

135808



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA**

EL ENTRENAMIENTO A PADRES COMO UNA  
ALTERNATIVA PARA LA SOLUCION DE DEFICITS  
ACADEMICOS EN NIÑOS DE PRIMARIA ATENDIDOS  
EN UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

**REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL**

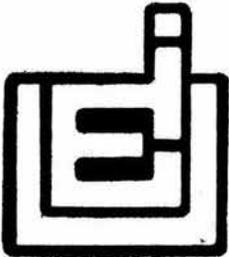
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N :

**ANA LUISA SERNA URIBE**

**DOLORES GUADALUPE TORRES PALACIOS**



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

" DALE UN PESCADO A UN HOMBRE HAMBRIENTO, Y COMERA  
UN DIA; ENSEÑALO A PESCAR Y NUNCA PASARA HAMBRE ".

A NUESTRA ALMA MATER QUE NOS ALBERGO DURANTE CUATRO  
AÑOS. ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA.

A TODOS NUESTROS MAESTROS QUIENES NOS ENSEÑARON  
ADEMAS DE LO ACADEMICO, A VALORAR LA UNION EN EL  
TRABAJO Y LA DIVERSION YA QUE UNO NO ES INCOMPATIBLE  
CON LA OTRA.

VIDAL: NOS CONFIRMASTE QUE UN BUEN MAESTRO PUEDE  
TAMBIEN SER UN BUEN AMIGO YA QUE ESTE ULTIMO SE HACE  
RESPONSABLE DE CORREGIR NUESTROS ERRORES. TE  
AGRADECEMOS LA GUIA A TRAVES DE LA ELABORACION DE  
ESTE TRABAJO.

RAUL: HEMOS COMPROBADO QUE A PESAR DE LOS AÑOS  
TRANSCURRIDOS SEGUIMOS CONTANDO CON TU CONFIANZA,  
ENSEÑANZAS Y AMISTAD. GRACIAS POR DARNOS TODO.

SAMUEL: EL CARIÑO, ATENCIONES Y PREOCUPACION QUE NOS  
HAS BRINDADO A TRAVES DE LA CARRERA Y LOS AÑOS  
POSTERIORES A ESTA NOS HACEN VER QUE NUNCA ESTAREMOS  
SOLAS EN NUESTRA SUPERACION PROFESIONAL.

AGRADECEMOS A:

NUESTRA INSTITUCION LABORAL POR PAGARNOS POR HACER  
LO QUE NOS GUSTA.

LOS DOCTORES: GUSTAVO DIAZ COLUNGA, JOSE RAUL MEJIA  
Y A LA SRA. ROSA MA. PAREDES; POR EL APOYO  
INCONDICIONAL QUE NOS BRINDARON ASI COMO LAS  
FACILIDADES QUE NOS DIERON PARA CONCLUIR ESTE  
REPORTE.

EL DOCTOR MARCO ANTONIO DUPONT V.: SIN UN JEFE COMO  
TU NO HABRIAMOS ALCANZADO NUESTRA META.

LA PSICOLOGA LOURDES LARA DE ROMO: " CON TU APOYO,  
CONFIANZA Y PORRAS LO LOGRAMOS ".

TODOS NUESTROS PACIENTES: POR CREER Y CONFIAR EN  
NOSOTRAS.

" ASI COMO UN EDIFICIO NO SE CONSTRUYE SIN LADRILLOS  
Y MATERIALES, ESTE TRABAJO NO SE HUBIERA PODIDO  
REALIZAR SIN EL APOYO DE AUTORIDADES, AMIGOS, PADRES  
Y NIÑOS QUE COLABORARON CON NOSOTRAS ".

UN RECONOCIMIENTO ESPECIAL NOS MERECE LA FAMILIA  
TORRES MELENDEZ: LUIS, ROSARIO, CESAR, FLAVIO  
(NUESTRO DICTADOR OFICIAL DE APUNTES), DANIA Y  
LIZETTE; POR LOS DESVELOS, CRITICAS, PORRAS Y  
ENSEÑARNOS Y PERMITIRNOS UTILIZAR A HERMENEGILDA  
PARA LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

ASI COMO UN AUTOR VA LLENANDO POCO A POCO LAS  
PAGINAS EN BLANCO PARA CREAR UN LIBRO...  
ASI COMO UN PINTOR VA PLASMANDO ALEGRES COLORES PARA  
CREAR UN BELLO CUADRO...  
ASI COMO LA NATURALEZA VA ACOMODANDO RIOS, MONTANAS,  
VEGETACION, SOL Y CIELO PARA CREAR UN HERMOSO  
PAISAJE...

ASI TAMBIEN, LOS PADRES VAN DEJANDO ALGO DE SI EN LA  
FORMACION DE UN HIJO PARA CREAR A UN ADULTO QUE AME  
LO QUE HACE Y LO PROYECTE EN LOS DEMAS.

MAMA: SU OBRA NO QUEDO INCONCLUSA.

PAPA: CON EL MAS FIRME DESEO DE PODER SEGUIR  
CORRESPONDIENDO A TODO LO RECIBIDO.

GRACIAS.

A LA MEMORIA DE AURELIA URIBE DE SERNA.  
AL INGENIERO EDUARDO JAIME SERNA SANCHEZ.

A PATY, JAIME, JAVIER Y CESAR SERNA URIBE , ASI COMO  
A HECTOR, PATY, BLANCA, GABY, AURA Y ALEXIS POR EL  
CARIÑO Y APOYO RECIBIDOS DESDE SIEMPRE.

A LA FAMILIA MARTINEZ TREJO POR SU ESTIMULO  
CONSTANTE, QUE FUE MUY UTIL EN MOMENTOS DIFICILES.

PARA TI, JESUS, TODO MI AMOR Y AGRADECIMIENTO POR TU  
COMPRESION Y APOYO DURANTE LA REALIZACION DE ESTE  
TRABAJO, AUNQUE YA SABES QUE A ESTA META HEMOS  
LLEGADO JUNTOS.

ISAI GRACIAS POR PERMITIRME ROBAR MUCHO DEL TIEMPO  
QUE TE PERTENECIA; SIN TI LA EMPRESA HUBIERA SIDO  
IMPOSIBLE DE LOGRAR.

UN RECONOCIMIENTO ESPECIAL A LA FAMILIA TORRES  
PALACIOS POR EL APOYO RECIBIDO EN TODO MOMENTO.

GRACIAS.

A TODOS LOS AMIGOS, EN ESPECIAL A ANDREA, QUE ME  
APOYARON INCONDICIONALMENTE.

LOLITA: UNA VEZ MAS COMPROBAMOS QUE DOS CEREBROS  
PUEDEN TRABAJAR COMO UNO SOLO CUANDO UN PROFUNDO  
SENTIMIENTO DE AMISTAD ENLAZA A DOS PERSONAS.

GRACIAS POR TODO LO RECIBIDO DURANTE MAS DE UNA  
DECADA.

LO HICIMOS!

MARY Y MANUELITO: SIN UNOS PADRES TAN CARIOSOS,  
PREOCUPONES Y ENTUSIASTAS COMO USTEDES SON, NO  
PODRIA HABER ALCANZADO LA META.

MAS QUE AGRADECERLES ESTO, QUIERO HACERLOS  
PARTICIPES DE LA CULMINACION DE UN BELLO SUEÑO YA  
QUE SIEMPRE HAN SUFRIDO, LLORADO O REIDO CON MIS  
EXPERIENCIAS.

LUIS: TU EJEMPLO ME HA SERVIDO PARA LLEGAR AL FIN.

JAIME: TE RECUERDO COMO LA PERSONA QUE ME INCITO DE  
LA MANERA MAS DIVERTIDA PARA QUE CONTINUARA  
ESTUDIANDO.

SALO: SIN TU INSISTENCIA Y TESTARUDEZ TODAVIA LO  
ESTARIA PENSANDO.

JORGITO: EN MUCHOS ASPECTOS TU HAS SIDO MI  
"CONEJILLO DE INDIAS" PERO ERES MI BEBE Y TE QUIERO.

CHARO, CECY, LUPITA: GRACIAS POR PERMITIRME  
EXPERIMENTAR CON SUS HIJOS .

POR ORDEN DE APARICION: CESAR, FLAVIO, DANIA,  
LIZETTE, RAMSES E ISIS NADIE CON UNOS SOBRINOS ASI  
PODRIA SEGUIR CUERDA A MENOS QUE SEA PSICOLOGA. LOS  
QUIERO.

ANA: TERMINA UNA ETAPA DE NUESTRA VIDA COMO EQUIPO,  
ESPERO QUE SE INICIE OTRA CON LOS MISMOS O MEJORES  
RESULTADOS.

A TI, POR LA CONFIANZA, CARIÑO Y PACIENCIA  
DEMOSTRADOS.

PARA TODOS LOS QUE NOS ACOMPAÑARON A TRAVES DE  
NUESTROS SUSTOS Y DESVELOS LES DEJAMOS NUESTRO AMOR  
Y NOS LLEVAMOS EL SUYO.

Académico

INDICE

IZT.

Página.

	INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	ANTECEDENTES.....	7
	1 LA PSICOLOGIA EDUCATIVA.....	8
	1.1 Enfoque Tradicional.....	10
	1.2 Enfoque Conductual.....	17
	2 LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	
	0 DEFICITS ACADEMICOS.....	22
	2.1 Problemas de Aprendizaje...23	23
	2.2 Déficits Académicos.....	31
CAPITULO II	DESCRIPCION DE LA INSTITUCION....	35
	1 LA SECRETARIA DE SALUD.....	36
	2 DIRECCION GENERAL DE SALUD	
	MENTAL.....	41
	3 DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS	
	DE SALUD PUBLICA EN EL D.F.....	44
	4 JURISDICCION SANITARIA XIII	
	(MIGUEL HIDALGO).....	45
	5 CENTRO DE SALUD "DR. ANGEL	
	BRIOSO VASCONCELOS".....	46
	6 SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL	
	CENTRO DE SALUD.....	48
CAPITULO III	ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS.....	51
	1 DESCRIPCION DEL PUESTO.....	52
	2 FUNCIONES DESEMPEÑADAS.....	56
CAPITULO IV	ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO	
	DE DEFICITS ACADEMICOS EN EL	
	CENTRO DE SALUD.....	63
	1 MANEJO TRADICIONAL.....	64
	2 ENTRENAMIENTO A PADRES.....	68
	3 DESCRIPCION DEL PROGRAMA.....	70
	4 RESULTADOS.....	86
CAPITULO V	EVALUACION CRITICA.....	93
CAPITULO VI	CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.....	97
	BIBLIOGRAFIA.....	102
	ANEXOS.....	105

## INTRODUCCION

Al egresar de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, de la carrera de Psicología, nos encontramos con la situación de que el campo de trabajo para el Psicólogo exigía el conocimiento y manejo de pruebas psicométricas en todas las áreas, ya que dentro de nuestra sociedad se concibe al Psicólogo como Psicómetra, o sea, como aquella persona que a través de ciertos instrumentos de evaluación (tests), determina las características de "personalidad" y detecta posibles problemas en el aspecto "mental" de un individuo, y que, pueden influir en su desempeño social y/o laboral.

Es por esto que nos enfrentamos a la necesidad de investigar y aprender esta habilidad para poder ingresar a una actividad económicamente productiva; ya que, en nuestra formación profesional, los conocimientos obtenidos a este respecto fueron limitados. Así, desde 1981 a mediados de 1986, estuvimos trabajando en el área de Selección de Personal, en donde surge por primera vez nuestra inconformidad por la forma tan determinante en que se dictamina al utilizar las pruebas psicométricas (en base al resultado que obtenía un candidato en las pruebas, sin considerar variables ambientales, situacionales, desarrollo curricular o laboral, se le calificaba como "adecuado o no" para un puesto);

aunado a esto, la falta de una investigación seria para obtener una estandarización acorde a la población que se pretendía contratar.

A finales de 1986, fuimos ubicadas en el primer nivel de atención a la salud de la Secretaría de Salud, conformado por los Centros de Salud que operan en el Distrito Federal, en el Servicio de Salud Mental; fungiendo como Psicólogas Clínicas; teniendo la responsabilidad del manejo terapéutico de las personas que acuden al servicio ya sean adultos o niños; abarcando todas las áreas que involucró nuestra formación académica (Clínica, Desarrollo y Educación, Educación Especial y Rehabilitación y Social); observándose una mayor incidencia en cuanto a problemas del área educativa, la cual, como veremos más adelante es evaluada mediante pruebas psicométricas, observándose las mismas limitaciones apreciadas en Selección de Personal, ya que en base a los resultados obtenidos en éstas, se toma la decisión de tratar o canalizar al paciente a otra institución.

Debido a nuestra formación netamente conductual, a la experiencia adquirida en las prácticas de Desarrollo y Educación y de Educación Especial y Rehabilitación, y al recelo con el cual tomábamos

las pruebas psicométricas, nos propusimos implementar nuestra forma de evaluación y trabajo para la solución de Déficit Académicos, utilizando técnicas de manejo conductual, así como también los principios de desprofesionalización con el fin de abarcar un mayor número de pacientes, disminuir los tiempos de terapia y obtener resultados a corto plazo (debido a que los niños son enviados en su mayoría a mediados del año escolar o cuando ya tienen la amenaza de ser reprobados), y a su vez, cambiar la imagen del Psicólogo como Psicómetra, Maestro Regularizador o de Educador Especial, que tradicionalmente ha tenido dentro de esta Institución, por otro lado, al entrenar a los padres, intentamos lograr que una población socialmente marginada tuviera acceso a los servicios de esta especialidad con la modalidad de ser ellos mismos agentes de cambio dentro de su propia familia./

A través de este reporte, describimos nuestra situación actual dentro de la Institución en donde prestamos nuestros servicios profesionales, la alternativa llevada a cabo y los resultados obtenidos, así como también una evaluación crítica de las fallas metodológicas detectadas en un análisis posterior.

Iniciamos con una breve revisión acerca de los conceptos y controversias de la Psicología Educativa (ya que en esta área están contemplados en primera instancia los "Problemas de Aprendizaje"), en donde podemos observar que se encuentran tantas definiciones como corrientes Psicológicas se conocen.

Otro problema que se plantea, es el de las diferencias observadas a nivel tradicional y conductual en cuanto al objeto de intervención en el área educativa, específicamente hablando de problemas escolares -aprendizaje Vs déficits académicos-, la forma de evaluarlos y estrategias de intervención, haciendo un breve análisis de lo que se ha encontrado respecto a CI (Castillejo, 1981), y lo que no se toma en cuenta al integrar las pruebas psicométricas.

Posteriormente se expone lo que a nivel conductual mencionan Ribes y Talento (1978), respecto a los déficits académicos y los factores que se deben tomar en cuenta para un adecuado manejo conductual.

En el siguiente capítulo se hace una compilación histórica de la Secretaría de Salud, así como de la

descripción jerárquica de la organización de la Institución, desglosándola hasta llegar al Servicio de Salud Mental de un Centro de Salud.

Siguiendo esta secuencia, se lleva a cabo un análisis que incluye la descripción del puesto y funciones reales del mismo, en contraposición con las normas establecidas de la institución; así como las discrepancias que existen entre Psicólogos de diferentes Centros de Salud en cuanto a criterios de evaluación y tratamiento basados en pruebas Psicométricas.

Partiendo de lo anterior, presentamos nuestra alternativa para la evaluación y tratamiento de déficits académicos, desglosando en primer lugar el manejo tradicional que se lleva a cabo, y en segundo lugar, / el Entrenamiento a Padres, en donde se plantea el tipo de intervención conductual y método aplicado así como los resultados obtenidos.

Terminamos con una evaluación crítico-metodológica y conclusiones y comentarios.

## **I ANTECEDENTES**

## 1. LA PSICOLOGIA EDUCATIVA.

Al dedicarnos a buscar una definición de Psicología Educativa, nos encontramos que es un área de reciente delimitación por lo que aún existen ciertas controversias acerca de cómo conceptuarla, y tal parece que podemos encontrar tantas definiciones como Psicólogos existen.

Es por esto que optamos por hacer una breve revisión bibliográfica de la cual expondremos algunos datos obtenidos, haciendo una separación en los conceptos en base a dos rubros: Enfoque Tradicional y Enfoque Conductual.

Por qué esta separación?

Porque dada nuestra formación y el manejo que aplicamos en la realización del presente trabajo, que es de tipo conductual, consideramos importante tener una base de comparación entre lo que entienden y utilizan otras corrientes (enfoque tradicional) y lo que nosotras entendemos y manejamos (enfoque conductual), ya que según el enfoque que se acepte, dependerán tanto la definición del objeto de estudio, los métodos e instrumentos de evaluación

así como la forma de intervención en los casos referidos a este centro de trabajo./

Antes de iniciar la descripción de los diferentes enfoques para entender a la Psicología Educativa, consideramos pertinente comentar que según anota Genovard (1983), cubriendo " un largo período histórico dentro de la diversidad de las diferentes ramas de la cultura se hacen reflexiones, afirmaciones empíricas e incluso programas aplicados de cuestiones y temas que más tarde se entenderán como psicológicos-educativos"; incluyendo la cultura clásica greco-latina, filósofos, antropólogos, sociólogos, médicos y educadores; hasta cambios surgidos en el actual siglo en el cual la Psicología de la Educación se constituye paulatinamente como una rama distinta de la Pedagogía y de la Psicología del niño, contando con aportaciones de autores como Tolman y Judd, Thorndike, Goddard, Kuhlman, Terman, Stanford-Binet, Storn; y el intento de circunscribir la Psicología Educativa a sus campos y ramas instrumentales por el grupo de Chicago, Terman y Cox, Stanford-Binet, Otis y Thurstone; el Conductismo, la Psicología de la forma y el Psicoanálisis; que en la década de 1920 a 1930 empiezan a influir en la Psicología Educativa, así como la corriente Gestaltista con Wertheimer y

Lewin. Siendo en 1926 cuando Odges dá un punto de vista global unitario e integracionista para el estudio de la Psicología y la Educación (citados por Genovard, 1983).

Hacia 1940 el panorama de la Psicología Educativa había cambiado notablemente encontrando en la actualidad la siguiente situación:

### 1.1 LA PSICOLOGIA EDUCATIVA.

#### ENFOQUE TRADICIONAL.

En este apartado, se pretende, sin hacer un análisis exhaustivo y profundo, mencionar los diferentes conceptos que se encontraron para definir a la Psicología Educativa desde diversos puntos de vista a los que llamaremos tradicionales para diferenciarlos del punto de vista conductual.

X La Psicología Educativa cuenta con una gran variedad de definiciones, entre las más frecuentes Genovard, et al (1983), citan las siguientes:

#### LA PSICOLOGIA EDUCATIVA COMO PSICOLOGIA GENERAL:

" La Psicología de la Educación es aquella rama de la Psicología que trata del aprendizaje y de la enseñanza, aunque su historia va ligada fundamentalmente a la de la Psicología General (Kaur, 1972)". Los autores anotan que esta definición se aprecia reducida y limitada.

#### LA PSICOLOGIA EDUCATIVA COMO PRACTICA EDUCATIVA:

" La Psicología de la Educación es el estudio científico de la práctica educativa, pues al igual que la Educación puede definirse como el arte de adiestrar la mente y la Psicología como su estudio científico; la educación sólo será efectiva en tanto que sea un arte que descansa sobre la ciencia psicológica".

#### LA PSICOLOGIA EDUCATIVA COMO EL ESTUDIO DE FUNCIONES PSIQUICAS ESPECIFICAS:

" La Psicología de la Educación es en lo esencial el desarrollo más o menos metódico de los esquemas que ofrecen las leyes de la asociación a partir del "De Memoria et Reminiscencia" de Aristóteles, y esto por la relación directa de esta obra con el

aprendizaje, con la memoria, con la retención y con la experiencia".

#### LA PSICOLOGIA DE LA EDUCACION COMO PSICOLOGIA DEL DESARROLLO:

" La Psicología de la Educación no es más que un apartado de la Psicología del Desarrollo y su contribución al conocimiento general del niño es el estudio del impacto de la escuela sobre dicho desarrollo".

#### LA PSICOLOGIA DE LA EDUCACION COMO EL ESTUDIO DEL BINOMIO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE:

" La Psicología de la Educación es aquella materia que trata primariamente del conocimiento y medios disponibles para mejorar el proceso de la enseñanza, desde el aprendizaje en todas sus facetas hasta las escuelas que adiestran al alumno".

#### LA PSICOLOGIA DE LA EDUCACION COMO PSICOLOGIA SOCIAL:

" La Psicología de la Educación trata básicamente del estudio del comportamiento humano a medida que cambia bajo la influencia de los procesos sociales y

subsidiariamente cómo éstos ocurren gracias a la educación que los ha hecho posibles".

#### LA PSICOLOGIA DE LA EDUCACION COMO PSICOLOGIA DEL COGNITIVISMO:

" La Psicología de la Educación es aquella rama especial de la Psicología que trata de la naturaleza, condiciones, resultados y evaluación del aprendizaje y la retención escolares; en este sentido consistirá en el desarrollo y aplicación de una teoría del aprendizaje significativo así como de las variables significativas que hagan referencia a dicho aprendizaje"./

Conjuntamente con las diversas definiciones de la Psicología Educativa, surgen las explicaciones analógicas o modelos empíricos representacionales y teóricos para explicar a la Psicología de la Educación, entre los que encontramos (citados por Genovard, 1983) los siguientes:

MODELO CLASICO DE THORNDIKE (1874-1949).  
"Construcción en la que se unen la Psicología General, la Pedagogía y la Metodología de las Ciencias Naturales con la finalidad de explicar las diferencias individuales y el aprendizaje".

MODELO SOCIAL." Se mueve dentro de las variables de relación persona-persona, persona-grupo y persona-símbolo".

MODELO COGNITIVISTA. " Centrado en los procesos llamados de información, en el aprendizaje significativo verbal y en la solución de problemas".

MODELO FUNCIONALISTA ECOLOGICO. " Introduce variables probabilísticas, estudios de interacción entre actitudes y tratamiento del rendimiento y su representatividad en términos de diseño".

Para concluir esta revisión, exponemos lo que Genovard plantea como una síntesis comprensiva de la definición de la Psicología Educativa, partiendo de dos definiciones, una de tipo general y otra de carácter específico, dependiendo esta última de la primera:

✓ "A nivel general, la Psicología de la Educación es primero aquella disciplina que trata del estudio del sujeto (cualquier sujeto y en cualquier edad), que aprende, del proceso de aprendizaje (cualquier tipo de aprendizaje); de las estrategias instruccionales necesarias para que se cumpla el proceso instruccional preciso y el educativo en general; en

segundo lugar, la Psicología de la Educación trata del análisis sistemático de la dinámica del comportamiento social del alumno, de las características propias de una enseñanza efectiva propuesta por los programas educativos y del ambiente que constituye la clase; en tercer lugar, la Psicología de la Educación tiene como objetivos generales la aplicación de los principios de la Psicología General, la Psicología Diferencial y la Psicología aplicada al proceso educativo, el mejoramiento instrumental de los procesos enseñanza-aprendizaje, previamente diseñados por la pedagogía, el diseño de una experimentación correcta que contribuya a la formación de un cuerpo de conocimientos representativos de aquellos procesos y la contribución juntamente con la tecnología educativa a la aplicación y desarrollo de nuevas teorías y modelos que sean capaces de integrar el comportamiento escolar en los programas y estrategias instruccionales de valor y eficacia comprobadas.

A nivel específico, la Psicología de la Educación será aquella rama de la Psicología y la Pedagogía que tratará científicamente los procesos de enseñar y aprender así como de los problemas que en el contexto de los mismos puedan presentarse".

Los temas prioritarios de la Psicología de la Educación a nivel específico serán: Las características del alumno, las tareas del aprendizaje, los procesos instruccionales, los métodos de enseñanza y sobre todo cómo estas variables se afectan entre ellas y cómo responden a los fines generales que la educación ha establecido como prioritarios.

A nivel general parece existir un consenso de que la Psicología de la Educación es aquella que se ocupa del proceso enseñanza-aprendizaje y las variables que lo afectan, el problema de la definición surge entonces de la corriente ideológica o psicológica con que se observa a dicho proceso y variables; así, los Psicoanalistas pueden hablarnos de características de personalidad; los cognitivistas del desarrollo de la capacidad intelectual o desarrollo cognoscitivo; los escolares, de los aspectos limitados al ámbito escolar, etc. Obviamente lo anterior está dado por la orientación o formación profesional recibida, pero consideramos que lo importante es observar resultados, independientemente del enfoque que se utilice.

1.2 LA PSICOLOGIA EDUCATIVA.  
ENFOQUE CONDUCTUAL.

/" El modelo comportamental de la Psicología de la Educación la explica como la enseñanza y aprendizaje de nuevas conductas, con métodos y datos objetivos y con una incidencia muy fuerte sobre el concepto de ejecución" (Genovard, 1983)./

Si nos basamos en este modelo, encontramos que todo lo que estudia el Análisis Experimental de la Conducta, es Psicología de la Educación, ya que " el Análisis Conductual Aplicado se desarrolla a partir de la observación de tres cambios fundamentales: Un cambio en el medio, en forma de objeto o acontecimiento, que influye en el organismo, al cual denominaremos estímulo; un cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de comportamiento observable al que denominaremos respuesta o conducta; y un nuevo cambio en el medio, en forma de objeto o acontecimiento, efecto de dicha conducta, al que llamaremos consecuencia (Triple relación de contingencia)" (Ribes, 1978)./ Es decir, que un organismo en su interrelación con el medio, siempre va a estar aprendiendo nuevas conductas.

Por lo tanto, este modelo nos proporciona una definición muy general de lo que podemos entender como Psicología Educativa.

Entonces... Cómo podemos definir a la Psicología Educativa desde un punto de vista conductual ?

Para responder esta interrogante, es preciso definir en primer lugar lo que entendemos por Psicología Conductual o Análisis Experimental de la Conducta:

Como su nombre lo indica, esta corriente psicológica se dedica al estudio del comportamiento de un organismo ante una situación dada. Sabemos que conducta es un todo, es decir, es todo lo que el organismo hace, voluntaria o involuntariamente, desde aquello más sencillo como retirar la mano del fuego (conducta refleja), hasta lo más complejo (solución de problemas). La conducta, asimismo, es un continuo, es decir, el organismo siempre va a estar realizando algo.

Por otro lado, las situaciones o estímulos ambientales siempre van a existir, es decir, siempre el organismo va a estar en relación con algún evento o estímulo.

Así pues, tenemos que el conductismo estudia la interrelación de dos continuos: Conducta y Ambiente. Ahora bien, el estudiar esta interrelación en su totalidad es tarea imposible, por lo que para facilitar dicho estudio, ambos continuos se segmentan y así, según el tipo de conducta y el tipo de ambiente (segmentos) que analizamos, obtenemos el área que estudiamos en lo que conocemos como Psicología Aplicada, cuyos principios se derivan del área de Psicología Experimental tanto animal como humana que se lleva a cabo en ambientes restringidos y controlados.

( La Psicología Aplicada está dividida en cuatro áreas principales:

( En el área Clínica estudiamos a los sujetos con problemas de déficits o excesos conductuales que le impiden una correcta adaptación al medio en que se desenvuelve.

( En el área de Psicología Social, se dá énfasis al manejo del individuo dentro de un grupo social e incluso al manejo del grupo mismo.

( En el área de Educación Especial nos dedicamos a promover la adquisición de las conductas que sean

necesarias para remediar, por lo menos parcialmente el retardo en el desarrollo, así como también el promover la desprofesionalización utilizando a padres y familiares para la mejor integración del individuo en su medio ambiente.

En el área de Psicología Educativa, tenemos que la función del Psicólogo inmerso en esta corriente es "la búsqueda de formas de programar el ambiente educacional en que el individuo pueda aprender tareas específicas y, así, después de que la meta haya sido alcanzada, comparar la ejecución en aquella circunstancia manipulada contra la realizada en alguna otra situación escolar" (Bijou, 1978).

Para lograr el éxito de esta programación contamos con ciertos frentes de entrada entre los cuales podemos mencionar:

-Alumnos: Eliminar repertorios que interfieran con el aprendizaje, implantar repertorios que hagan falta, mejorar u optimizar repertorios ya existentes.

-Maestros: Mejorar las condiciones educativas a través de un adecuado manejo de contingencias.

-Padres: Proporcionar orientación y entrenamiento a padres acerca de diferentes aspectos relacionados con el área.

-Programas Educativos: Planeación sistemática, tanto con padres como con maestros.

-Problemas Administrativos: En Escuela como ausentismo y estímulos.

-Ecológicos: Planeación sistemática de condiciones ambientales.

Estos últimos con el fin de optimizar la situación de enseñanza-aprendizaje,

Toda esta labor puede ser realizada por el Psicólogo, pero su función, más que de intervención directa en el problema, debe enfatizarse en un nivel de asesoría o consulta, ya que no debe caerse en el error de confundir el trabajo del mismo con el de maestro regularizador, o sea que, debe dedicarse al entrenamiento de maestros, padres y paraprofesionales en el manejo de técnicas de modificación de conducta para que éstos sean los que produzcan el cambio directamente en la situación.

## 2 LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE O DEFICITS ACADEMICOS.

" En el área educativa, el Psicólogo se aboca a la tarea de estudiar las condiciones y métodos que facilitan los procesos de aprendizaje... desde el desarrollo del niño hasta la educación profesional, así como los procedimientos de enseñanza adecuados a cada nivel. La Psicología en la educación se aplica concretamente en el sector de la docencia, dirige su actividad hacia programas de entrenamiento de profesores, padres de familia, estudiantes, niños con problemas de aprendizaje y de conducta y a la orientación de las personas en la elección de su vocación" (Harsch, 1985).

De todo este campo de acción, este reporte se circunscribe a lo referente a "niños con problemas de aprendizaje" y el "entrenamiento a padres" ya que es la problemática tratada en el trabajo realizado en el Centro de Salud. Lo que se refiere al entrenamiento a padres será desarrollado en un capítulo posterior. En este inciso trataremos de dar una visión general de las diferentes definiciones que se han desarrollado respecto a "problemas de aprendizaje", como tradicionalmente se han denominado y/o los "déficits académicos"

(enfoque conductual), continuando con la línea de ideas que hemos venido siguiendo, asimismo, en base a estos conceptos veremos el problema de la evaluación desde ambos puntos de vista.

## 2.1 PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.

Desde un punto de vista tradicional, un niño con problemas de aprendizaje es aquel que presenta "desorden o alteración en uno o más de los procesos psicológicos básicos implicados en la comprensión o uso del lenguaje oral o escrito.) Estos trastornos se pueden manifestar en una imperfecta capacidad para atender, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o realizar cálculos matemáticos. Incluyen estados calificados como incapacidades perceptivas, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia, afasia evolutiva, etc." (Enciclopedia de Educación Especial, 1988).

Generalmente se les denomina "niños de lento aprendizaje", conviniendo en que para niños con un C.I. inferior a 70 son preferibles clases especiales a los intentos de adaptarlos a la clase ordinaria.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1988), define a los problemas

escolares como aquellos problemas académicos no debidos en apariencia a trastorno mental alguno, incluyendo el trastorno en el desarrollo en la lectura y en el cálculo aritmético, sugiriendo para el diagnóstico los Tests de Inteligencia, el resultado de los cuales implica la clasificación del individuo y la posible estrategia de intervención, como podemos observar en el cuadro I

Atención de acuerdo al Cociente Intelectual

C.I.	GRADO	.CTO. EDUCACION.
0 - 20	Idiotas.	Inst. Sujetos Graves.
20 - 50	Imbéciles	Inst. Sujetos Graves.
50 - 65	Insuficiencia Mental.	Escuela Especial.
65 - 75	Zona Marginal con Lentitud.	Grupo Integrado.
75 - 90	Lentitud Mental No Asimilable a Insuficiencia.	Grupo Integrado.

Cuadro I. Fuente Enciclopedia Técnica de la Educación.

" Como podemos observar el Cociente Intelectual se viene utilizando reiteradamente en el campo de la

investigación y en el campo aplicado de las ciencias humanas como la mejor aproximación posible a la medida de la " Aptitud Intelectual" del sujeto.

Esta amplia utilización ha acumulado una diversidad de significados, matices y controversias que parecen restarle validez; las puntuaciones del C.I. no poseen ni representan ninguna entidad con existencia propia, son una medida macroscópica de la " eficacia intelectual", resultado de la adición de medidas en diversas tareas (reactivos de los Tests), que representan una muestra reducida de la actividad intelectual.

Entre las complejas dimensiones que lo constituyen han de citarse: El potencial genético actualizado, las experiencias, los aprendizajes, los aspectos motivacionales y afectivos, los estímulos y actividades y cuantas variables contribuyan al desarrollo del sujeto. En consecuencia, el C.I. no es una medida pura de ninguno de estos factores ni de ninguna aptitud específica. Si en la evolución del sujeto se establece un corte coincidiendo con el momento en que se evalúa su C.I., tal C.I. será el resultado, el producto, o en otros términos, una variable dependiente de su desarrollo previo; a la vez que se integrará como determinante de su

desarrollo posterior, de modo que, podría entenderse como un producto intermedio del desarrollo humano.

Una falacia que se atribuye al C.I. es su carácter de techo, de capacidad máxima, especialmente cuando en base al mismo se toman decisiones de tipo clasificatorio, selectivo u orientativo, atendiendo a la distribución normal del cociente de rendimiento. Así, vemos que las limitaciones y las críticas hechas al C.I., sirven como medidas de advertencia acerca de cuales son las interpretaciones que atentan contra su validez; entre las más importantes podemos mencionar las siguientes:

- a) Los tests que miden el C.I. no evalúan los problemas que requieren reflexión y tiempo.
- b) Son muestras de aprendizaje derivados de las experiencias generales y en ningún caso aspectos fijos e innatos.
- c) Premian el pensamiento analítico, científico y convergente; colocando en desventaja a los estilos más divergentes, imaginativos y artísticos.

- d) No se aceptan las respuestas no condicionadas a la cultura media, situando también en desventaja a las minorías.
- e) Son evaluadas unas pequeñas habilidades del individuo, ignorando las demás y siendo en consecuencia un mal predictor de las tareas no incluidas en el test.
- f) No son transculturales, porque para que los reactivos sean válidos deben ser tan conocidos como lo eran para los sujetos de la muestra.
- g) En caso de sujetos con deficiencias intelectuales o sensoriales, los tests no contruidos específicamente para ellos no son válidos por estar el resultado contaminado de aspectos que no son de C.I.

Además, la validez predictiva del C.I. está sujeta a cuantas restricciones conlleva su medida, los factores que la afectan son principalmente:

- Aprendizajes diferenciales ocurridos entre las evaluaciones. A mayor intervención educativa,

mejor puntuación se obtiene en la segunda aplicación.

- Tiempo transcurrido entre pruebas, de modo que a menor tiempo, mayor constancia .
- Edad de la primera aplicación: A mayor edad, mayor constancia. La aceleración negativa del desarrollo y la sucesiva diversificación de la inteligencia pueden explicarlo.
- Equivalencia entre los reactivos, difícil de mantener, debido a que se evalúan aptitudes diferentes para cada edad. Por ello los C.I. obtenidos de varias pruebas son mejores predictores.
- Los efectos del ambiente producen cambios hasta de 20 puntos de C.I.
- Las fluctuaciones en la motivación y estado del sujeto.
- La fiabilidad de las medidas, afectada por estos mismos factores que inciden sobre estabilidad de puntuaciones, destacando los que actúan sobre las puntuaciones en la prueba,

tales como la amplitud de la misma o la homogeneidad de la muestra. La edad incide directamente por ser los errores estándares del C.I. mayores en las edades más bajas, resultando en consecuencia las de menor fiabilidad.

Entre los factores que han demostrado una mayor incidencia en los cambios y valores diferenciales del C.I. cabe citar:

- 1) Ambiente familiar: Nivel educativo de los padres, aspiraciones, interés y seguimiento, disciplina sin angustias; favoreciendo su desarrollo los ambientes cálidos, democráticos y razonables.
- 2) El lugar de nacimiento: Los primogénitos e hijos únicos aparecen con los mejores valores, lo que se debe a la mayor atención de que son objeto.
- 3) Expectativa de los profesores: Aumentando el C.I. cuando se produce el efecto Pigmalión entre los sujetos de los que mejores resultados se espera.

- 4) Hábitos: Los hábitos urbanos proporcionan C.I. más elevados que los rurales.
- 5) Los resultados de la estimulación precoz: En ambientes con privación socio-cultural disminuyen los valores de C.I., dando mejores resultados cuando se mejora el lenguaje materno.
- 6) La educación: Especialmente la intervención en preescolar, ya que los mismos contenidos de las pruebas del C.I. son tareas aprendidas en gran parte.
- 7) La Generación: Se ha encontrado que en las jóvenes generaciones existe un mayor estímulo y exigencia cultural.
- 8) Mención aparte merecen los estudios inter-grupos, que llegan a la conclusión común de que en los grupos afectados de privación ambiental (status bajos, etnias minoritarias, subculturas, marginación social, etc), los C.I. promedios son inferiores a la población media, con valores que oscilan sobre los 15 puntos de C.I. (una desviación típica) entre los blancos y los negros y que

es aún mayor entre status profesionales"  
(Enciclopedia de Educación Especial, 1988).

## 2.2 DEFICITS ACADEMICOS.

✓ Entendemos por conductas académicas a " todas aquellas formas de comportamiento que estan ligadas a objetivos educacionales especificos: Leer, escribir, contar, etc. La conducta académica, en principio, no es más que una conducta verbal compleja. La importancia del desarrollo de un repertorio académico es doble":

- a) Permite el desarrollo de nuevas conductas que pueden tener un valor adaptativo eventual, y
- b) Aumenta las oportunidades de exposición a formas complejas de actividad y reforzamiento social.

Una de las propiedades más importantes de la conducta académica, es la relativa independencia inicial, de cada uno de sus componentes o integrantes, al punto de que dicha conducta puede descomponerse o fraccionarse en multitud de secciones en las que se puede trabajar por separado sin inconveniente alguno. Cuando se dispone de los repertorios básicos a nivel verbal, la programación

es más un problema de interrelación de repertorios y de variaciones en el control de estímulos, que de un establecimiento, per se, de nuevas conductas.

Los programas son efectivos independientemente del diagnóstico etiológico si se toma la precaución de evaluar los repertorios de entrada necesarios" (Ribes y Talento, 1978).

Partiendo de esta definición, entenderemos por Déficit Académicos el que un sujeto carezca de los repertorios académicos básicos requeridos para el nivel escolar en que se encuentra.

En base a lo anterior, la programación de cualquier materia académica para un niño podrá plantearse, según Bijou (1978), tomando en cuenta los siguientes puntos:

- a) Formular en términos objetivos la conducta terminal o deseada.
- b) Evaluar el repertorio conductual del niño que es relevante para la tarea.
- c) Secuenciar el material estímulo o los criterios conductuales de reforzamiento.

- d) Iniciar al niño en aquella unidad de la secuencia en que pueda responder correctamente el 90% del tiempo.
  
- e) Manejar las contingencias de reforzamiento con máquinas de enseñanza o de algún otro aditamento que fortalezca las aproximaciones sucesivas y que construya reforzadores condicionados intrínsecos a la actividad, y
  
- f) Llevar registros de las respuestas del niño como base para modificar los materiales y procedimientos de la enseñanza.

En la evaluación conductual se trata de identificar a las conductas objeto de intervención así como las variables ambientales y las internas que las mantienen o controlan.

Para poder realizar un adecuado manejo conductual y optimizar resultados, debemos tomar en cuenta aquellos factores básicos que determinan al comportamiento y que son:

- Los determinantes biológicos del pasado, factores hereditarios, prenatales y perinatales

que pueden producir cambios en el organismo y reducir la gama de conductas factibles.

- Los determinantes biológicos actuales, estados de desnutrición, falta de sueño, enfermedades transitorias e ingestión de drogas que afectan de manera diversa la acción de los estímulos discriminativos y reforzadores comunes .
  
- La historia de interacción con el medio, el conjunto de interacciones mantenidas en el pasado entre el organismo y el medio cuyo estudio permite detectar la carencia de cierta estimulación reforzante en el pasado; el reforzamiento de conductas indeseables y la utilización excesiva de estimulación aversiva.
  
- Las condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos discriminativos, reforzantes y disposicionales de los que dependerá la manipulación conductual que se va a efectuar./

**II. DESCRIPCION DE LA INSTITUCION.**

## 1. LA SECRETARIA DE SALUD.

Terminada la conquista y reconstruida la Ciudad de México, los conquistadores se enfrentaron a problemas que requerían de acción inmediata; entre ellos, la organización de la nueva ciudad, la castellanización y la salud pública. Para esta última, El Consejo de Indias instituyó en 1628 una junta denominada "Tribunal del Protomedicato", con las siguientes atribuciones generales:

" Examinar a los que quieran ejercer Medicina, la Farmacia, y la Flebotomía; expedir licencias a los aprobados, imponer castigos, señalar los libros de texto relativos a la Medicina y Cirugía, disponer de las cartillas para los sangradores y parteras en general, cuidar el ejercicio de las artes médicas y agrupar y reglamentar todas las actividades sanitarias.

Con la guerra de Independencia, México pasó por un período de desorganización y por consiguiente se presenta el deterioro de las instituciones gubernamentales, afectando el prestigio y atribuciones del Protomedicato, que aún continuó hasta el año de 1831, en que Don Anastasio Bustamante promulgó una ley que reemplazó al

Tribunal por la Institución denominada Facultad Médica del Distrito Federal, que asumía las funciones de la Junta ya mencionada y se obligaba a constituir el Código Sanitario.

El 4 de enero de 1841 se crea el Consejo de Salubridad del Departamento de México, dicha institución estaba integrada por un Presidente, que sería el Gobernador del Departamento de México, cinco Ministros titulares, de los cuales tres serían Médicos, un Farmacéutico, un Químico y un número indeterminado de miembros honorarios.

De las atribuciones más importantes de ese Consejo destacan: Establecer los lineamientos para la elección de titulares, la vigilancia del ejercicio de la Medicina, la aplicación de sanciones, la expedición de títulos, la inspección de los establecimientos ligados con la salud y la vigilancia de la aplicación de vacunas.

Con el tiempo aumentó la población y con ella, sus necesidades y requerimientos sanitarios, por lo que el 28 de febrero de 1883 quedó constituido el Consejo Superior de Salubridad con Jurisdicción Nacional anexo a la Secretaría de Gobernación. El 15 de julio de 1891 se expide el primer Código

Sanitario, que originalmente estaba integrado por 353 artículos. Con el triunfo de la Revolución Mexicana, el Congreso Constituyente aprobó el Decreto por medio del cual «el Consejo Superior depende exclusivamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y cuyas disposiciones serán de carácter Nacional».

Ya desde 1892 se había advertido la necesidad de crear un Ministerio de Salubridad que unificara las dos ramas de beneficio social como instrumentos útiles y eficaces de gobierno. Esa idea fue expresada por el Doctor Eduardo Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad, quien habló de crear un organismo que coordinara la Salubridad y la Beneficencia Pública. El primer paso para realizar esa idea se dió en 1917, cuando a instancias del Doctor José María Rodríguez se creó el Departamento de Salubridad, el cual tuvo como funciones primordiales la Legislación Sanitaria de la República, la policía sanitaria de los Puertos, substancias alimenticias, drogas y otros artículos peligrosos para la salud, etc. Fue en 1943 cuando por Decreto Presidencial se fusionan el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia formando la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, a

la que la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado le confió la organización y prestación de servicios. Destacan como primeros trabajos de esta Secretaría los estudios de Investigación, tendientes a la erradicación de las enfermedades transmisibles; a las campañas preventivas y curativas en todo el país; a la atención a la población damnificada en casos de catástrofe; la implantación de programas para la construcción de Hospitales y Centros de Salud; además, dentro de estas actividades sobresale la erradicación de la viruela, plaga que asoló a nuestro país por más de cuatrocientos años, siendo México la primera nación del mundo que lo lograra.

### IZT.

Al inicio de su gestión como Presidente de la República el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, tomó la iniciativa de incluir en la Constitución Mexicana el Derecho a la protección de la Salud quedando como una garantía social que obliga al gobierno a darle creciente efectividad.

La salud comprende: La salud pública que cuida a la colectividad; la atención médica que se proporciona al individuo; y, la asistencia social que incorpora a los desprotegidos a situaciones que le ofrezcan un desarrollo físico y social más promisorio.



Los servicios públicos de salud son responsabilidad de distintas instituciones: Las de seguridad social - IMSS, ISSSTE y algunos organismos estatales - que atienden a los derechohabientes; en tanto que los desarrollados por la SSA y por los gobiernos del D.F. y de algunos estados atienden a la llamada población abierta, es decir, la que no disfruta de la protección de la seguridad social.

Con el propósito de lograr una mayor efectividad de los servicios (cobertura plena y aumento de la calidad), se establece un Sistema Nacional de Salud que trae como consecuencia que al quedar al frente de este programa la Secretaría, tiene que dejar de realizar funciones operativas para quedar como coordinadora de este plan; para lograr lo anterior se inicia el programa de descentralización, en donde deja de operar servicios que son transferidos gradualmente a la responsabilidad operativa de los gobiernos del D.F y de los Estados de la República, es a raíz de estos cambios que la Secretaría de Salubridad y Asistencia es transformada a Secretaría de Salud nombre con el que actualmente se le conoce" (Boletín de la Secretaría de Salud, 1985, 1986, 1987) (Anexo I Decreto Presidencial).

## 2. DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL.

Hasta tiempos muy recientes, las funciones públicas en el campo de la Salud Mental, se limitaban a responder a la muy apremiante necesidad de proveer custodia tras los muros de un asilo a personas severamente perturbadas. Sin embargo, México se había adelantado a otros países en tomar bajo su custodia a los dementes que, mal alimentados y desnudos deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles, ya que el primer Hospital de América dedicado al cuidado de tales enfermos, el Hospital de San Hipólito, fue fundado en 1566, en esta Ciudad, por Fray Bernardino Alvarez; ciento sesenta años más tarde, en 1700, se estableció el Hospital de la Canoa, y en 1860 en dos nosocomios, en Guadalajara y Monterrey se establecen servicios Psiquiátricos. En 1910 el entonces Presidente Díaz inauguró en terrenos de la Hacienda de la Castañeda, en Mixcoac, el Manicomio General; la atención que durante décadas se prestó a los asilados en el Manicomio fue deficiente, pero no necesariamente peor que en otros países. Se carecía entonces de conocimientos científicos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, inexorable del

avance de su enfermedad y no, como ahora sabemos, de su aislamiento y abandono.

En 1959 se creó en la SSA, la Dirección de Neurología Psiquiatría y Salud Mental, que logró la construcción entre 1960 y 1970 de once Hospitales en sustitución del Manicomio General; desafortunadamente no contaron con recursos técnicos y económicos apropiados a sus necesidades y en el transcurso de unos cuantos años sufrieron un gran deterioro, sin embargo, en dos de estos Hospitales, el Fray Bernardino Alvarez (población adulta), y el Juan N. Navarro (población infantil), la asistencia de los enfermos alcanzó mejores niveles, probablemente porque han venido funcionando como Hospitales Escuela.

Entre 1950 y 1960, el avance en la farmacología tuvo importantes consecuencias en la atención de los enfermos mentales; una de ellas fue la generación de un impulso poderoso en el estudio del cerebro como sustrato de las funciones mentales y de la conducta y otra fue que a los enfermos mentales se les vió como susceptibles de ser curados y reintegrados a la sociedad, por lo tanto merecedores de un tratamiento más activo.

A partir de los años 70s se reforzó la corriente que pone énfasis en el estudio de los problemas de los enfermos mentales en su contexto social, por lo que se reconoce la necesidad de prestar mayor atención a los aspectos psicológicos y sociales de la salud, en vista del elevado costo social de su descuido, por tal motivo, en el campo de la Psiquiatría y Salud Mental el péndulo osciló del interés en el individuo aislado al interés en la familia y la comunidad, y del énfasis en la curación al énfasis en la prevención y la detección y tratamiento temprano de los casos.

Precisamente, el avance más importante en los últimos años en el campo de la Salud Mental Pública ha sido el establecimiento de servicios en Centros de Salud y Hospitales Generales de la SSA en el D.F. y en algunas ciudades de la República.

La Dirección General de Salud Mental (D.G.S.M.), funcionó a nivel operativo hasta el año de 1984, fecha en la cual por el proceso de descentralización de la SSA, pasa a tener atribuciones únicamente normativas a nivel nacional y en el D.F. se crea el programa de Salud Mental dependiente directamente de la D.G.S.S.P.D.F.

### 3. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL.

La SSA cumplía con su función operativa de atender a las necesidades de salud de la población a través de tres Direcciones Generales: La Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados (D.G.S.C.S.P.E.), que controlaba la atención a primer nivel (Centros de Salud) en los Estados de la República; la Dirección General de Salud Pública en el D.F. (D.G.S.P.D.F.), con funciones similares en esta ciudad; y, La Dirección General de Atención Médica (D.G.A.M.) que a nivel nacional coordinaba las necesidades de segundo y tercer nivel u hospitalarias.

En el sexenio 1982-1988, se inicia el proceso de desconcentración y descentralización de varias Secretarías, entre ellas la SSA, por lo cual desaparecen y/o se fusionan algunas Direcciones; cada gobierno estatal absorbe el control de la atención en los tres niveles dentro de su territorio; y, DGSSPDF, amplía su cobertura a segundo y tercer nivel (Hospitales Generales y de Especialidades respectivamente), en el D. F. desapareciendo la DGAM y la DGSCSPE.

#### 4. JURISDICCION SANITARIA NUMERO XIII ( MIGUEL HIDALGO).

Para cumplir con las funciones de atención médica a la población en un primer nivel la D.G.S.S.P.D.F., ha dividido su territorio en dieciseis Jurisdicciones Sanitarias, aproximadamente acordes a las Delegaciones Políticas; cuya actividad primordial es la coordinación y supervisión de la aplicación de los programas establecidos por la SSA., y que son ejecutados en las unidades operativas (Centros de Salud y Centros Comunitarios).

La Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo, está integrada por cinco Centros de Salud: Lago Cardiel, Dr. Manuel Gutiérrez, Dr. Manuel González Rivera, México-España y Dr. Angel Brioso Vasconcelos y la Clínica Uno de Especialidades (que funciona a nivel de consulta externa), así como también un Centro Comunitario T. I San Lorenzo Tlaltenango. De ellos, el único que cuenta con el servicio de Salud Mental es el Dr. Angel Brioso Vasconcelos.

El organigrama Jurisdiccional se presenta en el anexo II.

## 5. CENTRO DE SALUD "DR. ANGEL BRIOSO VASCONCELOS"

El Centro de Salud fue inaugurado en enero de 1952, su función es llevar a cabo medidas preventivas y de atención de primer nivel a la población no derechohabiente de otras instituciones de salud y/o población de escasos recursos económicos. Dicha función se realiza a través de programas, entre ellos encontramos: Planificación Familiar, Detección Oportuna de Cáncer, Vacunación, Nutrición, Prevención de la Rabia, Educación para la Salud, Salud Dental, Atención a Escolares, Hipertensión, Diabetes, Vigilancia Epidemiológica, Salud Mental y contra las Adicciones que incluye Farmacodependencia, Alcoholismo, Tabaquismo, y Prevención y Atención de Desórdenes Mentales en Pacientes Ambulatorios.

En el área Médica, el servicio está dividido en Módulos y Consultorios; los primeros son atendidos por especialistas en Medicina General Familiar a los cuales les son asignados un número determinado de Colonias para atender y controlar a su población; los segundos atienden a la población flotante y por lo tanto ocasional; el resto del personal que incluye Odontólogos, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Técnicos Laboratoristas y de Rayos X,

Puericultistas y Educadoras para la Salud apoyan la labor del Médico.

El programa de Salud Mental es llevado a cabo por un Psiquiatra, cinco Psicólogas y una Trabajadora Social en forma permanente; esporádicamente se cuenta con el apoyo de Pasantes de Pedagogía y Terapistas de Lenguaje.

El organigrama del Centro de Salud se presenta en el anexo III.

6. SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CENTRO DE SALUD.  
CONCEPTO.

"Es el área física integrante de un Centro de Salud Urbano de alta complejidad, en la que se desarrollan actividades programadas de fomento y asistencia a la salud mental. Se considera como un servicio especializado de primer nivel de atención.

OBJETIVOS DEL MODULO DE SALUD MENTAL.

- Tener actualizado el Diagnóstico Situacional de Salud Mental del área de responsabilidad del Centro de Salud, así como contar con el conocimiento de la problemática de Salud Mental existente en el D. F.
  
- Realizar actividades Médico-preventivas, curativas y rehabilitatorias, dirigidas a la población del área de influencia del Centro de Salud, con base a lo programado y a la demanda que se presente.
  
- Mantener correcta comunicación con las diferentes estructuras organizacionales de la Institución, a través del uso de los canales de información y periodicidad normados para tal

fin, acerca de las actividades desarrolladas por los integrantes del módulo de Salud Mental.

#### ESTRUCTURA.

El Módulo de Salud Mental se encuentra constituido por un Médico Psiquiatra, Psicólogos y Trabajadora Social; opcionalmente puede existir personal Auxiliar de Enfermería, y pasantes de diferentes profesiones.

El organigrama del Servicio se presenta en el Anexo IV.

#### FUNCIONES DEL MODULO.

- Investigar la frecuencia y distribución de los daños a la Salud Mental de la población del área de influencia del Centro de Salud, con periodicidad anual.
- Analizar la información actual que con respecto a programas específicos en Salud Mental existan en la bibliografía mundial.
- Promover la capacitación continua de los integrantes del módulo.

- Promover la participación de la comunidad a través de la concientización, organización y operación de actividades específicas que garanticen el autocuidado de su salud mental.
- Proporcionar acciones de educación para la salud, atención médica especializada y rehabilitación en salud mental, a la población enferma y sus familiares.
- Mantener coordinación efectiva con los módulos de Medicina General Familiar y demás servicios de la unidad operativa.
- Efectuar el registro de las actividades programadas que se realicen utilizando los formatos y mecanismos de información establecidos.
- Vigilar el adecuado aprovechamiento de los recursos asignados para el desarrollo del programa".(Manual de Organización de los Módulos de Salud Mental, 1989).

### III ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS.

## 1. DESCRIPCION DEL PUESTO.

La SSA, cuenta con dos códigos funcionales para el profesional de la Psicología, que son: Psicólogo Clínico y Pasante de Psicología. Aunque administrativamente el Pasante funciona como auxiliar del Psicólogo y se concreta a la aplicación de pruebas, calificación e integración de las mismas, en la práctica cotidiana realiza las mismas funciones (en cuanto a atención a pacientes de primer nivel).

En general, el Psicólogo dentro de la Institución se desarrolla en dos áreas laborales; la primera es administrativa, realizando actividades de Selección del Personal de nuevo ingreso y capacitación para el que ya labora en la Institución; y, la segunda que se lleva a cabo en las unidades de atención a la población, realizando actividades de rehabilitación y prevención dentro de la zona de influencia del centro de trabajo.

Con la descentralización y desaparición de algunas Direcciones de la SSA, entre ellas la DGSM, la organización que existía en el territorio nacional se desvanece y las funciones que ésta venía desarrollando operativamente son absorbidas como programas por las instituciones estatales y

federales encargadas de promover y mantener la salud integral del individuo; creándose al mismo tiempo la Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, cuya función es netamente normativa; siguiendo sus lineamientos generales, la DGSSPDF, realiza el Manual de Organización de los Módulos de Salud Mental a Primer Nivel de Atención (1989), delimitando las funciones o actividades del personal que integra estos módulos, así tenemos que las que corresponden al Psicólogo son:

- Participar en la elaboración y actualización del Diagnóstico Situacional de Salud Mental del área de influencia.
  
- Participar en la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Servicio.
  
- Cumplir con las Políticas, Normas, Procedimientos y Medios de Control que la Institución indique, para el logro de los objetivos del Programa Anual del Módulo.
  
- Participar en las Actividades Intra y Extramuros programadas, con base a los lineamientos acordados.

- Participar en la elaboración del Programa de Capacitación Continua. del Módulo, con base a los lineamientos acordados por las autoridades de la Institución.
- Asistir y aprovechar al máximo los cursos de capacitación que la Institución autorice, con base a las normas administrativas correspondientes.
- Aprovechar al máximo los recursos existentes en la Unidad Aplicativa para la prestación de los servicios.
- Optimizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes al segundo y tercer nivel de atención Médico-Psiquiátrica, cuando el caso lo requiera; turnando la autorización de las canalizaciones correspondientes con el Psiquiatra del módulo o en su ausencia con el Director de la unidad aplicativa.
- Establecer coordinación con los demás integrantes del módulo.
- Desarrollar actividades programadas de educación para la salud, asistencia Médico-Psiquiátrica y de rehabilitación dirigidas a la población de

responsabilidad del módulo, con base a las normas establecidas.

- Participar en sesiones clínicas y bibliográficas programadas intra y extradepartamentales.
- Participar como coterapeuta en los casos que así lo ameriten, a nivel individual y colectivo.
- Elaborar resumen de historia clínica psicológica con base a la información obtenida del interrogatorio, aplicación de tests y datos proporcionados por los demás integrantes del módulo; así como notas de evolución correspondientes.
- Aplicar, calificar e interpretar pruebas psicológicas de pacientes que así lo ameriten e integrarlas a su expediente clínico correspondiente.
- Reportar diaria y mensualmente las actividades desarrolladas con base a los formatos establecidos, canales de información normados y fechas acordadas de entrega.

## 2. FUNCIONES DESEMPEÑADAS.

Debido a la falta de recursos tanto materiales como humanos, a la carencia de equipos de salud mental completos y bien integrados como lo especifican las normas, así como a la alta demanda de atención a la población, las actividades que realmente se llevan a cabo difieren sustancialmente de las anteriormente mencionadas.

Las cargas de trabajo se inclinan hacia el manejo terapéutico de las personas que acuden al servicio por lo que éste es llevado a cabo por las Psicólogas y Pasantes, actuando como terapeutas responsables y no como coterapeutas como se plantea en el manual.

Respecto a las formas de evaluación por medio de tests psicológicos, no existe una unificación de criterios entre los diversos Centros de Asistencia que cuentan con módulos de salud mental acerca de la batería psicológica que debe ser utilizada para la evaluación de los "desórdenes mentales"; y como no se han especificado los procedimientos a seguir, cada unidad o cada Psicólogo trabaja de acuerdo a su formación profesional.

En base a los problemas antes mencionados, las funciones que realmente se desempeñan, son en general:

- Entrevistas, elaboración de reporte de entrevista.
- Evaluación e integración de la información obtenida.
- Intervención terapéutica y notas de evolución.
- Elaboración de referencias a otros servicios especializados.
- Pláticas intra y extramuros.
- Participación en sesiones clínicas y bibliográficas del módulo.
- Actividades administrativas: Elaboración de informes diarios y mensuales.

Pero aún dentro de estas funciones generales encontramos diferencias entre el manejo tradicional y el conductual, que describimos a continuación:

- Entrevistas, elaboración del reporte de entrevista.

Primer contacto con el niño (paciente) y su familiar, para recabar información acerca de las causas que motivaron su asistencia al servicio, su problemática actual y antecedentes y evolución de la misma.

En este punto, las diferencias más relevantes se encuentran en el tipo de información que se solicita al entrevistarlo ya que además de los datos generales que se deben contemplar para la elaboración de expedientes, el motivo de consulta, la composición y dinámica familiar, la historia del problema, los antecedentes pre, peri y postnatales, el desarrollo e historia clínica del niño; en la entrevista conductual, se solicita: La descripción del problema en términos de conductas y la evolución de las mismas, el manejo de contingencias llevado a cabo hasta la fecha de la entrevista (tipos de recompensa y castigo, así como criterios para la entrega de éstos), situación ambiental (en dónde se presenta la o las conductas problema), formas de interacción de los miembros de la familia con el menor así como posibles incongruencias en el manejo en casa, manejo del maestro, expectativas del

tratamiento para éstos, los padres y el niño y la delimitación de colaterales.

En ambos casos el reporte de entrevista se hace a nivel anecdótico.

Evaluación e integración de la información obtenida.

La evaluación tradicionalmente se realiza a través de una batería de pruebas psicológicas, existiendo un mínimo obligatorio de dos pruebas que son: el Bender y el Goodenough y ya dependiendo de los conocimientos de cada Psicólogo, esta batería se puede ir ampliando de acuerdo a los tests que dominan, los cuales pueden ser: Terman Merrill, Raven Infantil, WISC, WIPSI, Frostig, etc. Los que son calificados e integrados; a partir de esto, se establece un diagnóstico que incluye aspectos intelectuales y emocionales.

La evaluación conductual se lleva a cabo a través de:

Reporte verbal del familiar, acerca de la conducta problema.

Reporte escrito de la Maestra del niño respecto a rendimiento académico, conductas problemas y relación con compañeros y maestros.

Revisión de cuadernos y exámenes.

Aplicación de instrumentos de evaluación para lectura, cálculo, manejo de conceptos y solución de problemas de acuerdo al grado que cursa el niño.

Reporte verbal de la madre de cómo trabaja con su hijo.

Observaciones directas.

-Intervención Terapéutica y notas de evolución.

La diferencia primordial en cuanto al manejo de problemas académicos consiste en el establecimiento del entrenamiento a padres o colaterales en técnicas de modificación de conducta para que éstos sean los que trabajen directamente con el niño en lugar del Psicólogo que normalmente replican la relación maestro-alumno.

Las notas de evolución en ambos casos se realizan en forma anecdótica.

-Elaboración de Referencias a otros Servicios Especializados.

Estas se realizan por medio de un oficio en el que se describe brevemente la problemática, la evaluación y la impresión del Psicólogo, lo que permite la atención en dichos servicios.

-Pláticas Intra y Extramuros.

Se realizan principalmente a Escuelas primarias y secundarias para maestros y alumnos contemplando temas tales como: Sexualidad, Farmacodependencia y Problemas de Aprendizaje. Y, en otros lugares como son el Centro de Salud y otros que no cuentan con servicio de salud mental, para el personal médico y paramédico acerca de prevención, detección, tratamiento y canalización de pacientes con "trastornos mentales" y, por último, a la población del área de influencia sobre temas generales de salud mental (Adicciones, Sexualidad, etc.).

-Participación en Sesiones Clínicas y Bibliográficas del Módulo.

Son realizadas una vez a la semana en las cuales un integrante del equipo expone algún caso, artículo o

libro, según el tipo de sesión, que es analizado y discutido por el grupo.

-Actividades Administrativas: Elaboración de Informes Diarios y Mensuales.

Esta última actividad se refiere al llenado de las formas de control estadístico, diarias y mensuales, en las que se registran los siguientes datos:

Nombre, edad y sexo del paciente, número de veces que ha asistido en el año, diagnóstico (de acuerdo a la clasificación de la OMS), tipo de sesión (terapia individual o de grupo), pláticas llevadas a cabo sobre trastornos mentales y adicciones y número de participantes en las mismas.

IV ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE DEFICITS  
ACADEMICOS EN EL CENTRO DE SALUD

## 1. MANEJO TRADICIONAL.

Esta intervención se basa en la conceptualización del motivo de consulta como problema de aprendizaje que conlleva el criterio diagnóstico en base a la capacidad intelectual.

Cuando se presenta al servicio un niño con bajo rendimiento escolar, se le realiza una evaluación mediante pruebas psicométricas (cuyas estandarizaciones se han obtenido en otros países, o si existen las elaboradas en nuestro país, no ha sido difundida esta información en nuestro Centro de Salud), tales como Bender, Goodenough, Terman Merrill, WISC y Frostig, entre las más utilizadas para detectar a través de estos: Organicidad, problemas emocionales o de interrelación con padres y/o retraso mental. En el primer caso se pide interconsulta con el Psiquiatra quien normalmente solicita un electroencefalograma y procede a manejo farmacológico (aunque no existe un criterio específico respecto al manejo de los resultados de la evaluación psicométrica ni del EEG, dándose el caso de que aunque uno de ellos salga normal se proporciona medicamento, que puede ser, Ritalín, Tegretol, Epamin, entre los más utilizados).

En el segundo caso, se maneja con psicoterapia y orientación ocasional a los padres y en el tercer caso lo más frecuente es que el paciente sea canalizado a otras instituciones que se especifican en el cuadro II.

C.I.	GRADO EDUCABILIDAD.	INSTITUCION.
70 - 84	LENTO APRENDIZAJE	GRUPO INTEGRADO O EDUC.ESP.
55 - 69	EDUCABLE	CTOS.CAP.P/TRAB.
25 - 54	ENTRENABLE.	EN MEXICO, ESTA LABOR SE DEJA A LOS PADRES YA - QUE EXISTEN POCAS INST.OFICIALES DEDICADAS A ESTE PROBLEMA.
0 - 24		

CUADRO II. Fuente Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social.

Por lo general estas instituciones se encuentran saturadas, por lo que los pacientes son enviados a lugares alejados de sus domicilios o puestos en listas de espera, en donde pueden permanecer hasta más de un año; o bien, no cuentan con los recursos económicos para trasladarse constantemente lejos de su domicilio por lo que quedan a la deriva o sin atención y como último recurso regresan al Centro de Salud en donde el Psicólogo suplente las funciones de

maestro regularizador ya sea formando pequeños grupos o individualmente; replicando la relación maestro-alumno, basándose en los programas y métodos oficiales.

Este tipo de intervención terapéutica tiene algunas limitaciones importantes como pueden ser:

- Duración. Al replicar la relación maestro-alumno el niño tiene únicamente una hora semanal para superar sus conductas problema que lo llevaron al servicio, lo que prolonga el tiempo de terapia.
- Horario. Dadas las características del horario del servicio (matutino), el niño necesita faltar a clase el día que le toca consulta y esto trae como consecuencia que se siga atrasando respecto al nivel de avance de sus compañeros de grupo.
- Rendimiento del Servicio. Cada sesión terapéutica tiene una duración de una hora y dadas las características que tiene el tratamiento (individual o grupos con un máximo de seis), se reduce la capacidad de atención en cuanto a cantidad de niños.

- Resultados. Aunque existen resultados favorables con respecto al niño, éstos se ven limitados, ya que en la mayoría de los casos no se contempla el papel que puede estar jugando la interacción padre-hijo en el mantenimiento del problema en cuanto a trabajo académico y, por consiguiente no se le involucra en el tratamiento a sabiendas de que dada nuestra población, existe un alto grado de desintegración familiar y falta de información que restringe el avance académico de los niños.

Basadas en estas observaciones y tomando en cuenta la experiencia adquirida en la práctica de Educación Especial y Rehabilitación realizada en la CUSI durante nuestra formación profesional, que contempló el entrenamiento a paraprofesionales y el trabajo en grupos con los niños asistentes a la misma, llevamos a cabo un programa de entrenamiento a padres que nos permitió abarcar a un mayor número de niños con déficits académicos en diferentes áreas y grados escolares; tomando en cuenta que nuestro objetivo principal no era enseñar a los niños materias académicas sino principios conductuales a los padres para que fueran ellos los agentes de cambio en los hábitos de estudio de sus hijos, reduciendo así el tiempo de terapia y facilitando el trabajo de los padres.

## 2. ENTRENAMIENTO A PADRES.

El entrenamiento a padres surge de las actividades de desprofesionalización de la labor del Psicólogo que se ha desarrollado como consecuencia de la búsqueda de que las clases sociales menos favorecidas tengan acceso al conocimiento profesional, para poder contar con los elementos que les permitan resolver problemas que atañen a su comunidad en este campo.

Debido a la carencia que existe a nivel institucional de personal especializado (Psiquiatras, Psicólogos, etc.), para tratar a la población demandante del servicio, se hace necesario el entrenamiento a paraprofesionales (Médicos, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Técnicos, etc.) y no profesionales (Padres de Familia, Colaterales o Familiares miembros de la comunidad), para ampliar la cobertura del mismo.

Un intento de entrenamiento a paraprofesionales fue llevado a cabo en la Secretaría de Salud en el segundo semestre de 1988, el cual consistió en una réplica del proyecto de Cali Colombia, para capacitar a Médicos Generales y habilitarlos como Auxiliares Psiquiátricos; en él participaron Médicos

Generales, Enfermeras y Trabajadoras Sociales quienes recibieron instrucción teórica acerca de la prevención, detección, tratamiento y canalización de pacientes con "trastornos mentales" (sin embargo, por el cambio de gobierno no se obtuvieron datos del éxito o fracaso del mismo).

En cuanto al entrenamiento a no profesionales, encontramos en la Secretaria el antecedente del programa de "Escuela para Padres" que debe ser coordinado por el Servicio de Salud Mental; sus objetivos son proporcionar información a través de conferencias a un grupo de padres de familia acerca de temas generales que van desde Comunicación, Relación de Pareja, Sexualidad, Embarazo, Desarrollo Infantil, Pubertad, Adolescencia, Trastornos de Conducta y Aprendizaje, Etapa Adulta, Madurez y Senectud y Divorcio; pero no se realiza en Todos los Servicios de Salud Mental.

Desde el punto de vista de la Modificación de Conducta, la "Escuela para Padres" cumple con el aspecto informativo de un programa de entrenamiento, pero carece de la fase formativa de los participantes en cuanto al manejo de técnicas de intervención específicas para la solución del problema de déficits académicos, por lo que en forma

más delimitada desarrollamos nuestro programa de entrenamiento a padres para el manejo de la conducta objetivo que nos ocupó.

### 3 DESCRIPCION DEL PROGRAMA.

A lo largo del presente trabajo hemos venido enfatizando la necesidad de implementar nuevas estrategias de acción para el manejo y solución de problemas en el área académica (déficits), en la población de escolares que acuden al Servicio de Salud Mental del Centro de Salud, mismas que conlleven la reducción de tiempos y costos; dadas las características económicas de la zona de influencia en la que laboramos.

Como también ya se mencionó, la estrategia que aplicamos fue el manejo de los niños a través del entrenamiento a sus padres para corregir la aplicación de contingencias por medio de una metodología sistemática.

Esta idea no es nueva, surge de lo que conocemos como desprofesionalización de la labor del Psicólogo a través del entrenamiento a para y no profesionales con el fin de hacer llegar los servicios de aquel a poblaciones que tradicionalmente los tenían vedados

por su alto costo (escasos recursos económicos),  
ampliando la cobertura y beneficios de los mismos.

En cuanto a los diferentes tipos de paraprofesionales que frecuentemente se han entrenado, Graziano menciona que Gartner (1971), sugiere que existen tres grupos que se han desarrollado a través de muchas áreas de servicios: Los paraprofesionales "antiguos" quienes comprenden al grupo tradicional de los trabajadores de base de un hospital tales como los auxiliares Psiquiátricos que típicamente ejecutan deberes de cuidados rutinarios del paciente; no tienen grados académicos ni son reclutados de la población a la que sirven. Los paraprofesionales "indígenas" que son reclutados de la población objetivo...Su fuerza particular radica supuestamente, en su identificación con la población a la que sirven y que poseen habilidades, independientemente de algún entrenamiento, para la buena interacción con los clientes de esa población.

Los nuevos paraprofesionales de clase media que incluyen la gente regularmente bien educada y generalmente mujeres, frecuentemente tienen grados académicos y pueden cambiar su status de empleo y en un nivel socioeconómico, valores, creencias y conducta; son muy similares a los profesionales con

quienes trabajarán. También se incluyen en este grupo a los estudiantes y graduados en un grado similar.

Al final de la revisión bibliográfica que realiza, Graziano, agrega un cuarto grupo que es, el de los padres como paraprofesionales en salud mental, para quienes sus propios hijos son sus clientes.

El trabajo con todos estos grupos, ha redundado en ventajas a nivel general, y en el caso del entrenamiento a padres, se ha observado una contribución potencial al trabajo en lo que concierne al tratamiento y prevención en el medio ambiente natural de los niños.

De manera particular, el entrenamiento a padres dentro del campo de la modificación de conducta ha sido aplicado en el manejo de problemas agrupados en síndromes complejos (Down, retardo, autismo, etc); desórdenes psicofisiológicos de la infancia (obesidad, dolores estomacales crónicos, tics, comerse las uñas, succión del pulgar, desórdenes de la piel, enuresis, encopresis, etc); conductas negativistas, desobediencia, oposición y agresión; reducción de miedos infantiles; desórdenes del habla

y el lenguaje y en problemas comunes de conducta en la escuela y el hogar. /

Los trabajos antes mencionados han sido llevados a cabo en otros países. En lo que respecta al nuestro, encontramos algunas actividades en los estudios realizados sobretodo por profesionales; de éste último lleva a cabo un programa de entrenamiento a padres de escasos recursos en el área de retardo en el desarrollo; otro antecedente lo encontramos en la práctica de Educación Especial y Rehabilitación (llevada a cabo por el grupo escolar al que pertenecían las autoras), al trabajar con los padres para que actuaran como mediadores en el tratamiento de los problemas de sus hijos, que incluyeron las siguientes conductas: Motoras (gruesas y finas), - Autocuidado, Socialización y Verbales y Académicas.

En lo que concierne a la forma de llevar a cabo dicho entrenamiento, encontramos varios modelos; Walker y Shea (1987), proponen los siguientes pasos:

1. Selección de una conducta blanco.
2. Recopilación y Registro de datos de Línea Base.

3. Identificación de reforzadores adecuados.
4. Implementar una intervención y registro de datos de ella.
5. Evaluación de la Intervención.

Para lograr lo anterior, el programa de entrenamiento a padres incluye tres fases:

Fase de Preparación:

Entrevista de evaluación psicosituacional con cada padre o pareja, para determinar necesidades, intereses y disponibilidad para participar en un programa formal de entrenamiento y precisar cuando menos una conducta que pretendan modificar.

Fase de Instrucción:

Incluye ocho sesiones semanales de una hora y media divididas en dos partes de cuarenta minutos con diez de descanso. La primera parte de cuarenta minutos está dedicada a una presentación formal breve por el maestro de los principios y prácticas de la modificación de conducta. El resto se dedica a una

sesión de preguntas y respuestas a la discusión de grupo y ejercicios y actividades prácticas.

La segunda parte de cuarenta minutos se dedica a la planeación, puesta en marcha y evaluación de los programas de intervención conductual de los padres. /

Estos se refieren a las conductas seleccionadas durante la fase de preparación. Presentación de informes de las intervenciones conductuales de los participantes, preguntas y sugerencias.

Materiales de Instrucción:

Lecciones:

1. Introducción a la Modificación de Conducta.
2. Consecuencias de la Conducta.
3. Selección de Reforzadores Efectivos.
4. Estrategias para Identificar la Conducta (dos sesiones).
5. Estrategias para disminuir la Conducta (dos sesiones).

6. Aplicación Etica y Efectiva.

Método de Enseñanza:

1. Conferencias.
2. Discusión.
3. Demostración.
4. Completar Registros.
5. Completar Gráficas.
6. Proyecto Individual y Proyecto de Grupo.
7. Completar Contratos.

Fase de Seguimiento:

Mantener contacto periódico con el grupo para reforzar sus esfuerzos y ayudarlos a planear y llevar a cabo intervenciones adicionales. Este puede mantenerse mediante entrevistas individuales, conversaciones telefónicas y reuniones mensuales con el grupo de entrenamiento. /

Vargas (1981), trabajó con cuatro grupos:

En el Primero manejo la variable Instrucción.

En el Segundo: Instrucción más Modelamiento.

En el Tercero: Instrucción más Moldeamiento. y,

En el Cuarto: Instrucción más Moldeamiento más Modelamiento.

Todos los grupos pasaron por ocho Fases:

1. Fase de Diagnóstico: Donde el padre aplicó el (los) diagnóstico (s) conductual (es).
2. Fase de Gratificación: Donde el sujeto vaciaba los datos obtenidos en el diagnóstico a gráficas, además se le explicaba (dependiendo del grupo), la construcción de gráficas.
3. Fase de Análisis de Gráficas: Se entrenó a los sujetos a reportar de manera verbal los cambios que se observaban en la gráfica.
4. Fase de Elaboración de Objetivos: Se entrenó a los padres a redactar objetivos de una manera

operacional; en los casos en que los sujetos no sabían leer ni escribir, se contó con las siguientes alternativas: a) Que le ayudará otro familiar que tuviera un repertorio mínimo de lectura y escritura, y b) En última instancia, que el experimentador le ayudará

5. Fase de Estrategia de Intervención: En ésta, se elaboraba, de manera conjunta con el experimentador, la forma en que se procedería para rehabilitar el problema del niño.

6. Fase de Tratamiento y Manejo de Contingencias: En esta fase se planeó el tratamiento terapéutico específico que se llevó a cabo en el resto de las sesiones.

7 Fase de Aplicación de Post Diagnóstico: Al finalizar el semestre lectivo, el sujeto aplicó nuevamente el diagnóstico que hizo al principio.

8. Fase de Evaluación Final: En esta fase se evaluaron las respuestas verbales sobre los "conocimientos" adquiridos a lo largo del experimento. Esto se hizo en base a un muestreo de las preguntas de pre y post test de las diferentes fases.

Encontrando una mayor efectividad en los grupos que incluyeron dos o más técnicas conductuales.

✓ En la práctica de Educación Especial y Rehabilitación que realizamos durante nuestra formación académica, los pasos que seguimos fueron

1. Diagnóstico: Obtención de una línea base de la conducta objetivo (conducta verbal).

2. Instrucción.

3. Modelamiento.

4. Práctica.

5. Retroalimentación.



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

*ANEXO*

IZT.

Respecto a las técnicas conductuales y su aplicación en la conducta objetivo específica,

Debido a que éste último modelo fue el que conocíamos más ampliamente, ya que lo habíamos utilizado en nuestra práctica escolar; y en nuestro desempeño laboral, al considerar la necesidad de un entrenamiento a padres decidimos llevarlo a cabo de

la misma manera, con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:

1. Que los padres manejaran las diferentes técnicas de modificación de conducta aplicables a la eliminación de los déficits académicos presentados por sus hijos.

2. Que los padres disminuyeran la frecuencia de ocurrencia de conductas incorrectas al trabajar con sus hijos aspectos académicos.

3. Que los niños a través del entrenamiento a sus padres, incrementaran y mejoraran sus repertorios académicos, decrementando los errores en el área problema.

#### METODO:

#### Sujetos:

Participaron en el programa veinticuatro padres, trece de ellos con instrucción primaria completa; seis con primaria incompleta; un analfabeta; dos con secundaria; una con secundaria incompleta; y una con carrera técnica. Todos los sujetos eran del sexo femenino, con diversos tipos de actividades:

dieciseis amas de casa, cinco empleadas domésticas, dos comerciantes, una enfermera. De éstas, veintidos eran madres de los niños, una era abuela materna y una era madre adoptiva.

Familiares entrenados según el parentesco

-----

Madre	22
Madre adoptiva	1
Abuela materna	1

-----

Grado de instrucción de familiares

-----

Analfabeta	1
Primaria incompleta	6
Primaria	13
Secundaria incompleta	1
Secundaria	2
Carrera técnica	1

-----

Ocupación de los familiares

-----

Ama de casa	16
Empleada doméstica	5
Comerciante	2
Enfermera	1

-----

Veinticuatro niños; diecisiete del sexo masculino y siete del sexo femenino; ocho de primero de

primaria; cinco de segundo; cuatro de tercero; dos de cuarto; tres de quinto; y dos de sexto. Todos con calificaciones promedio de seis y cinco y con amenaza de no acreditar el año escolar correspondiente (tres de primero cursando por segunda vez el grado, dos de segundo, dos de tercero, uno de quinto y uno de sexto).

Niños atendidos según el sexo

---

Femenino	7
Masculino	17

---

Situación escolar de los niños

---

Grado de Primaria	1o	2o	3o	4o	5o	6o
Actualmente	8	5	4	2	3	2
Repetidores	3	2	2	0	1	1

---

ESPACIO FISICO:

Salón de Usos Múltiples del Servicio de Salud Mental del Centro de Salud, con cinco mesas, veinticuatro sillas, un pizarrón y un escritorio.

**MATERIAL:**

Lápices, Manual de Técnicas de Modificación de Conducta (copias fotostáticas), diagnóstico de repertorios académicos, hojas blancas para registro anecdótico, pizarrón y gises.

**FASE I.**

- Entrevista individual con los padres.
- Preevaluación del rendimiento académico por medio de boletas de calificaciones y conducta de los niños.
- Informe de los Maestros, Revisión de Cuadernos y Observación directa.
- Preevaluación de los padres. Observación Directa de la conducta de los padres al trabajar con sus hijos (registro anecdótico).
- Variables Dependientes: Conductas a modificar en los padres y rendimiento académico de los niños.

## FASE II

### II. ENTRENAMIENTO:

Se llevó a cabo a través de las siguientes técnicas:

- a) Instrucción: Verbal y Escrita, respecto a déficits y excesos conductuales, y modificación de conducta (manejo de contingencias).
  
- b) Modelamiento: Ejecución de las técnicas por parte de las terapeutas a través de juego de roles.
  
- c) Práctica: Juego de roles entre padres con retroalimentación.
  
- d) Práctica: Trabajo de los padres con sus hijos, con retroalimentación.
  
- e) Asignación de tareas para el hogar que fueron evaluadas a través de la ejecución de los niños.

Las Técnicas enseñadas fueron:

1. Definición de Conductas.
2. Déficit y Excesos Conductuales.
3. Análisis de Tareas.
4. Técnicas para Incrementar la Conducta.
5. Técnicas para Decrementar la Conducta.
6. Hábitos de Estudio.

### FASE III.

#### SEGUIMIENTO:

Se realizó a través de sesiones semanales en las cuales se observó la ejecución de los padres durante el resto del año escolar (dieciocho semanas), al trabajar con sus hijos resolviendo las Guías Actualizadas por grados, de los Profs. González Villán y Lara Moreno.

#### EVALUACION:

La evaluación se realizó para los niños en base a la revisión de sus cuadernos, boletas y observación directa de la ejecución.

Para los padres se hizo por medio de la observación directa al trabajar con sus hijos.

#### 4. RESULTADOS:

##### PREEVALUACION:

a) En el caso de los niños que cursaban primero y segundo grado:

- Desconocimiento y no retención de letras y números.
- No tomaban Dictado.
- Distracción en el Salón de Clases.
- No cumplían con las tareas.
- No trabajaban en el Salón de Clases (o trabajos incompletos).

b) En el caso de los niños de tercero a sexto grado:

- No cumplían con tareas.
- Distracción en el salón de clases.
- No trabajaban en el salón (o trabajos incompletos).
- Dificultad para comprender los temas tratados en clase.

Al revisar los cuadernos encontramos principalmente:

- Trabajos incompletos.
- Bajas calificaciones (de cero a seis).
- Baja calidad (desorden y suciedad).

En la observación directa se detectó que:

Los niños no atendían por períodos prolongados al trabajo que realizaban, distrayéndose frecuentemente y con facilidad ante cualquier estímulo.

Conductas de berrinche hacia la madre (negarse a trabajar, gritar, pararse de su lugar y no atender a las indicaciones de la madre).

No contaban con Hábitos de Estudio (organización de materiales, lugar y horario de trabajo, planeación de actividades, etc).

Al observar el trabajo de las madres con sus hijos, se pudieron detectar las siguientes conductas:

- Agresividad Física: Golpes, pellizcos, jalar orejas y cabello; y Verbal: Gritos e insultos.
- Exceso de ayuda: Al resolver algún ejercicio la madre proporciona las soluciones.
- Indiferencia: No prestar atención al trabajo del niño.
- Manejo de Contingencias: Proporcionaban el reforzador antes de que el niño presentara la respuesta correcta; prometían o amenazaban sin cumplir después, cuando se presentaba una respuesta correcta no reforzaban, pero cuando se presentaba una respuesta incorrecta, sí castigaban.

#### ENTRENAMIENTO:

En la segunda sesión de entrenamiento a padres, desertó una de las madres (analfabeta), y al terminar la fase de entrenamiento desertaron otras dos cuyos hijos habían presentado un ligero incremento en calificaciones.

En el resto de los participantes, se observó que durante la instrucción verbal y escrita presentaban dificultad en la comprensión de temas, especialmente en las Técnicas de Tiempo Fuera; Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas y Análisis de Tareas; sin embargo al utilizar las técnicas de modelamiento y juego de roles conjuntamente con la retroalimentación, se logró subsanar esa deficiencia.

#### SEGUIMIENTO:

Se observó un decremento en las conductas emitidas por las madres (agresión, exceso de ayuda e indiferencia), las cuales impedían una buena comunicación con sus hijos; y, por otro lado mejoraron su manejo de contingencias, proporcionando estímulos de manera adecuada.

Además organizaron mejor el trabajo de sus hijos (tanto del que acudió a consulta como del resto de la familia), fomentando en ellos Hábitos de Estudio.

En cuanto a los veintiún niños restantes, fueron evaluados periódicamente en base a reportes de maestros y boletas de calificaciones, observándose un incremento en su rendimiento escolar. Las gráficas 1 a 24 muestran las calificaciones obtenidas en cada Unidad, a través de todo el año escolar, por cada sujeto, estas fueron divididas en base a las fases del programa de intervención (fase I, Preevaluación, Unidades 1,2,3; fase II, Entrenamiento a Padres, Unidades 4,5; fase III, Seguimiento, Unidades 6,7,8). Las gráficas 1 a 13, corresponden a las calificaciones obtenidas en el área de conocimientos por los niños de primero y segundo año, que abarcan las materias de Español y Matemáticas. A partir de los sujetos de tercer año (gráficas 14 a 24) se encuentran desglosadas además por materia. En las gráficas de la 25 a 30, se presentan los promedios de calificaciones por fase de cada sujeto para facilitar la comparación de resultados en cada de ellas.

La mayoría de los sujetos de primero y segundo tenían calificaciones entre cinco y seis en las tres

primeras unidades, al promediar unicamente el sujeto cinco alcanzaba el mínimo para aprobar, el resto tenía la amenaza de no ser promovido al año siguiente si obtenían una calificación menor a seis en una o dos unidades más.

Durante la fase dos se aprecia un ligero incremento en las notas, de uno a dos puntos, que significó en el promedio (gráficas 25 y 26) hasta diez décimos de avance.

En la fase tres continuó el incremento llegando hasta tres puntos; veintisiete décimos de avance en relación con la fase I y veinte décimos en relación con la fase II.

Del sujeto ocho no se presentan calificaciones en las fases II y III debido a que la madre abandonó el entrenamiento en las primeras sesiones (analfabeta). Todos los sujetos de tercero a sexto grado tenían de una a cuatro materias reprobadas, encontrando las menores calificaciones en Matemáticas y Ciencias Sociales. Al igual que en los alumnos de primero y segundo año, en la fase II se observa un incremento entre uno y dos puntos en todas las materias (gráficas 14 a 24), significando en promedio un incremento hasta de veinte décimas (gráficas 27 a 30).

En la fase III se mantuvieron y llegaron a mejorar calificaciones hasta en dos puntos más, veinte

décimas en relación a fase I y hasta diez décimas en fase II.

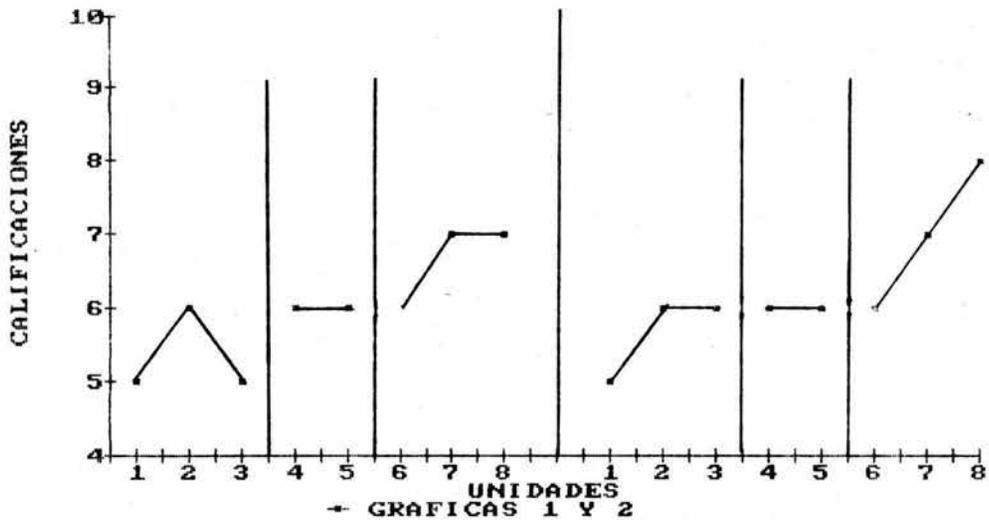
De los sujetos 17 y 22 no se reportan datos de fase III debido a que sus madres desertaron al concluir el entrenamiento.

Como puede observarse en las gráficas 1 a 24, únicamente los sujetos 6, 9 y 14 reprobaron la unidad cuatro, cuya evaluación correspondió a la primera mitad del entrenamiento a padres.

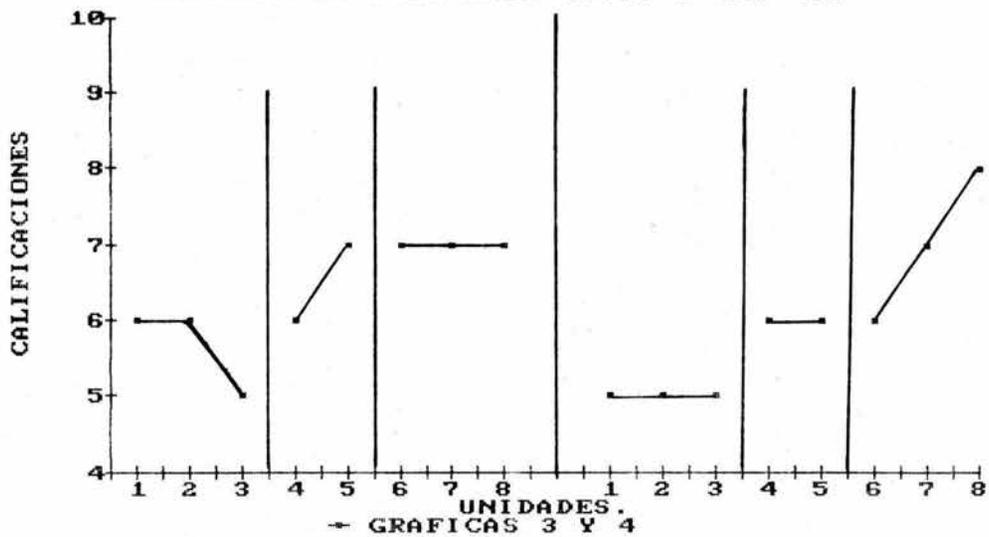
Al final del curso todos los alumnos fueron promovidos al siguiente grado escolar.

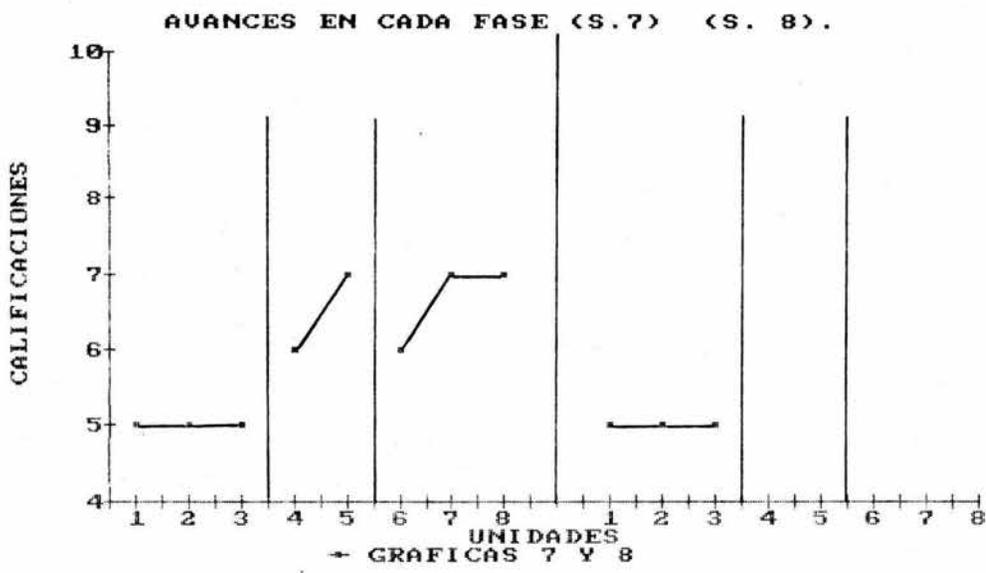
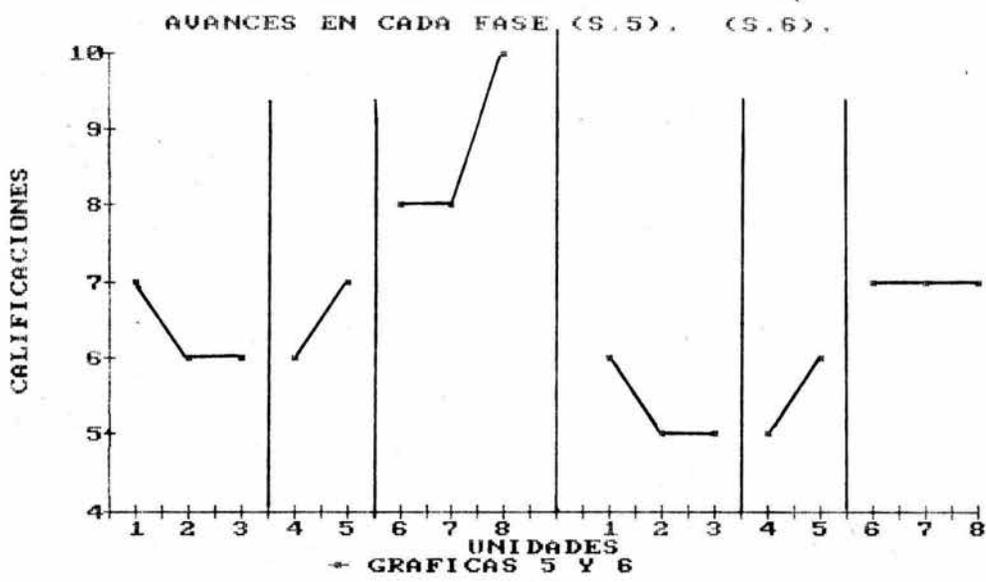
Con respecto a las conductas problemas en el salón de clases y al trabajar con las madres, se apreció que los niños respondieron disminuyéndolas hasta no causarles problemas de interacción con sus maestros (decrementando los recados en los cuadernos y castigos) y padres.

ALUMNOS PRIMER AÑO  
 AVANCES EN CADA FASE (S.1) (S.2).

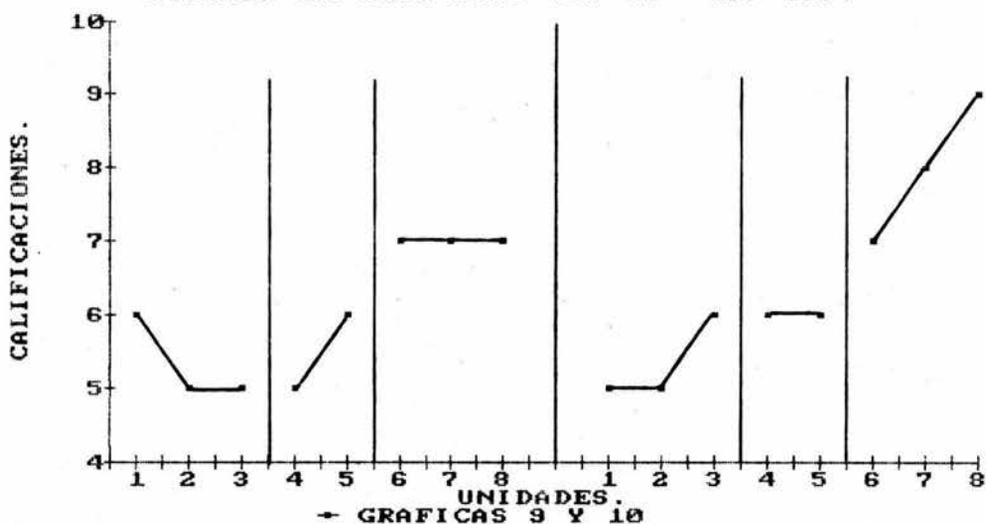


AVANCES EN CADA FASE (S.3) Y (S. 4).

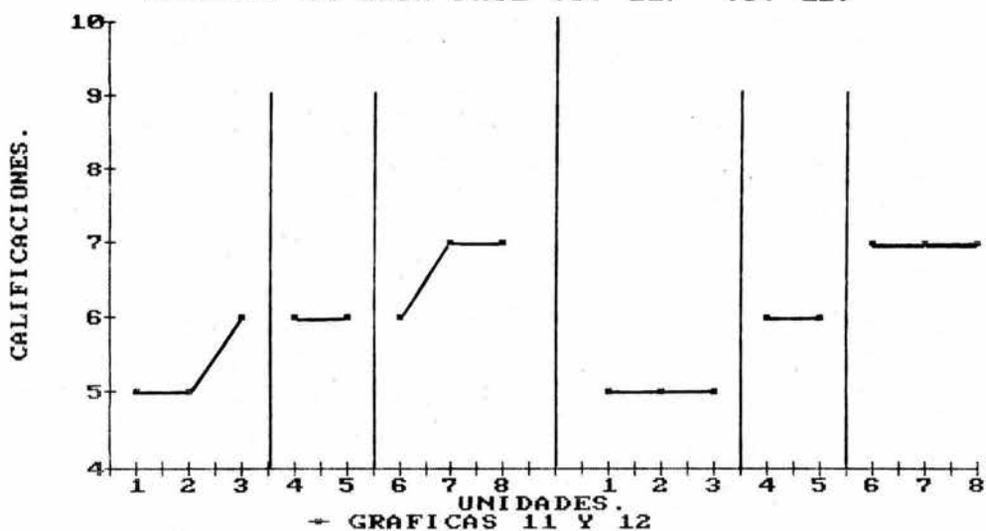




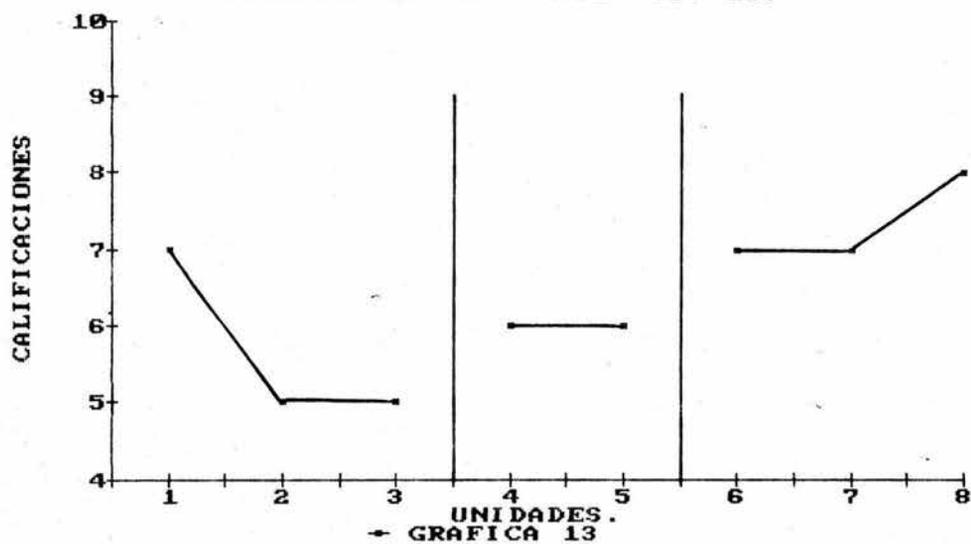
ALUMNOS SEGUNDO AÑO  
 AVANCES EN CADA FASE (S. 9) (S. 10).



ALUMNOS SEGUNDO AÑO  
 AVANCES EN CADA FASE (S. 11) (S. 12)

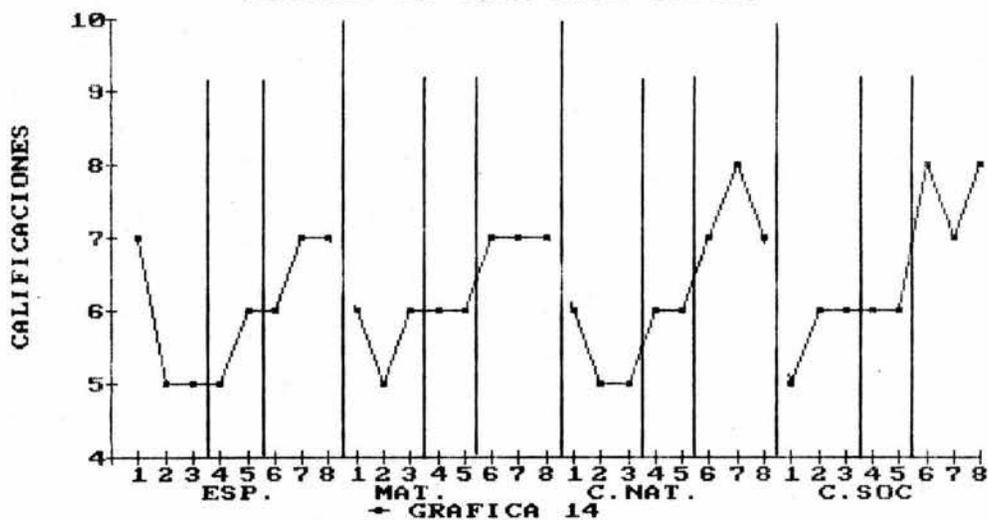


AVANCES EN CADA FASE (S. 13)

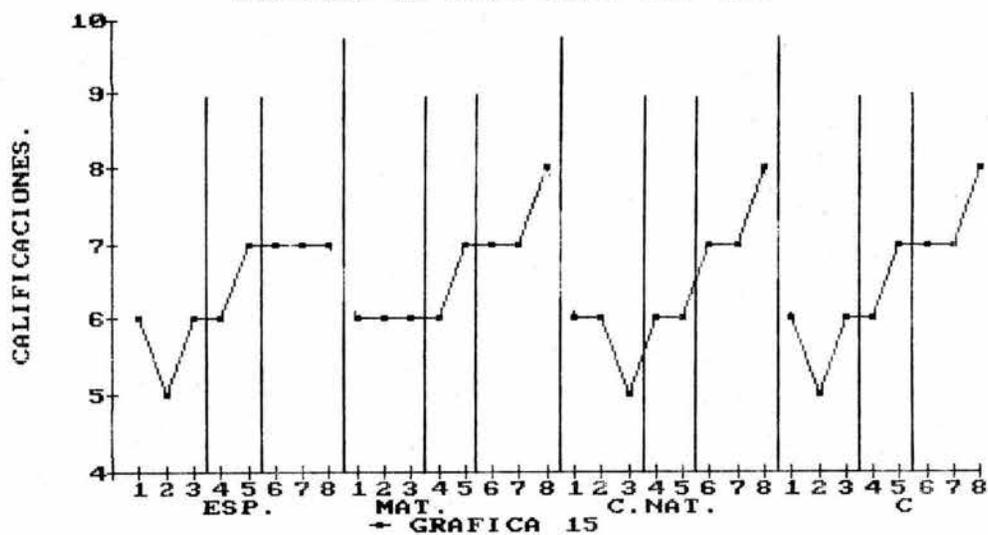


→ GRAFICA 13

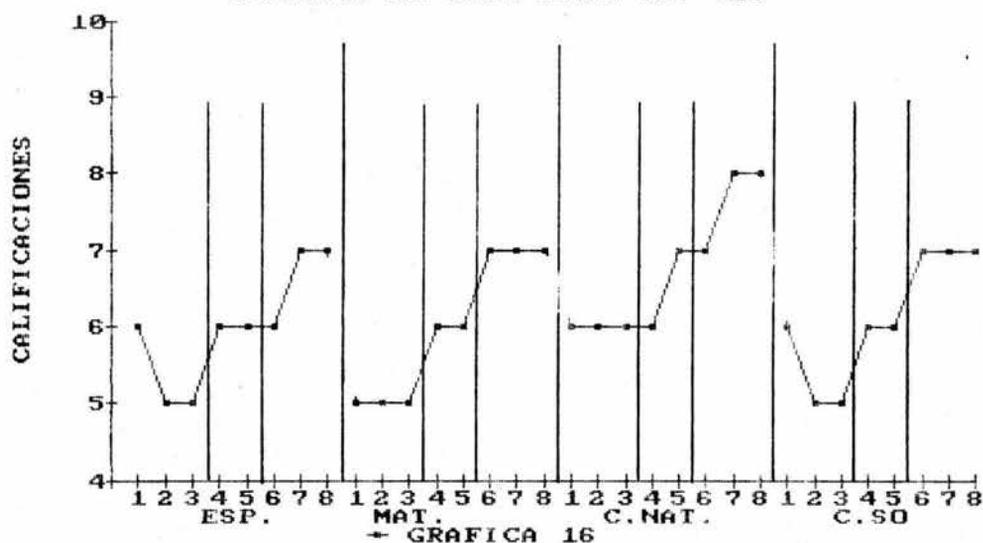
ALUMNOS TERCER AÑO  
 AVANCES EN CADA FASE (S. 14)



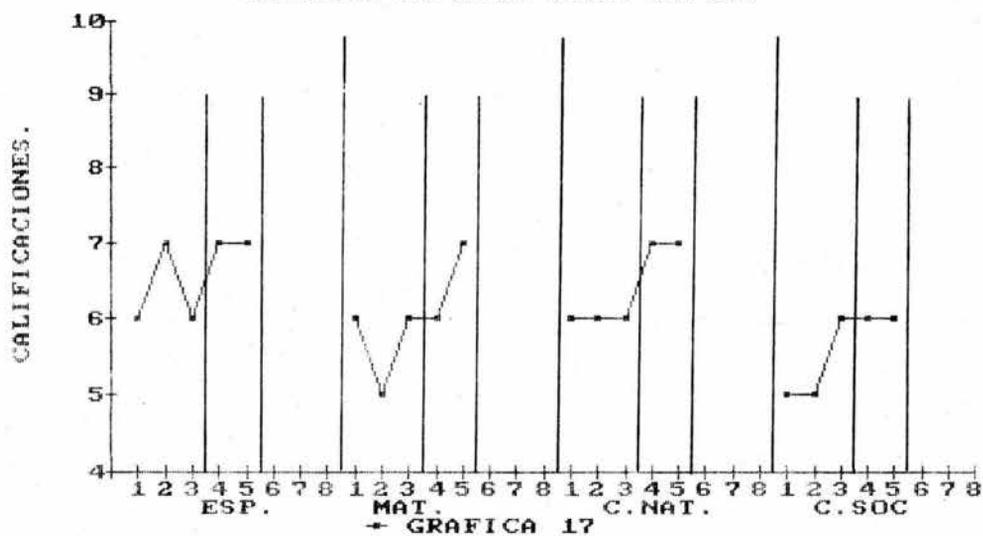
AVANCES EN CADA FASE (S. 15)



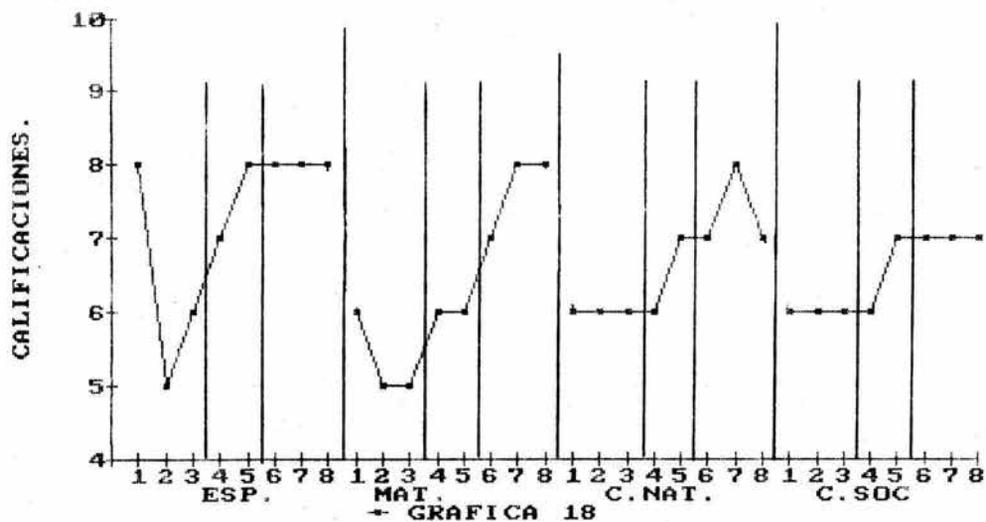
AVANCES EN CADA FASE (S. 16)



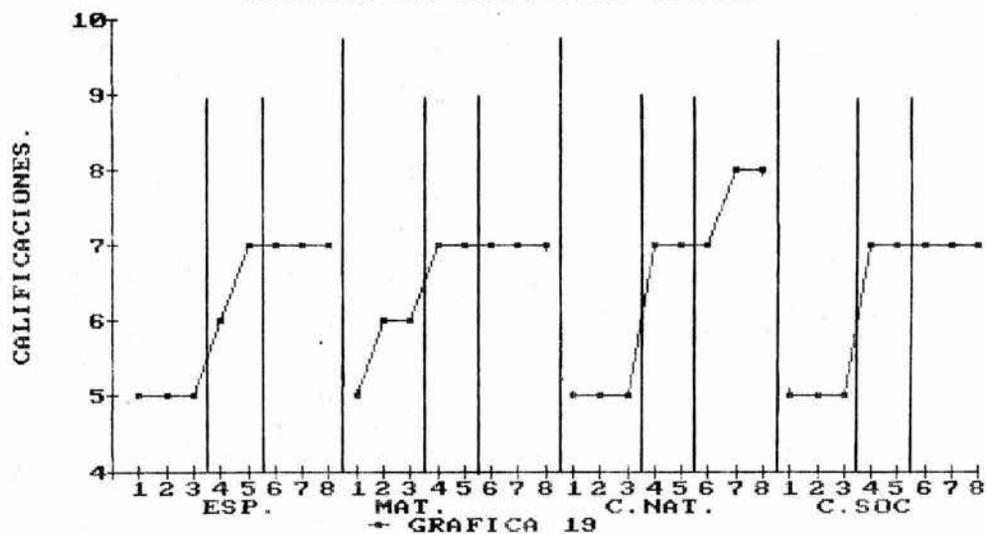
AVANCES EN CADA FASE (S. 17)



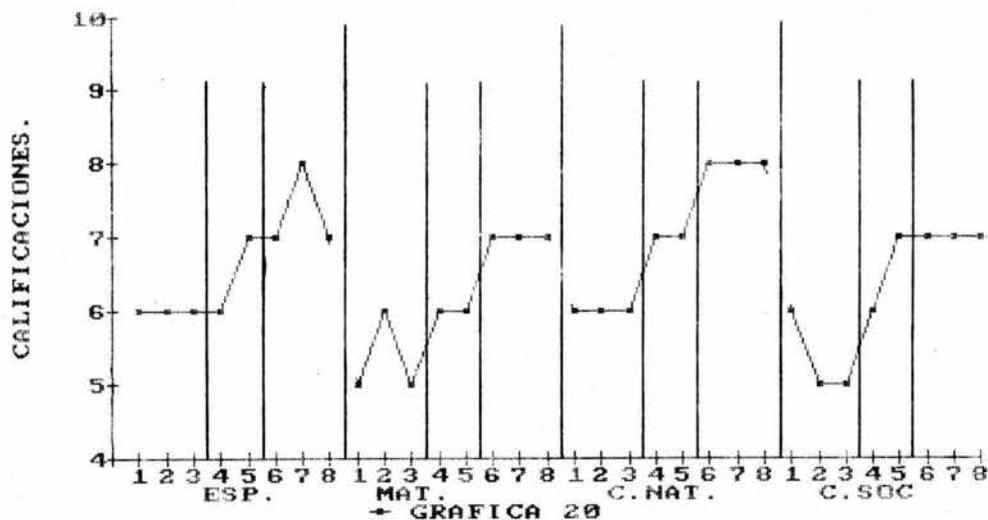
ALUMNOS CUARTO AÑO  
 AVANCES EN CADA FASE (S. 18)



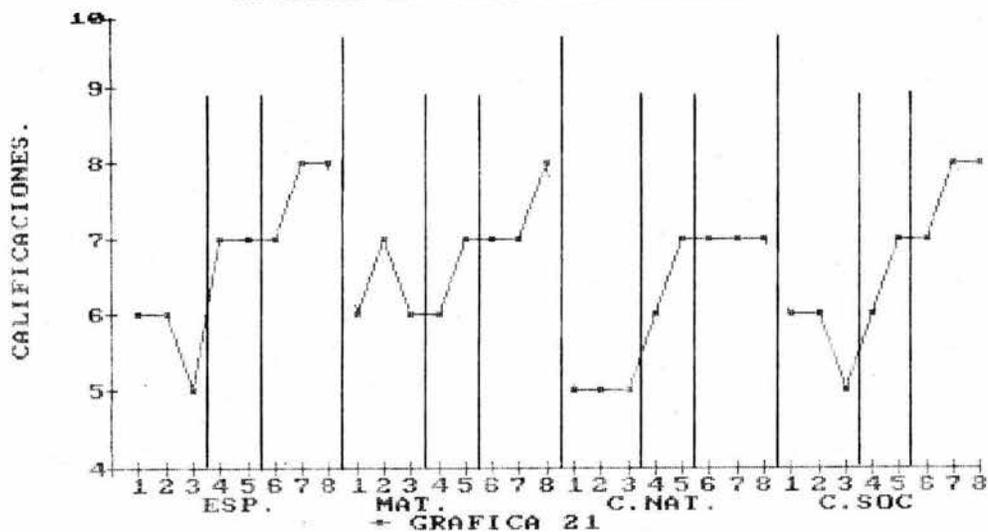
AVANCES EN CADA FASE (S. 19)



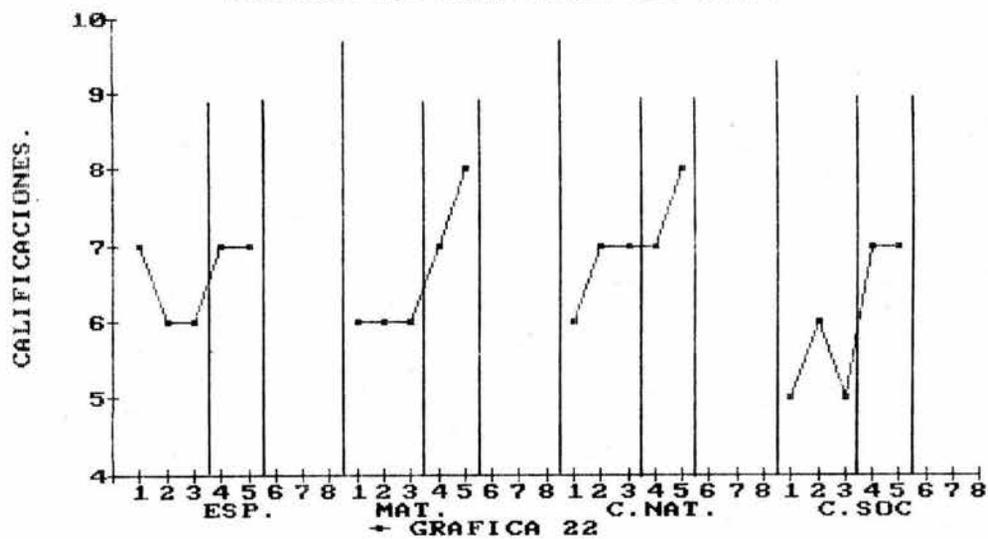
ALUMNOS QUINTO AÑO  
AVANCES EN CADA FASE (S.20).



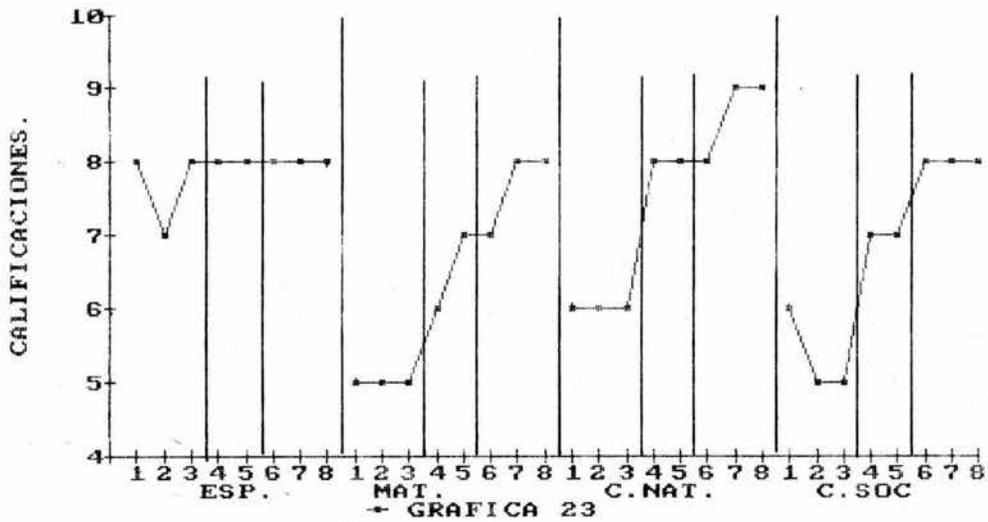
AVANCES EN CADA FASE (S.21).



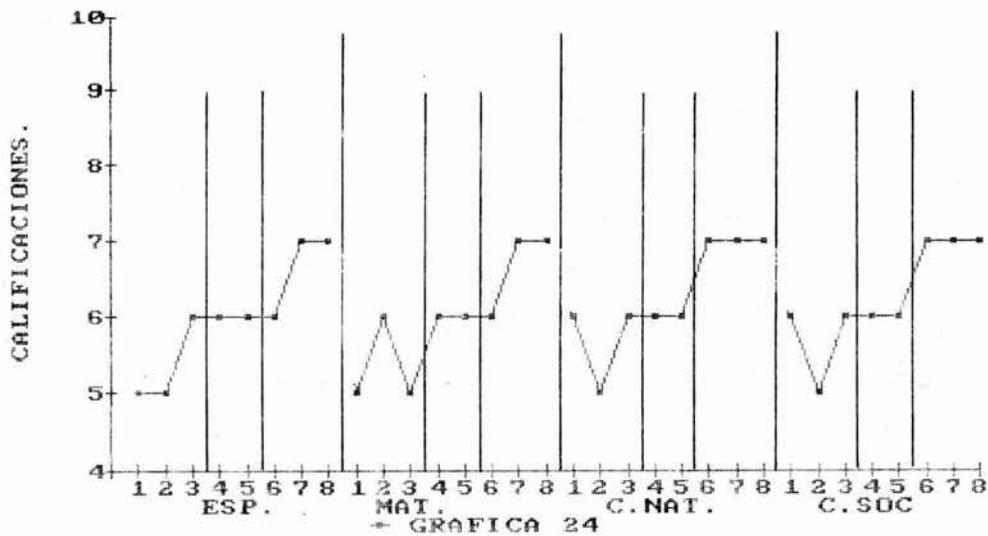
AVANCES EN CADA FASE (S. 22).



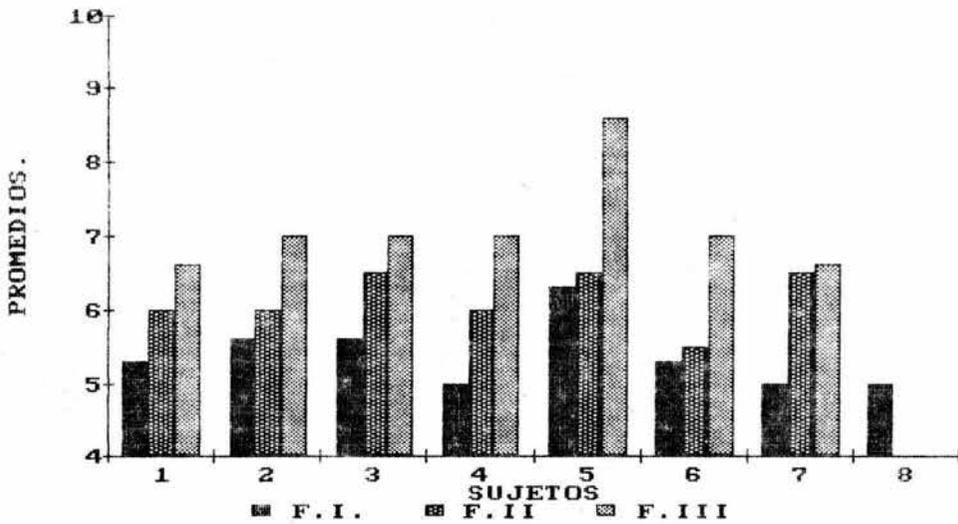
ALUMNOS SEXTO AÑO.  
AVANCES EN CADA FASE. (S. 23).



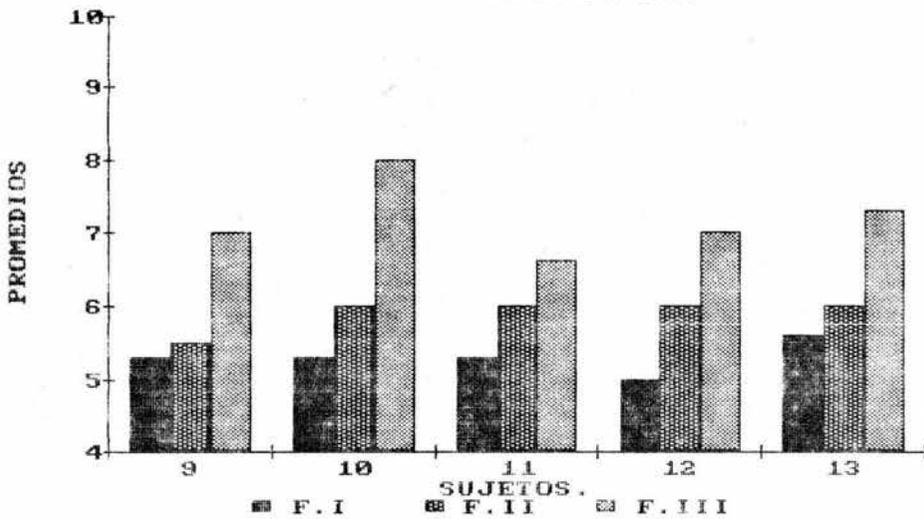
AVANCES EN CADA FASE (S. 24).



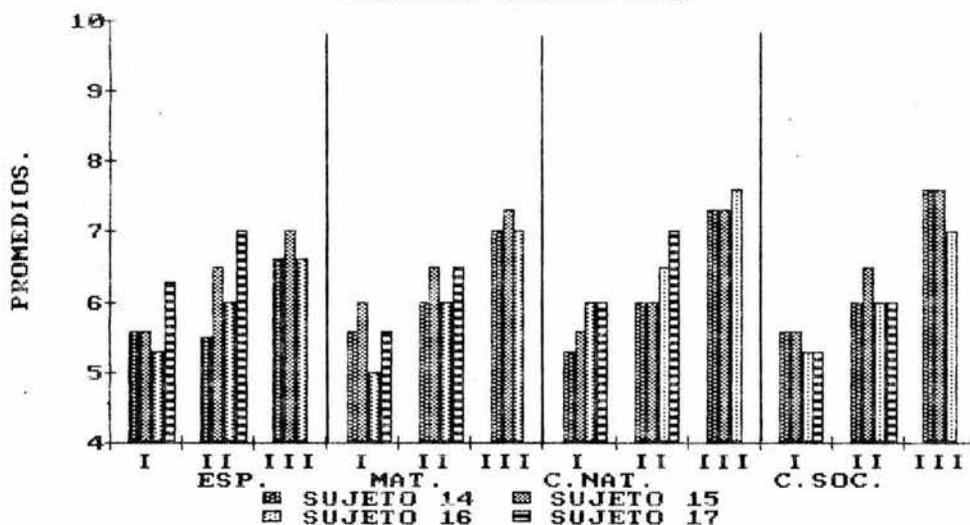
PROMEDIO DE CALIFICACIONES POR FASE.  
ALUMNOS PRIMER AÑO



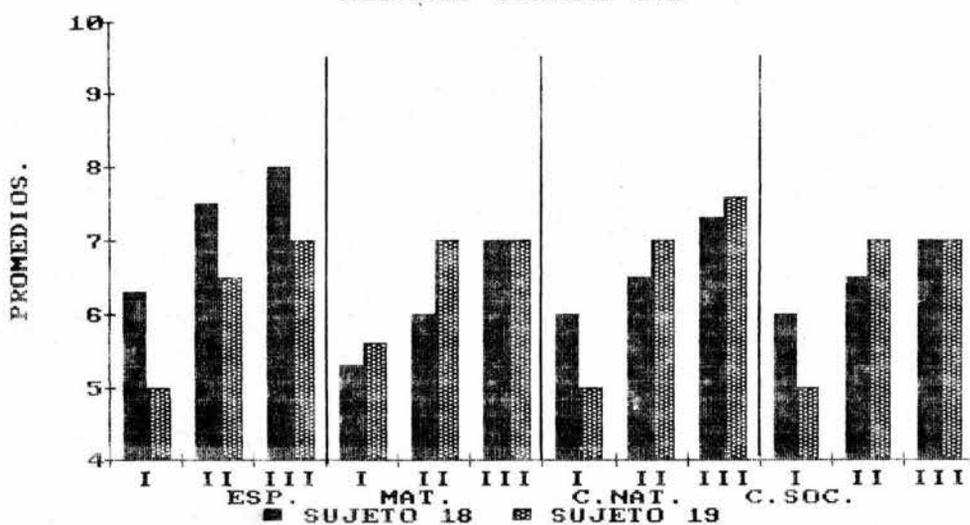
PROMEDIOS DE CALIFICACIONES POR FASE  
ALUMNOS SEGUNDO AÑO



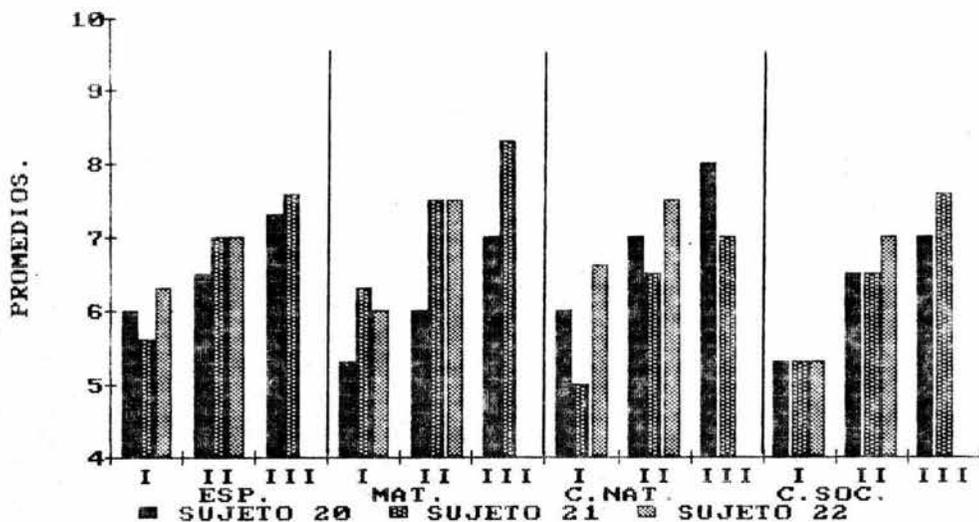
PROMEDIOS DE CALIFICACIONES POR FASE  
ALUMNOS TERCER AÑO



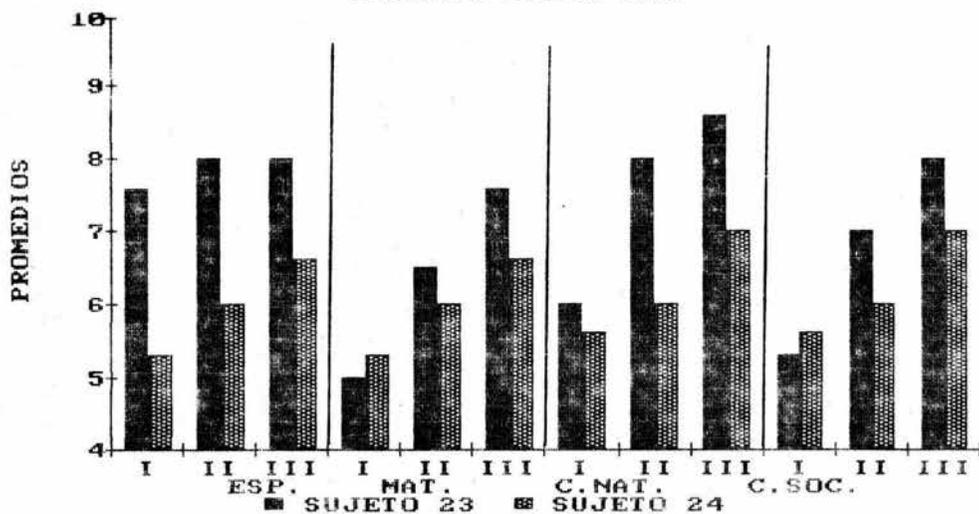
PROMEDIO DE CALIFICACIONES POR FASE  
ALUMNOS CUARTO AÑO



PROMEDIOS DE CALIFICACIONES POR FASE  
ALUMNOS QUINTO AÑO



PROMEDIOS DE CALIFICACIONES POR FASE.  
ALUMNOS SEXTO AÑO



## V EVALUACION CRITICA

El trabajo presentado, no fue planteado en un principio como investigación o reporte para titulación, sino como una forma de proporcionar servicio a la comunidad, por lo tanto, no se recabaron datos cuantitativos, ni se llevó a cabo un control sistemático de variables que permitiera comprobar estadísticamente la efectividad de la alternativa aplicada con este grupo; realizándose únicamente una evaluación de tipo cualitativo, que dadas sus características, puede ser un tanto subjetiva y difícil de replicar, porque no se establecieron criterios; sin embargo, dado el interés particular de los padres, de que sus hijos aprobaran el grado cursado, mejorando su desempeño académico, observamos a través de medidas indirectas (calificaciones alcanzadas por los niños en cada una de las unidades durante las tres fases) que este objetivo fue alcanzado, ya que aquellos niños cuyos padres concluyeron el entrenamiento y asistieron a la asesoría semanal, fueron promovidos.

Por otro lado, aunque las conductas inadecuadas de los padres no se registraron en base a frecuencia, duración, etc. las sesiones semanales nos permitieron continuar la retroalimentación hasta lograr que éstas se extinguieran, logrando una mejor interacción madre-hijo; y por medio de información

verbal de las mismas se tuvo conocimiento de que este mismo plan de trabajo fue aplicado con otros miembros de la familia (generalización no programada).

Otra consideración metodológica que surge de lo planteado al principio de este capítulo, es la falta de soporte teórico en la planeación del programa, el cual se basó, casi en su totalidad en la experiencia obtenida en las prácticas realizadas en Educación y Desarrollo y en Educación Especial y Rehabilitación, llevadas a cabo durante nuestra formación académica. sin embargo, coinciden con los resultados obtenidos por Vargas en el aspecto de que es más efectivo el entrenamiento a padres a través de "paquetes" incluyendo dos o más técnicas conductuales; y, con Graziano en el sentido de habilitar a los padres como paraprofesionales.

Un tercer punto importante en cuanto a metodología es el referente a la omisión de una evaluación a través de pruebas psicométricas que nos hubiera permitido aceptar o rechazar la validez del C.I. como determinante para la adquisición de conductas académicas, tomando en cuenta que, como ya se menciona en capítulos anteriores, oficialmente en la Secretaría de Salud no se ha realizado una

estandarización a la población infantil de nuestro país.

A pesar de estas limitaciones o fallas metodológicas, en este trabajo, cabe mencionar que a partir de esta experiencia se ha logrado la aceptación por parte del jefe del servicio (Psiquiatra) de la evaluación y tratamiento conductual, así como también hemos recibido invitaciones para participar en actividades intra y extrainstitucionales, que conllevan la aplicación de técnicas conductuales, tales como Escuelas para Padres, orientación a profesores, médicos, personal técnico y estudiantes de postgrado.

## VI CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Como se menciona en la evaluación crítica, a pesar de las fallas metodológicas del trabajo realizado, podemos concluir que éste fue efectivo, ya que los resultados obtenidos superaron nuestras expectativas al ser promovidos todos los niños y al comprobar que las madres utilizaron las nuevas habilidades adquiridas durante el entrenamiento con el resto de sus hijos, obteniéndose la generalización en forma adicional ya que ésta no fue planeada.

Lo anterior, también comprueba la efectividad de la enseñanza recibida en el Análisis Experimental de la Conducta, que si bien se nos advirtió que no era la "panacea" del mundo, habrá que reconocer que en problemas de Educación y Educación Especial, en nuestro caso particular, nos ha dado resultado, ya que al no existir una evaluación psicométrica, no nos predisponemos ni "nos atamos de manos" por la forma en que ésta es utilizada en la práctica diaria. Continuando con esta línea de ideas, la formación que nos proporcionó el plan de estudios vigente en nuestra generación, en cuanto a investigación, nos ha permitido ingresar aún sin conocimientos formales a un campo de trabajo circunscrito a las pruebas psicológicas, porque nos enseñaron a consultar y a buscar nuevos conocimientos que complementen nuestra formación;

aunado a esto, se nos exigió la objetividad como parte del método científico y el no criticar sin conocer, por lo que surgieron nuevas inquietudes encaminadas a que si bien, no podemos asegurar que las pruebas psicométricas sirven o no, si podemos sugerir que sean mejor utilizadas después de una buena estandarización a nuestra población real, tomando en cuenta todas las variables que se mencionan ( nivel social, cultural, situación ambiental, etc. ) y que marcan tendencias no características definitivas.

En lo que se refiere al área en que laboramos, cuyo nombre es Psicología Clínica, no se debe olvidar que al servicio acuden personas con todo tipo de problemas, sobre todo, dadas las características de la población, se aprecian más que nada los originados por un retardo de tipo cultural y físico (privación de estímulos, desnutrición, pobreza de vocabulario, familias desintegradas y disfuncionales, etc.), más que por una etiología orgánica determinada (disfunción o lesión cerebral) y que para solucionar este tipo de problemas tenemos que recurrir a las técnicas aprendidas en Educación Especial ya que en Desarrollo y Educación se hizo un mayor énfasis en el manejo en ambiente escolar.

Sin embargo, lo aprendido en esta última, nos ayudó a detectar el desfase que existe entre los planes oficiales de estudio y la realidad social que viven nuestros niños (vocabulario inusual en manejo de conceptos).

Este trabajo nos ha servido para darnos cuenta de que falta mucho por investigar, experimentar y llevar a la práctica en ambientes naturales, para lo cual existen varias opciones, entre ellas: El ampliar este modelo de atención pero en forma más sistemática, procurando tomar en cuenta otras variables importantes como pueden ser: Desnutrición, Estado de Salud, Problemas Familiares (Alcoholismo, Drogadicción, Maltrato, Desintegración, etc); formando grupos terapéuticos y de orientación familiar; realizar un diseño de registro simple y fácil de manejar tomando en cuenta las limitaciones tanto de los padres como de los terapeutas ya que como se trabajó en grupos, fue necesaria la participación de las dos Psicólogas para poder supervisar a todos los padres con sus respectivos hijos.

Como dentro del Centro de Salud existen los servicios de Medicina General, de Dental y en otros establecimientos de la misma Secretaría encontramos

el servicio de Oftalmología, la opción es intentar una forma de trabajo interdisciplinaria que conlleve realmente la atención integral del individuo y permita subsanar deficiencias de tipo físico.

Por otro lado, contando con el servicio de Educación Nutricional, se les darían a las madres los consejos necesarios para alimentar adecuadamente a los niños.

Por último, hacer participe a la Trabajadora Social habilitándola para colaborar en la supervisión, lo que nos permitirá darle atención a un mayor número de grupos.

Cabe hacer notar, que el tipo de trabajo que podemos continuar realizando, deberá ser siempre con valoraciones intrasujetos ya que en las situaciones reales es inadmisibile permitir que un niño repruebe para comprobar la efectividad o inefectividad de un programa (no podemos ni debemos formar grupos comparativos).

**BIBLIOGRAFIA.**

Ausubel, D.P., Novack, J.D. y Hanesian, H., Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo, Ed. Trillas, México, 1989.

Bijou, S.W., "Lo que la Psicología puede ofrecer hoy a la educación", en Análisis Conductual aplicado a la instrucción, Bijou, S.W. y Rayeck, E., Ed. Trillas, México, 1978.

Boletín de la Secretaría de Salud, Año III, Número 23, Febrero, 1985.

Boletín de la Secretaría de Salud, Año IU, Número 41, Octubre, 1986.

Boletín de la Secretaría de Salud, Año V, Número 43, Enero, 1987.

DSM III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Ed. Masson, México, 1988

Fuente, R., "Acerca de la Salud Mental en México", en Revista de Salud Mental, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 5, Año 5, Número 3, México, Otoño, 1982.

Enciclopedia de Educación Especial, Ed. Diagonal/Santillana, España, 1988.

Galindo, C. E. El retardo en el desarrollo teoría y práctica, Ed. Trillas, México, 1978.

Genovard, C., Gotzens, C. y Montané, J., Psicología de la Educación, una nueva perspectiva interdisciplinaria, ED. ceac, España, 1983.

Guía para el Personal Médico y Paramédico del Primer Nivel de Atención, Retraso Mental, Enuresis y Síndrome Hiperquinético, Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, SSA, México, 1989.

Harrsch, C., El psicólogo qué hace?, Ed. Alhambra Mexicana, México, 1985.

Manual de organización de los módulos de salud mental 1989, Jefatura del Departamento de Atención Médica de segundo nivel Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F., S.S.A., Mayo, 1989.

Mora, R. I., " Desprofesionalización y práctica profesional: comentarios sobre el trabajo con retardados", en Galguera, I., Hinojosa, R. G.,

Oliva, R.H., La Dirección General de Salud Mental en el ámbito de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Asistencia, Dirección General de Salud Mental, México, 1982

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en Diario Oficial del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, México, 29 de Mayo, 1989.

Ribes, I.E. Talento, M; "Consideraciones sobre el papel social de la profesión psicológica", en Ribes, I.E., Fernández C., Rueda, M., Talento, M. y López, F., Enseñanza, ejercicio e investigación de la Psicología, un modelo integral, Ed. Trillas, México, 1980.

Ribes, I. E., Técnicas de modificación de conducta, su aplicación al retardo en el desarrollo, Ed. Trillas, México, 1978.

Vargas, S. J., Entrenamiento a padres de principios básicos de modificación de conducta para la rehabilitación de sus propios hijos en una comunidad de escasos recursos, Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología , México, 1981.

Walker, J.E. y Shea, T.M., Manejo Conductual, Ed. El Manual Moderno, México, 1987.

**ANEXOS**

- ANEXO I        DECRETO PRESIDENCIAL REFERENTE A LOS  
                 CAMBIOS EN LA SECRETARIA DE SALUD.
- ANEXO II        ORGANIGRAMA DE LA JURISDICCION SANITARIA  
                 NUMERO XIII (MIGUEL HIDALGO).
- ANEXO III       ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD "DR. AN-  
                 GEL BRIOSO VASCONCELOS".
- ANEXO IV        ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL
- ANEXO V        FORMATO DE ENTREVISTA.
- ANEXO VI        CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA DE ENTRE-  
                 NAMIENTO EN MODIFICACION DE CONDUCTA PA-  
                 RA PADRES. 
- ANEXO VII       EJEMPLOS DE FORMAS DE EVALUACION PARA --  
                 LOS NIÑOS.

## REGLAMENTO Interior de la Secretaría de Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-Presidencia de la República.

CARLOS SALINAS DE GORTARI, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de las facultades que me confiere el artículo 89 fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los artículos 18 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, he tenido a bien expedir el siguiente:

### REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD

#### CAPÍTULO I

#### DE LA COMPETENCIA Y ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARÍA

ARTÍCULO 1o.—La Secretaría de Salud, como dependencia del Poder Ejecutivo de la Unión, tiene a su cargo el despacho de los asuntos que le encomiendan la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley General de Salud y otras leyes; así como reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente de la República.

ARTÍCULO 2o.—Para el estudio, planeación y despacho de los asuntos que le competen, la Secretaría de Salud contará con las siguientes unidades administrativas:

##### Subsecretarías:

- Servicios de Salud, y
- Regulación Sanitaria y Desarrollo.

##### Oficialía Mayor.

##### Direcciones Generales:

- Asuntos Jurídicos e Internacionales;
- Control de Insumos para la Salud;
- Control Sanitario de Bienes y Servicios;

— Enseñanza en Salud;

— Epidemiología;

— Fomento para la Salud;

— Medicina Preventiva;

— Planeación, Información y Evaluación;

— Planificación Familiar;

— Programación, Organización y Presupuesto;

— Recursos Humanos;

— Recursos Materiales y Servicios Generales;

- Regulación de los Servicios de Salud;
- Salud Ambiental, Ocupacional y Saneamiento Básico, y
- Salud Materno - Infantil.

Unidad de Comunicación Social.

Organos Administrativos Desconcentrados:

— Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública;

— Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea;

— Centro para el Desarrollo de la Infraestructura en Salud;

— Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

— Gerencia General de Biológicos y Reactivos;

— Hospital General de México;

— Hospital Juárez de México;

— Instituto Nacional de la Comunicación Humana;

— Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación;

— Instituto Nacional de Ortopedia;

— Junta de Asistencia Privada en el Distrito Federal;

— Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, y

— Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

ARTÍCULO 3o.—La Secretaría, a través de sus unidades administrativas, conducirá sus actividades en forma programada y con base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades del Sistema de Planeación Democrática del Desarrollo Nacional, del Sistema Nacional de Salud y los programas a cargo de la Secretaría, fije y establezca el Presidente de la República.

#### CAPÍTULO II

#### DE LAS ATRIBUCIONES DEL SECRETARIO

ARTÍCULO 4o.—El trámite y resolución de los asuntos de la competencia de la Secretaría corresponden originalmente al Secretario, quien para la mejor distribución y desarrollo del trabajo, podrá conferir sus facultades delegables a funcionarios subalternos, mediante acuerdo que se publique en el Diario Oficial de la Federación, sin perder por ello la posibilidad de su ejercicio directo.

ARTÍCULO 5o.—El Secretario tendrá las siguientes atribuciones no delegables:

I.—Establecer y dirigir la política de la Secretaría, así como aprobar, controlar y evaluar los programas y presupuestos de la Secretaría y coordinar la programación y presupuestación de las entidades agrupadas administrativamente al sector, en los términos de la legislación aplicable y de conformidad con las políticas, metas y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y del Sistema Nacional de Salud, que determine el Presidente de la República;

II.—Coordinar a las entidades del sector y atendiendo a la naturaleza de sus actividades, agruparlas en subsectores cuando convenga;

III.—Someter al acuerdo del Presidente de la República los asuntos encomendados a la Secretaría y al Sector Salud, que lo ameriten;

IV.—Desempeñar las comisiones y funciones especiales que el Presidente de la República le confiera y mantenerlo informado sobre el desarrollo de las mismas;

V.—Proponer al Presidente de la República los proyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes sobre los asuntos de la competencia de la Secretaría y del Sector Salud;

VI.—Refrendar, para su validez y observancia constitucionales, los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente de la República, que incidan en el ámbito de competencia de la Secretaría;

VII.—Representar al Presidente de la República en los juicios constitucionales en los términos del artículo 19 de la Ley de Amparo;

VIII.—Dar cuenta al H. Congreso de la Unión del estado que guarde el Ramo y el Sector Salud e informar a cualquiera de las Cámaras que lo integran, siempre que sea requerido para ello, cuando vaya a discutirse un proyecto de ley o se estudie un asunto concerniente a sus actividades;

IX.—Presidir el Consejo de Salubridad General, de conformidad con lo que establece la Ley General de Salud y el Reglamento de aquél;

X.—Proponer al Presidente de la República la creación de órganos administrativos descentrados;

XI.—Establecer las comisiones y los comités internos que sean necesarios para la mejor instrumentación de los programas y asuntos encomendados, designar a sus miembros, así como a los integrantes de los comités que sean necesarios para el buen funcionamiento de la Secretaría;

XII.—Aprobar la organización y funcionamiento de la Secretaría y autorizar las modificaciones internas de las distintas unidades administrativas;

XIII.—Aprobar y ordenar la publicación del manual de organización, de procedimientos y de servicios al público;

XIV.—Aprobar las concesiones, permisos o autorizaciones que dispongan los ordenamientos legales respectivos;

XV.—Vigilar el cabal cumplimiento de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos;

XVI.—Determinar, en los casos concretos que lo ameriten, en acuerdo con los Subsecretarios respectivos o el Oficial Mayor, la forma en que sus labores deban coordinarse;

XVII.—Designar conforme a las instrucciones del Presidente de la República, a los directores generales, a los titulares de los órganos administrativos descentrados, así como a los representantes de la Secretaría ante comisiones intersecretariales o interinstitucionales y órganos colegiados de entidades paraestatales, de conformidad con los ordenamientos aplicables;

XVIII.—Dictar acuerdos de adscripción orgánica de las unidades administrativas, de delegación de facultades, de desconcentración de funciones y de distribución de los establecimientos, actividades, giros y productos sujetos a regulación y control sanitarios que deban corresponderles a las unidades administrativas competentes, en los términos de las atribuciones que este Reglamento les confiere, los cuales deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación;

XIX.—Definir, conducir y controlar el proceso de descentralización de los servicios de salud y desconcentración de las funciones de la Secretaría;

XX.—Celebrar los acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, conforme lo disponen las Leyes de Planeación y General de Salud;

XXI.—Resolver los casos de duda que se susciten con motivo de la interpretación o aplicación del presente Reglamento, así como los casos de conflicto sobre competencia y los no previstos en el mismo;

XXII.—Proponer a la dependencia competente la práctica de auditorías contables, financieras, administrativas y operativas a las entidades agrupadas administrativamente al sector, así como conducir el proceso de control de la Secretaría;

XXIII.—Proveer a la simplificación de los procedimientos administrativos;

que a ésta compete para formular, ejecutar, controlar, verificar y evaluar los proyectos de programa de obra pública y equipamiento de las unidades de atención;

V.—Coordinar y efectuar las adquisiciones e importaciones del equipamiento necesario para el adecuado funcionamiento de las unidades de atención, de conformidad con los programas y presupuestos autorizados, a excepción de los insumos que corresponda adquirir a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales;

VI.—Fincar los pedidos respectivos a los proveedores de equipo que se requiera en las unidades de atención, de acuerdo a los programas, recursos y normas aplicables;

VII.—Verificar que los bienes de activo fijo para las unidades de atención que se adquieran, se sujeten a procedimientos de control de calidad adecuados, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

VIII.—Por conducto de su titular, fungir como Coordinador y Secretario Ejecutivo del Comité de Obra Pública, vigilando el cumplimiento de los acuerdos y recomendaciones que emita;

IX.—Realizar los concursos y adjudicaciones que determinen las disposiciones jurídicas en materia de adquisiciones y obra pública, y

X.—Suscribir y tramitar los convenios y contratos de conservación y mantenimiento, tanto para los inmuebles que ocupan las unidades de atención, como para el equipo de las propias unidades y, en su caso, someterlo a la aprobación del Oficial Mayor, con sujeción al presupuesto autorizado, a las disposiciones legales aplicables y conforme al dictamen previo que emita la Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales.

ARTICULO 30.—La Gerencia General de Biológicos y Reactivos tiene competencia para:

I.—Fabricar, importar y, en su caso, exportar y distribuir productos biológicos y reactivos que utilicen las unidades administrativas de la Secretaría y las entidades del Sector Salud en la prevención, curación y diagnóstico de enfermedades;

II.—Adquirir directamente los insumos que requiera para sus procesos productivos y que serán determinados conforme lo dispuesto por el artículo 7o fracción XIV de este Reglamento;

III.—Participar en el establecimiento de normas relativas a la distribución, almace-

biológicos y reactivos y vigilar su cumplimiento, en coordinación con otras unidades de la Secretaría;

IV.—Desarrollar investigaciones sobre productos biológicos y reactivos, y

V.—Opinar sobre las importaciones de productos biológicos y reactivos que realicen las entidades agrupadas administrativamente al sector, a solicitud de éstas.

ARTICULO 31.—La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, el Centro para el Desarrollo de la Infraestructura en Salud y la Gerencia General de Biológicos y Reactivos contarán, cada uno, con un consejo interno que estará presidido por el Secretario o por quien él señale y se integrará con los servicios públicos que aquél designe.

Los consejos internos aprobarán los proyectos de estructura orgánica, de programas de actividades y presupuesto anual, de manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público; las propuestas de nombramientos de los directores y subdirectores, analizarán y aprobarán, en su caso, los estados financieros trimestrales y anuales y vigilarán el funcionamiento del órgano administrativo desconcentrado por función que corresponda, con la intervención que compete al Oficial Mayor.

ARTICULO 32.—El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, el Hospital General de México, el Hospital Juárez de México, el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación y el Instituto Nacional de Ortopedia, se regirán, en cuanto a su organización y funcionamiento, conforme a las disposiciones y lineamientos establecidos en los instrumentos jurídicos emitidos para tal efecto.

La Junta de Asistencia Privada en el Distrito Federal se sujetará a las disposiciones relativas de la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal.

ARTICULO 33.—De conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Salud, la Secretaría podrá celebrar acuerdos con los gobiernos de los estados para establecer los Servicios Coordinados de Salud Pública en cada uno de ellos.

ARTICULO 34.—Los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados se regirán, además de por lo dispuesto en la Ley General de Salud y los acuerdos de coordinación respectivos, por los acuerdos de desconcentración

dicte el Secretario en cuanto a su organización, facultades y funcionamiento.

Los Servicios Coordinados de Salud Pública contarán con un consejo interno que presidirá el ejecutivo local que corresponda o el representante que éste señale, recayendo la primera vocalía, en cada caso, en el Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en la entidad de que se trate.

**ARTICULO 35.**—Corresponde a cada uno de los Servicios Coordinados de Salud Pública, en su circunscripción territorial:

I.—Ejercer las facultades que le sean encomendadas por la Secretaría y el gobierno de la entidad federativa correspondiente, en su caso;

II.—Prestar los servicios de salud pública que la Secretaría desconcentre, así como los servicios de carácter local que le confie el ejecutivo estatal correspondiente, en su caso, de acuerdo a los planes y programas federales, estatales y municipales y el acuerdo de coordinación de que se trate;

III.—Llevar a cabo los programas señalados por las unidades centrales de la Secretaría y gobierno de la entidad federativa correspondiente, en su caso, en materia de salud, cumpliendo al efecto las normas respectivas;

IV.—Apoyar la integración y coordinación de los sistemas estatales de salud;

V.—Rendir a las unidades administrativas de la Secretaría y al gobierno de la entidad federativa correspondiente, en su caso, los informes periódicos que requieran para fines de evaluación y control de los servicios de salud desconcentrados territorialmente en los Servicios Coordinados de Salud Pública;

VI.—Llevar a cabo programas de desconcentración territorial en la propia entidad federativa de su circunscripción, de acuerdo a las disposiciones que dicte el Ejecutivo Federal;

VII.—Participar en la planeación estatal en materia de salud y en el Subcomité de Salud y Seguridad Social del Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo correspondiente, ajustándose al programa sectorial de salud y a los lineamientos de las unidades centrales de la Secretaría;

VIII.—Apoyar la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría;

IX.—Coordinar las acciones en la utilización de los recursos que la Secretaría y el gobierno estatal correspondiente, en su caso, le destinen para los programas de salud;

X.—Administrar los recursos financieros y materiales que le sean destinados por la Secretaría y el gobierno estatal correspondiente, en su caso, de conformidad a los lineamientos que establezcan las autoridades competentes;

XI.—Ejercer las funciones en materia de ejercicio presupuetal y de apoyo administrativo que le corresponda o que, en su caso, le delegue el Secretario en acuerdo expreso;

XII.—Elaborar el anteproyecto del programa-presupuesto anual, ajustándose a las normas establecidas al respecto;

XIII.—Administrar los recursos humanos con sujeción a las leyes aplicables, al acuerdo de coordinación y a los lineamientos y normas de la Oficialía Mayor y del gobierno del estado correspondiente, en su caso;

XIV.—Ejercer las funciones de autoridad sanitaria que le corresponda conforme a la Ley General de Salud, sus reglamentos y el acuerdo de desconcentración respectivo y las que, en su caso, le delegue el Secretario en acuerdo expreso, y

XV.—Ejercer las demás facultades que le confieran las disposiciones legales, el acuerdo de coordinación, el Secretario y el ejecutivo local correspondiente, en su caso.

**ARTICULO 36.**—El Consejo Interno de los Servicios Coordinados de Salud Pública tiene competencia para:

I.—Por conducto de su Presidente, proponer al Secretario la terna para la designación del Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado, de conformidad con el perfil del puesto y las normas aplicables. Asimismo, proponer la remoción de dicho servidor público al propio Secretario, cuando exista causa justificada;

II.—Aprobar el anteproyecto de programa-presupuesto anual de los Servicios Coordinados de Salud Pública;

III.—Proponer al Secretario el programa estatal de salud y las modalidades para la prestación de servicios de salud;

IV.—Encomendar a los Servicios Coordinados de Salud Pública el ejercicio de acciones en materia de salud pública que corresponda al gobierno del estado;

V.—Mantener estrecha relación con el gobierno del estado para atender las recomendaciones que éste formule en materia de salud;

VI.—Evaluar la organización y funcionamiento de los Servicios Coordinados de Salud Pública y proponer al Secretario las adecuaciones correspondientes;

VII.—Apoyar y vigilar la organización y funcionamiento del Sistema Estatal de Salud, así como aprobar los proyectos para el desarrollo del mismo y propiciar su vinculación con el Sistema Nacional de Salud;

VIII.—Proponer al Secretario la práctica de auditorías administrativas y operativas y visitas de inspección a los Servicios Coordinados de Salud Pública;

IX.—Aprobar los programas de carácter sectorial en el ámbito de su competencia que requiera el funcionamiento de los Servicios, en congruencia con los trabajos de los Subcomités de Salud y Seguridad Social de los Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal;

X.—Aprobar y promover los programas de desconcentración de funciones de los Servicios Coordinados de Salud Pública hacia sus respectivas jurisdicciones sanitarias;

XI.—Validar la información que sobre la organización y funcionamiento de los Servicios Coordinados de Salud Pública rinda su titular;

XII.—Elaborar y proponer al Secretario, para su aprobación, las reglas de operación del consejo interno y verificar el cumplimiento de las normas que sobre perfiles de puestos del personal técnico y directivo, establezca la Secretaría;

XIII.—Promover la instrumentación de un sistema integral de información para la elaboración y actualización permanente de los diagnósticos estatales de salud y de la infraestructura de servicios, y

XIV.—Reanudar las demás actividades y funciones que le señale o desconcentre el Secretario.

ARTICULO 37.—Corresponde a cada Jefe de Servicios Coordinados de Salud Pública dentro del ámbito de su competencia:

I.—Representar a la Secretaría y al gobierno del estado correspondiente, en su caso, ante las demás autoridades federales, estatales y municipales, así como las entidades públicas y privadas;

II.—Aplicar y conducir las acciones tendientes a la integración y coordinación del sistema de salud correspondiente;

III.—Apoyar la coordinación del Sector Salud en el ámbito estatal conforme a las leyes y a los lineamientos del Secretario;

IV.—Programar, coordinar, controlar y evaluar las actividades de los Servicios a su cargo, con base en la legislación aplicable y los acuerdos de coordinación y desconcentración correspondientes;

V.—Mantener informadas a las unidades administrativas de la Secretaría y del gobierno de la entidad federativa correspondiente, en caso que lo requieran, respecto de los servicios encomendados a su cargo, de conformidad con las leyes aplicables y los acuerdos de coordinación y desconcentración correspondientes;

VI.—Cuidar la ejecución de las normas de programas de las unidades centrales y facilitar el control que ejerzan éstas;

VII.—Proporcionar, de acuerdo con las políticas establecidas, los dictámenes, opiniones, informes, datos o la cooperación de asistencia técnica que sea requerida por otras dependencias y entidades públicas, por las demás unidades administrativas de la propia Secretaría o por las autoridades estatales competentes;

VIII.—Coordinar sus acciones con los representantes de otras instituciones de salud públicas y privadas que funcionen en la entidad federativa de que se trate;

IX.—Vigilar que los servicios a su cargo operen conforme a la planeación correspondiente;

X.—Apoyar la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría, y

XI.—Ejercer las demás facultades que le asignen las autoridades competentes.

ARTICULO 38.—Sin perjuicio de lo establecido en los tres artículos anteriores, el titular de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal tendrá las siguientes atribuciones:

I.—Proponer la desconcentración de los servicios a su cargo en regiones del Distrito Federal;

II.—Ejercer las funciones en materia de ejercicio presupuestal y de apoyo administra-

tivo que le corresponda o que, en su caso, le delegue el Secretario en acuerdo expreso;

III.—Apoyar la descentralización de los servicios de salud en el Distrito Federal y la integración del sistema local de salud;

IV.—Proporcionar el servicio de sanidad internacional en el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México;

V.—Coordinar con los institutos nacionales de salud y con otras dependencias federales, la prestación de servicios de salud en el Distrito Federal;

VI.—Proponer reformas a la legislación aplicable al Distrito Federal en materia de salud;

VII.—Asesorar y apoyar a la Junta de Asistencia Privada en las visitas de vigilancia técnica que deban realizarse a las instituciones de asistencia privada;

VIII.—Asesorar en materia de ingeniería sanitaria de obras públicas o privadas, excepto lo relativo a establecimientos de salud que corresponde a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud;

IX.—Ejercer las funciones de autoridad sanitaria que le corresponda o, en su caso, le descentre o delegue el Secretario en acuerdo expreso;

X.—Expedir, revalidar o revocar autorizaciones en el ámbito de su competencia y, en especial, las correspondientes a los proyectos de construcción, demolición, remodelación y modificación de todo tipo de obra y tratándose de establecimientos de salud, sólo autorizará los que sean privados y del primer nivel de atención;

XI.—Autorizar la internación y salida de cadáveres del territorio nacional y su traslado del Distrito Federal a otra entidad federativa;

XII.—Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad, en la esfera de su competencia, con sujeción al procedimiento que establece el Capítulo III del Título Décimo Octavo de la Ley General de Salud, así como remitir a las autoridades fiscales correspondientes, en su caso, las sanciones económicas que imponga para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución;

XIII.—Coordinar su actividad con las demás unidades administrativas competentes en materia de control y vigilancia sanitarias, y

XIV.—Ejercer las demás facultades que le confieran las disposiciones legales y administrativas y el gobierno local, en su caso.

### CAPITULO VIII DE LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARIA

ARTICULO 39.—De conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Salud, la Secretaría podrá celebrar acuerdos con los gobiernos de los estados para descentralizar la operación de los servicios de salud que aquélla presta dentro del ámbito de su circunscripción territorial, a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública.

ARTICULO 40.—La Secretaría elaborará y llevará a cabo un Programa de Descentralización de los Servicios de Salud a los Estados, de conformidad con las leyes aplicables y los acuerdos de coordinación que se celebren.

### CAPITULO IX DE LAS SUPLENCIAS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS

ARTICULO 41.—Durante las ausencias temporales del Secretario, el despacho y resolución de los asuntos correspondientes a la Secretaría quedarán a cargo del Subsecretario de Servicios de Salud y a falta de éste, del Oficial Mayor. En los juicios de amparo en que deba intervenir en representación del Presidente de la República o como titular de la Secretaría, será suplido, indistintamente, por los servidores públicos antes señalados y en el orden indicado o por el Director General de Asuntos Jurídicos e Internacionales, conforme a lo dispuesto en el artículo 9o. fracción XXIII de este Reglamento.

ARTICULO 42.—En las ausencias temporales de los Subsecretarios y del Oficial Mayor, serán suplidos, para el despacho de los asuntos de su competencia, por el director general adscrito al área de su responsabilidad que se designe por acuerdo del Secretario.

ARTICULO 43.—Durante sus ausencias temporales, los titulares de las direcciones generales, de los órganos administrativos descentralizados, directores, subdirectores, jefes de departamento y jefes de servicios coordinados de salud pública, serán suplidos por los servidores públicos de la jerarquía inmediata inferior que al efecto designen, con el acuerdo del superior inmediato.

## TRANSITORIOS

ARTICULO PRIMERO.—El presente Reglamento entrará en vigor el día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTICULO SEGUNDO.—Se abroga el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de septiembre de 1988.

ARTICULO TERCERO.—Continuarán en vigor los acuerdos secretariales de delegación de facultades, de desconcentración de funciones y demás que hayan sido expedidos con fundamento en el Reglamento que se abroga, en lo que no se opongan a las disposiciones del presente ordenamiento.

ARTICULO CUARTO.—El Centro de Obras y Equipamiento en Salud, órgano desconcentrado por función conforme al Reglamento Interior publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de septiembre de 1988, a partir del presente ordenamiento se denominará Centro para el Desarrollo de la Infraestructura en Salud.

ARTICULO QUINTO.—Entre tanto se produce la descentralización de los servicios de sa-

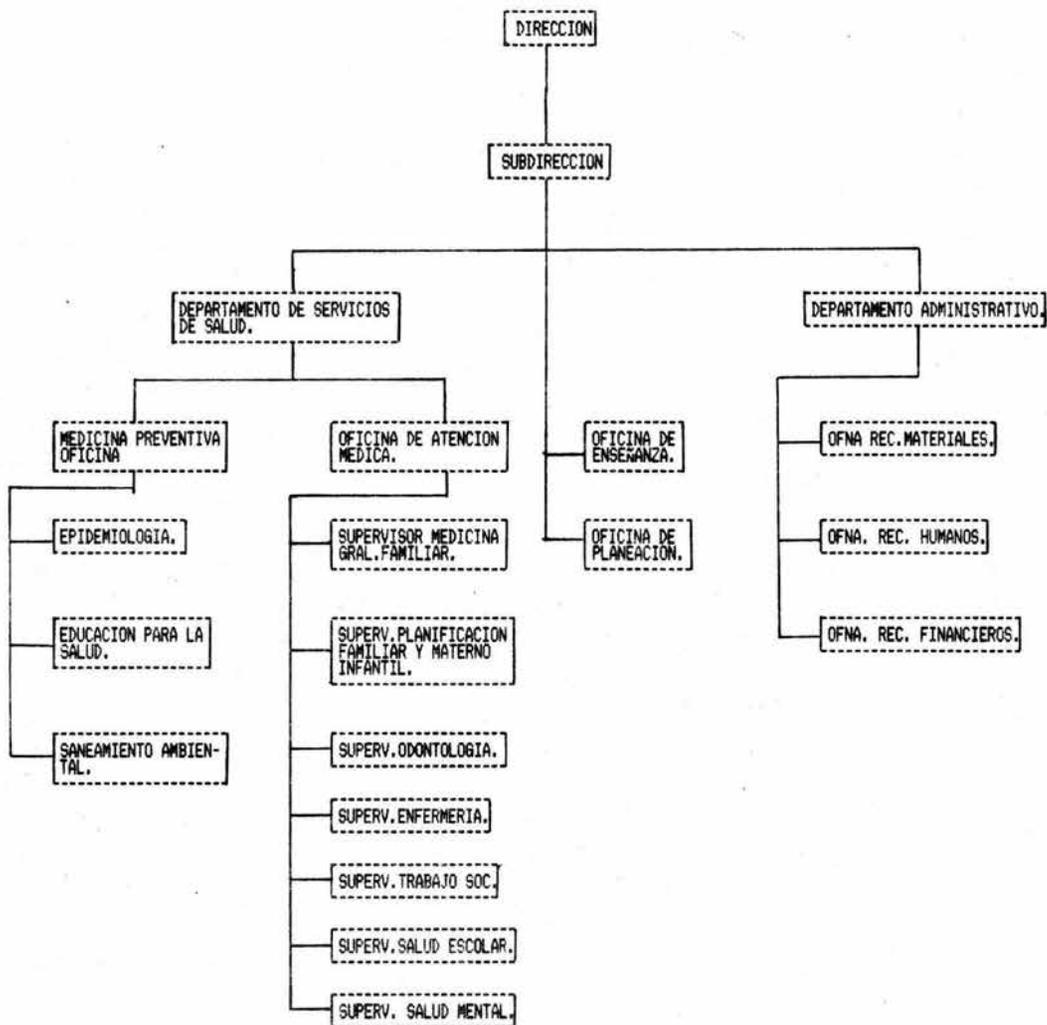
lud al gobierno del Distrito Federal, los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal prestarán los servicios y ejercerán las funciones de autoridad sanitaria en materia de salubridad local, en los términos de lo dispuesto en la Ley de Salud para el Distrito Federal.

ARTICULO SEXTO.—Los asuntos que con motivo de este Reglamento deban pasar de una unidad administrativa a otra, serán resueltos por la unidad administrativa competente conforme a las disposiciones del presente ordenamiento.

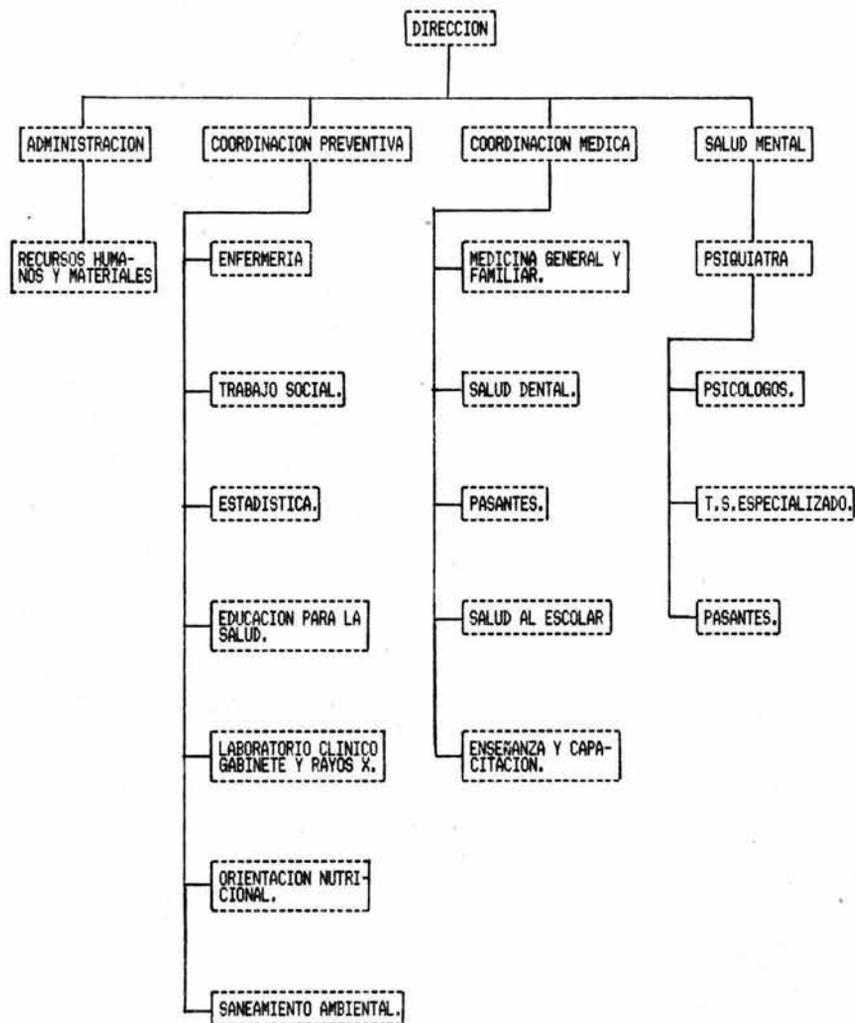
ARTICULO SEPTIMO.—Las transferencias de los recursos humanos, materiales y financieros que con motivo del presente Reglamento deban hacerse de una unidad administrativa a otra de la propia Secretaría, se sujetarán a las disposiciones aplicables, debiéndose respetar los derechos de los trabajadores.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiséis días del mes de mayo de mil novecientos ochenta y nueve.—Carlos Salinas de Gortari.—Rúbrica.—El Secretario de Salud, Jesús Kumate Rodríguez.—Rúbrica.

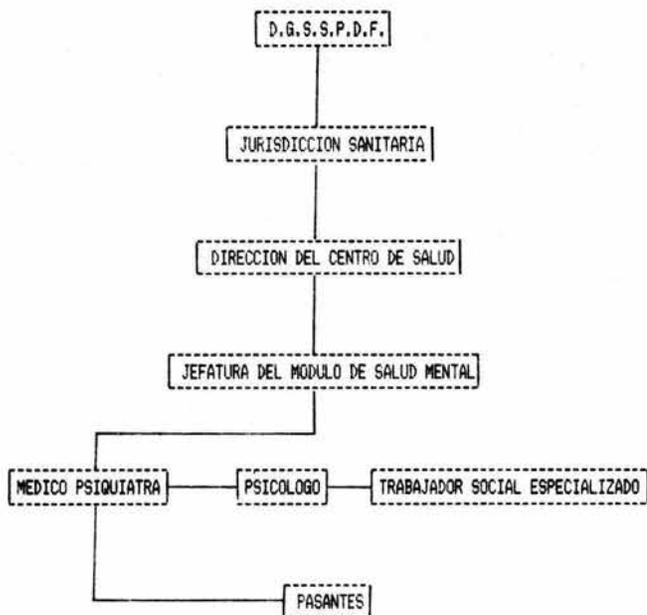
ORGANIGRAMA DE LA JURISDICCION SANITARIA XIII (MIGUEL HIDALGO).



ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD



ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL.



REPORTE DE ENTREVISTA.

I DATOS GENERALES DEL NIÑO:

FECHA: \_\_\_\_\_ NUM. EXP \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO ESC. \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_  
 INFORMANTE: \_\_\_\_\_

II DATOS FAMILIARES:

NOMBRE.	PAREN.	EDAD.	EDO. C.	ESCOLARIDAD.	OCUPACION.

III ANTECEDENTES DE RIESGO:

NUM. DE GESTA.      DURACION.      EDAD MADRE.      DESEADO.  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      SI NO

PRENATALES:	
PERINATALES:	
POSTNATALES:	

SE ENCUENTRA O HA ESTADO EL NIÑO BAJO TRATAMIENTO:

MEDICO: \_\_\_\_\_ PSIQ. \_\_\_\_\_ PSIC. \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

DURACION: \_\_\_\_\_ MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ALTA Y FECHA: \_\_\_\_\_

IV DESARROLLO DEL NIÑO

MOTOR EDAD.	LENGUAJE EDAD.	ACADEMICO. EDAD.	PROM.
S. CAB _____	BALBUCEO _____	PREESC. _____	_____
SENT. _____	SILABAS _____	PRIM. _____	_____
AMB. _____	PALABRAS _____	SEC. _____	_____
ILUM. _____	FRASES _____	OTROS _____	_____
ESCRIT _____	CONVERS. _____		
LATER. _____			

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

V HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VI MANEJO DE CONTINGENCIAS:

FAMILIAR:	CONDS. ADECUADAS.	CONDS. INADECUADAS.
PADRE:		
MADRE:		
HERMANOS:		
OTROS:		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**MANEJO DE CONTINGENCIAS ESCUELA:**

ESCUELA:	CONDS. ADECUADAS.	CONDS. INADECUADAS.
MAESTROS:		
COMPAÑEROS:		

**VII VALORACION PSICOLOGICA:**

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

**PLAN DE TRABAJO:**

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

**PSICOLOGA:**

**NOMBRE Y FIRMA.**

**NOTAS DE EVOLUCION:**

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN MODIFICACION DE CONDUCTA PARA PADRES

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
Presentación e introducción	Los padres conocerán los temas a tratar así como la manera en que se va a trabajar.	Carta descriptiva	Presentación de las psicólogas. Presentación de cada padre al grupo. (Dinámica de presentación). Lectura de carta descriptiva Entrega del manual para padres.
Definición de conductas.	Los padres podrán definir las conductas a modificar.	Definición de conducta. Conducta adecuada y no adecuada. Conducta objetivo.	Lluvia de ideas. Conferencia. Modelamiento. Práctica. Retroalimentación Asignación de tareas. (1)
Déficitis y excesos conductuales.	Los padres conocerán lo que es un déficit y un exceso conductual e identificarán la Presencia de ambos en ellos y sus hijos.	Definición de déficit conductual. Definición de exceso conductual.	Comentarios de tareas. Conferencia. Modelamiento. Práctica. Retroalimentación. Asignación de tareas. (2)
Análisis de tareas.	Los padres podrán descomponer una tarea en sus diversas partes.	Análisis de tareas. Descomposición de operaciones matemáticas y de enunciados.	Comentarios de tareas. Conferencia. Modelamiento. Práctica. Retroalimentación. Asignación de tareas. (3)
Técnicas para incrementar la conducta.	Los padres aplicarán en sí mismos y en sus hijos las diferentes técnicas para incrementar conductas.	Definición de conceptos: Reforzador y tipos de reforzador. Descripción de las técnicas de reforzamiento positivo e intermitente.	Comentarios de tareas. Formación de equipos. Discusión en equipos. Plenaria. Aclaración de dudas. Modelamiento. Práctica. Retroalimentación. Asignación de tareas. (4)
Técnicas para decrementar la conducta.	Los padres aplicarán en sí mismos y en sus hijos las diferentes técnicas para decrementar conductas.	Descripción de las técnicas de reforzamiento de conductas incompatibles; tiempo fuera y costo de respuesta.	Comentario de tareas. Discusión grupal. Aclaración de dudas. Modelamiento. Práctica. Retroalimentación. Asignación de tareas. (5)
Hábitos de estudio.	Los padres plantearán una forma de organización para estudiar con sus hijos.	Definición de hábito. Definición de estudiar. Lugar de estudio Horario. Modelamiento. Organización del material. Tipo de actividades. Acuerdo de contingencias.	Comentarios de tareas. Lluvia de ideas. Conferencia.  Práctica. Retroalimentación. Asignación de tareas. (6).
Acuerdo	Los padres con sus hijos entregarán un compromiso firmado para trabajar en casa.		Comentarios de tareas. Aclaración de dudas. Acuerdo para sesiones de seguimiento.
Sesiones	Los padres y sus hijos asistirán una vez por semana a sesiones terapéuticas.	Variable.	Trabajo de los padres con sus hijos en sala de usos múltiples para observación, retroalimentación y aclaración de dudas.

TAREAS ASIGNADAS A LOS PADRES EN EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO.

1. DETECTAR Y DEFINIR CINCO CONDUCTAS A MODIFICAR EN ELLOS Y EN SUS HIJOS.
2. ANOTAR TRES EXCESOS Y TRES DEFICITS CONDUCTUALES QUE PRESENTEN (AL REALIZAR LAS TAREAS ESCOLARES) TANTO PADRES COMO HIJOS.
3. DESCOMPONER EN TODOS SUS PASOS LA SOLUCION DE UNA DIVISION Y ESTUDIAR EL TEMA SIGUIENTE.
4. ENLISTAR POSIBLES REFORZADORES DE DIFERENTES TIPOS PARA ELLOS MISMOS Y ESTUDIAR EL TEMA SIGUIENTE.
5. APLICAR UNA DE LAS TECNICAS PARA DECREMENTAR CONDUCTAS.
6. REALIZAR UN PROGRAMA DE HABITOS DE ESTUDIO CON SUS HIJOS Y FIRMAR EL ACUERDO DE CONTINGENCIAS.

Tengo 30c pierdo 20c me quedan?

Tengo 40c pierdo 30c me quedan?

Tengo 20c pierdo 20c me quedan?

Afirmación de:

LI ll, Y-y, CA-ca CO-co, CU-cu,  
 QUE-que, QUI-qui, R-r RR-rr F-f ch-ch

Coloca la letra que es correcta dentro del  
 cuadro o cuadros.

uvia

sa

jote

tre

erno

acimiento

ocos

too

apa

arco

caeta

bro

orar

rtir

llar

ma

arco

nce

iste

liio

dito

rer

loo

oyo

anto

rte

inche

itar

rro

mara

- V. En los siguientes predicados encierra en un rectángulo los verbos o núcleos verbales como lo indica el ejercicio. Y con un trapecio los sustantivos.

SUJETO	PREDICADO
El niño listo	estudió todo el año.
Los gatos negros	maullan en la barda.
La gallina gris	puso en la tarde.
Las ratas sucias	roen en el queso duro.
Un hombre fuerte	levantó más de 200 kilos.
Una mujer triste	llora por su mamá.
Un cerró verde	tiembla por la noche.
Unas mesas viejas	caen al romperse.
Unos sapos mojados	nadan en el charco.
La niña bonita	obedece a sus padres.
El lapicero rojo	quedó sin tinta.

Ahora conjuga los verbos en presente, pasado y futuro, con la primera persona del singular (yo).

	PASADO	PRESENTE	FUTURO
Correr	Yo _____	Yo _____	Yo _____
Estudiar	Yo _____	Yo _____	Yo _____
Brincar	Yo _____	Yo _____	Yo _____
Leer	Yo _____	Yo _____	Yo _____
Jugar	Yo _____	Yo _____	Yo _____
Trabajar	Yo _____	Yo _____	Yo _____
Soñar	Yo _____	Yo _____	Yo _____
Caminar	Yo _____	Yo _____	Yo _____
Comer	Yo _____	Yo _____	Yo _____
Descansar	Yo _____	Yo _____	Yo _____

7.- Es el CENTRO del sujeto:

- |                   |                   |                 |
|-------------------|-------------------|-----------------|
| a) El sujeto      | b) La raíz        | c) El predicado |
| d) El complemento | e) Núcleo nominal |                 |

8.- El MORFEMA que no cambia se llama:

- |                 |                  |              |
|-----------------|------------------|--------------|
| a) Interjección | b) <u>Lexema</u> | c) Pronombre |
| d) Gramema      | e) Verbo         |              |

9.- El ENUNCIADO que se puede dividir en SUJETO y PREDICADO se llama:

- |                   |                 |              |
|-------------------|-----------------|--------------|
| a) Sujeto         | b) Construcción | c) Aposición |
| d) Circunstancial | e) Bimembre     |              |

10.- Que palabra al buscarla en el diccionario está primero que las otras:

- |            |           |          |
|------------|-----------|----------|
| a) Llano   | b) Zapato | c) Robot |
| d) Sainete | e) Unión  |          |

11.-Cuál de las cinco palabras está escrita correctamente a diferencia de las otras cuatro:

- |              |           |          |
|--------------|-----------|----------|
| a) Sentésimo | b) Héctor | c) Hibas |
| d) Güerras   | e) Jente  |          |

12.- En qué sílaba se acentúan las palabras GRAVES:

- |                    |                 |                        |
|--------------------|-----------------|------------------------|
| a) En la penúltima | b) En la última | c) En la antepenúltima |
| d) No se acentúan  | e) En la sexta  |                        |

13.- Son dos PREPOSICIONES:

- |              |               |           |
|--------------|---------------|-----------|
| a) este, esa | b) a, de      | c) yo, él |
| d) que, cuyo | e) ¡Ah!, ¡Go! |           |

14.-Cuál es lo contrario de orgullo:

- |            |               |             |
|------------|---------------|-------------|
| a) lágrima | b) envidia    | c) humildad |
| d) egoísmo | e) sinceridad |             |

49.- La parte sombreada del triángulo de abajo es:

- a)  $1/2$   
d)  $1/5$



- b)  $1/3$   
e)  $2/5$

- c)  $1/4$

50.- Lulú gastó \$ 3.20 en timbres y con ellos mandó 5 cartas, utilizando uno para cada carta. Los timbres aéreos cuestan .80 ¢ y los ordinarios .40 ¢. Las cartas que envió fueron:

- a) 4 aéreas y 1 ordinaria    b) 3 aéreas y 2 ordinarias    c) 2 aéreas y 3 ordinarias  
d) 1 aérea y 4 ordinarias    e) Todas aéreas

51.- Al pesar unas verduras, la balanza indica 785 g. Como un kilogramo es igual a 1,000 gr. para un kilogramo y medio faltan:

- a) 215 gr.  
d) 825 gr.

- b) 715 gr.  
e) Más de 1 Kgr.

- c) 815 gr.

52.- Una torta y un chocolate valen \$ 2.75. La misma torta y un refresco cuestan \$ 2.00. El valor de la torta es:

- a) \$ 0.75  
d) \$ 1.75

- b) \$ 1.25  
e) No se puede saber

- c) \$ 1.50

53.- En 3 juegos, un jugador de fútbol tiene un promedio de 2 goles anotados por partido en el primero anotó 2 y en el segundo 4. Los goles que anotó en el tercero son:

- a) 3  
d) 0

- b) 2  
e) No está la respuesta

- c) 1

54.- El Citlaltépetl mide 5747 m. y es 295 m. más alto que el Popocatepetl. Este a su vez es 166 m. más alto que el Iztaccihuatl. La altura del Iztaccihuatl es:

- a) 5,276 m.  
d) 5,876 m.

- b) 5,286 m.  
e) 6,208 m.

- c) 5,618 m.

CIENCIAS NATURALES SEGUNDA PARTE

- 1.- ¿Cuál de los siguientes inventos es el más antiguo?
- A) Televisión                      B) Radio                      C) Teléfono  
D) Imprenta                      E) Cine
- 2.- A la energía que viaja más rápidamente, la conocemos con el nombre de:
- A) Química                      B) Mecánica                      C) Hidráulica  
D) Acústica                      E) Luminosa
- 3.- La tundra, es una comunidad terrestre que te hace pensar en un paisaje:
- A) Tropical                      B) Boscoso                      C) Polar  
D) Selvático                      E) Florido
- 4.- Un sistema de estrellas, gases y polvo, agrupados en el espacio se llama:
- A) Sistema Planetario                      B) Universo                      C) Constelación  
D) Galaxia                      E) Sistema Solar
- 5 En cuál de los siguientes casos se realiza un acto voluntario:
- A) Cuando sentimos frío al bajar la temperatura  
B) Cuando al correr se acelera el ritmo cardíaco  
C) Cuando cruzamos las piernas mientras estamos sentados.  
D) Cuando sudamos al hacer ejercicio  
E) Cuando retiramos la mano de un objeto que quema
- 6.- El nombre de la célula sexual femenina es:
- A) Espermatozoide                      B) Neurona                      C) Ovulo  
D) Embrión                      E) Placenta
- 7.- A la unidad fundamental de todo ser inorgánico, le llamamos:
- A) Sistema                      B) Tejido                      C) Atomo  
D) Organo                      E) Miembro
- 8.- Como se llama el lugar donde abundan los reptiles y las cactáceas
- A) Tundra                      B) Selva                      C) Pastizal  
D) Desierto                      E) Bosque

CIENCIAS SOCIALES. SEGUNDA PARTE.

INSTRUCCIONES: En la misma forma que los anteriores cuestionarios contesta en la hoja de respuestas.

- 1).- Después de la dominación Española de México, surgió un movimiento que se le conoce con el nombre de:
- |                          |                        |                                |
|--------------------------|------------------------|--------------------------------|
| a) Intervención Francesa | b) Invasión Americana  | c) Revolución de Independencia |
| d) Revolución de Reforma | e) Revolución Mexicana |                                |
- 2).- A quienes ampara una Huelga?
- |                 |                 |             |
|-----------------|-----------------|-------------|
| a) Patrones     | b) Licenciados  | c) Doctores |
| d) Trabajadores | e) Propietarios |             |
- 3).- El inventor del Telégrafo fué:
- |                       |             |             |
|-----------------------|-------------|-------------|
| a) Thomas Alva Edison | b) Pasteur  | c) Camarena |
| d) Samuel Morse       | e) Confucio |             |
- 4).- A la expansión comercial con fines de explotación se llama:
- |               |                 |                 |
|---------------|-----------------|-----------------|
| a) Socialismo | b) Imperialismo | c) Colonialismo |
| d) Feudalismo | e) Comunismo    |                 |
- 5).- La Expropiación Petrolera fué decretada por el Presidente Mexicano llamado:
- |                  |                        |                  |
|------------------|------------------------|------------------|
| a) Benito Juárez | b) Venustiano Carranza | c) Porfirio Díaz |
| d) Gpe. Victoria | e) Lázaro Cárdenas.    |                  |
- 6).- Cómo se llama el documento que regula la vida política mexicana:
- |                         |                     |                          |
|-------------------------|---------------------|--------------------------|
| a) Informe Presidencial | b) Leyes de Reforma | c) Constitución Política |
| d) Biblia               | e) Enciclopedia     |                          |