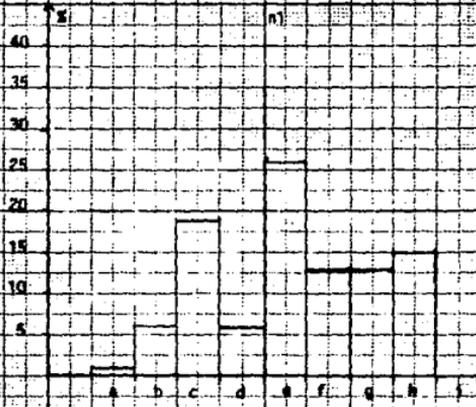


Tabla 12: Promedio de calificaciones.

n1	Rango de promedios de calificaciones.	v.	%
a	0	1	22
b	De 6,0 a 6,59	3	6
c	De 6,6 a 7,09	9	19
d	De 7,10 a 7,59	6	3
e	De 7,60 a 8,09	18	26
f	De 8,10 a 8,59	6	13
g	De 8,60 a 9,09	6	13
h	De 9,10 a 9,59	7	15
i	De 9,60 a 10,0	0	0
	Total	47	100

n2	Rango de promedios de calificaciones.	v.	%
a	0	3	6
b	De 6,0 a 6,59	1	2
c	De 6,6 a 7,09	8	9
d	De 7,10 a 7,59	9	19
e	De 7,60 a 8,09	9	19
f	De 8,10 a 8,59	10	22
g	De 8,60 a 9,09	7	15
h	De 9,10 a 9,59	1	2
	De 9,60 a 10	13	6
	Total	47	100

Gráfica 12: Promedio de Calificaciones.



Cuadro y Gráfica 13. Alumnos que acudieron a tratamiento

Alumnos	v.a.	%
a Alumnos que acudieron a trat.	7	15
b Alumnos que no acudieron a trat.	40	85
Total	47	100

